

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE | 3 |
| I. Rappels sur le VIH/SIDA :..... | 3 |
| II. La lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar: [5, 6]..... | 12 |
| III. Evaluation des Programmes SIDA : [8, 48, 49] | 22 |
| DEUXIEME PARTIE : MÉTHODOLOGIE ET RESULTATS | 26 |
| A. METHODOLOGIE: | 26 |
| I. Hypothese d'étude: | 26 |
| II. Cadre d'étude:..... | 26 |
| III. Type d'étude: | 26 |
| IV. Collecte et analyse des données : | 27 |
| V. Critères d'inclusion: | 28 |
| VI. Variables et indicateurs : | 28 |
| B. RESULTATS | 29 |
| I. Les jeunes et le rapport sexuel :..... | 29 |
| II. Connaissances des modes de transmission du VIH/SIDA : | 33 |
| III. Modes de prévention du VIH/SIDA:..... | 34 |
| IV. Personnes Vivants avec le VIH/SIDA:..... | 37 |
| V. Jeunes et test de dépistage : | 41 |
| VI. Changement de comportement perçu après le programme : | 43 |
| VII. Modèles de lutte contre le VIH/SIDA appréciées par les jeunes : | 44 |
| TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS | 45 |
| SUGGESTION | 58 |
| CONCLUSION | 61 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 62 |
| ANNEXES | 69 |

ABREVIATION ET SIGLE

| | |
|-----------------|--|
| ARV | : Anti Retro Viral |
| CAP | : Connaissance Attitude Pratique |
| CCC | : Communication pour le Changement de Comportement |
| CDAV | : Conseil, Dépistage Anonyme et Volontaire |
| CSB | : Centre de Santé de Base |
| DRSPFPS | : Direction Régionale de la Santé, du Planning Familial et de Protection Sociale |
| EDSMD | : Enquête Démographique et de Santé à Madagascar |
| ELISA | : Enzymz Liked Immuno Sorbent Assay |
| FIFAFI | : Finoana Fanantenana Fitiavana |
| FKT | : Fokontany |
| Gp | : Glycoprotéine |
| GTZ | : Deutsche Gessellschaft fur Technische Zusammenarbeit |
| IEC | : Information Education Communication |
| IST/MST | : Infections et Maladies Sexuellement Transmissibles |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ON | : Film ONONDRAHA |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| PVVIH | : Personnes Vivant avec le VIH/SIDA |
| VIH/SIDA | : Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome Immunodéficientaire Acquis |

LISTE DES FIGURES

| | Page |
|--|------|
| Figure N°1 : Pratique sexuelle des jeunes..... | 29 |
| Figure N° 2: Répartition des ages du premier rapport sexuel des jeunes | 30 |
| Figure N° 3: Inconvénients des rapports sexuels précoces selon « Cas » et « Témoin » | 31 |
| Figure N° 4: Inconvénients des rapports sexuels précoces selon « Talk show », « T1 » et « T0 »..... | 32 |
| Figure N°5: Connaissances correctes des modes de transmission des « Cas » et « Témoin »..... | 33 |
| Figure N°6: Connaissances de « Cas » et « Témoin »sur les modes de prévention du VIH/SIDA..... | 34 |
| Figure N°7: Utilisation des préservatifs par « Cas » et « Témoin » | 35 |
| Figure N°8: Utilisation des préservatifs par « Talk show », « T1 » et « T0 » | 36 |
| Figure N°9: Connaissances des « Cas » et « Témoin » sur l'ARV et les PVVIH | 37 |
| Figure N°10: Connaissances des « Talk show », « T1 » et « T0 » sur les PVVIH et leur prise en charge | 38 |
| Figure N°11: Attitudes correctes des « Cas » et « Témoin » vis à vis des PVVIH | 39 |
| Figure N°12: Attitudes correctes des « Talk show », « T » et « T0 » vis à vis des PVVIH..... | 40 |
| Figure N°13: « Cas » et « Témoin » ayant fait le test de dépistage | 41 |
| Figure N°14: « Talk show », « T1 » et «T0 » ayant fait le test de dépistage..... | 42 |
| Figure N°15: Changement de comportement perçu par les jeunes après la sensibilisation | 43 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|---|
| Tableau n°1: Epidémiologie du VIH/SIDA en Afrique Sub Saharienne et dans le Monde de 2002 à 2008. | 5 |
| Tableau n° 2: Définition de SIDA Maladie selon OMS | 9 |

LISTE DES SHCEMAS

| | |
|--|----|
| Schéma n°1: Projection de film « ONONDRAHA » suivie de discussion débat avec des jeunes karatékas. | 77 |
| Schéma n°2: Débats télévisés «Tanora Sahy I » | 78 |

INTRODUCTION

La pandémie de SIDA est généralement reconnue comme un problème d'une extrême gravité pour la santé publique et le développement. Non seulement elle affecte la vie de nombreux hommes, femmes et enfants, mais elle menace aussi l'avenir du développement social et économique. [1]

Le virus est devenu la cause principale des décès prématurés en Afrique subsaharienne, et la quatrième cause de décès dans le monde. [2]

L'ampleur de la crise du SIDA a aujourd'hui dépassé les pires scénarios envisagés dans les précédentes décennies. C'est sans doute la catastrophe sanitaire la plus dramatique de l'histoire de l'humanité. La maladie continue à faire des ravages au sein des familles et des communautés du monde. [3]

Les jeunes comptent pour la moitié environ des cinq millions de nouvelles infections au VIH qui surviennent chaque année ; chaque jour, 6 000 jeunes environ acquièrent l'infection. [4]

Jusqu'à maintenant, aucun vaccin efficace contre l'infection par le VIH, ni un médicament pour guérir le SIDA n'a pu être développé [5] Ainsi la prévention reste l'épine dorsale des programmes pour freiner l'épidémie dans un avenir proche [6]. Avec un taux de prévalence du VIH/SIDA de 0,95 % [7] ; Madagascar pays partenaire de la coopération technique allemande, fait partie des pays à faible prévalence. Dans les pays à faible prévalence, le fondement de la lutte est la prévention primaire dont l'un des moyens le plus efficace est l'IEC/CCC. [6]

L'un des composants de la vision de Madagascar Naturellement concernant la lutte contre le SIDA s'exprime ainsi : « chaque individu accède facilement aux méthodes de prévention appropriées et les utilise de façon responsable [7]

Ainsi, le projet DRSPFPS/GTZ offrant les services de renforcement de la santé à Mahajanga a un volet pour la lutte contre le VIH/SIDA parmi les 6 axes de son programme. Il a encré particulièrement ses activités sur les cibles vulnérables particulièrement les jeunes. De ce fait, il a utilisé la méthode audiovisuelle pour l'approche des jeunes à Mahajanga.

Le projet santé DRSPFPS/GTZ a conçu alors deux films intitulés « ONONDRAHA I et II » montrant comment une vie de famille malgache à Mahajanga peut être affectée par le VIH/SIDA. Ces films ont été diffusés dans la ville de Mahajanga.

Parallèlement à l'accroissement des connaissances au sujet de l'infection à VIH, plus d'importance sont accordée au suivi et évaluation de la réussite des programmes conçus pour ralentir la propagation de l'infection et limiter son impact sur la vie des familles et des communautés. [8]

Nous apportons une évaluation sur la lutte contre le VIH/SIDA basée sur méthode audiovisuelle du projet santé DRSPFPS/GTZ Mahajanga (2005-2007) en essayant :

- d'évaluer ce type de lutte
- et de voir en quoi ce type d'activité pouvant servir de modèle dans l'extension de la lutte.

Notre étude comportera trois parties :

- revue de la littérature
- méthodologie et résultats
- discussions.

Et on terminera par des suggestions.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. Rappels sur le VIH/SIDA :

1. Définitions:

a. VIH:

Ce Virus de l'Immunodéficience Humaine est un virus infiniment petit (1/10.000) qui s'attaque aux cellules de défense de l'organisme humain. Il appartient à la famille de Retroviridae, sous famille lentivirus.

Les lentivirus sont des virus qui provoquent des maladies à évolution lente et qui sont cytopathogènes en culture [9].

Deux types de virus ont été identifiés à ce jour : le VIH-1, rependu sur l'ensemble des continents et le VIH-2, présent surtout en Afrique de l'Ouest. [10]

HIV-1 et HIV-2 quoique possèdent un air de famille, sont trop divergents pour avoir dérivé l'un à l'autre au cours de ces 10 dernières années [11].

Le VIH est un virus thermosensible. Il est inactivé par un chauffage à 56 °C pendant 30 minutes et en dessiccation après 3 à 7 jours. Dans le milieu extérieur, il peut survivre en solution aqueuse plus de 15 jours à température ambiante et plus de 11 jours à 37 °C.

Ce virus résiste aux rayons UV ou gamma, même utilisé à doses relativement fortes. [12]

Le VIH est rapidement inactivé par les désinfectants usuels à des concentrations courantes : hypochlorite de sodium, alcool à 70°, ammonium quaternaire.

b. SIDA:

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquis est la maladie qui se manifeste chez les personnes porteuses du VIH et atteint du SIDA. Ces affections sont appelées « infections opportunistes car elles sont causées par des germes qui profitent de la dégradation du système immunitaire pour causer des maladies souvent mortelles. Ce même germe étant inoffensif chez les personnes en bonne santé. [13]

c. SÉROPOSITIVITÉ :

On dit qu'une personne est séropositive lorsqu'on a détecté par différents tests de dépistage des anticorps du VIH.

2. Epidémiologie :

L'infection VIH/SIDA est une pandémie mondiale, épidémie sur les cinq continents. Cependant toutes les populations ne sont pas touchées uniformément d'un pays à l'autre ou au sein d'un même pays.

a. Situation du VIH/SIDA dans le Monde : [14, 15, 16]

Tableau n°1: Epidémiologie du VIH/SIDA en Afrique Sub Saharienne et dans le Monde de 2002 à 2008.

| | Année | Nouveaux cas (Millions) | Prévalence (Pourcentage) | PVVIH (Millions) | Décès dus au SIDA (Millions) |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| MONDE | 2002 | 5 M | 1,20% | 42 M | |
| | 2003 | 5 M (4,2-5,8 M) | 1,10% | 40 M (34-46 M) | 3 M (2,5-3,5 M) |
| | 2004 | 3,9 M (3,3-5,8 M) | 1% (0,8-1,2%) | 36,9 M (31,9-43,8 M) | 2,7 M (2,3-3,2 M) |
| | 2006 | 4,3 M (3,6-6,6 M) | 1% (0,9-1,2%) | 39,5 M (34,1-47,1 M) | 2,9 M (2,5-3,5 M) |
| | 2007-2008 | 2,5 M (1,8-4,1 M) | 0,8% (0,7-0,9%) | 33,2 M (30,6-36,1 M) | 2,1 M (1,9-2,4 M) |
| AFRIQUE SUB SAHARIENNE | 2002 | 3,5 M | 8,80% | 29,4 M | |
| | 2003 | 3-3,4 M | 7,5-8,5% | 25-28,2 M | 2,2-2,4 M |
| | 2004 | 2,6 M (2,2-2,9 M) | 6% (5,3-6,7%) | 23,6 M (20,9-26,4 M) | 1,9 M (1,7-2,3 M) |
| | 2006 | 2,8 M (2,4-3,2 M) | 5,9% (5,2-6,7%) | 24,7 M (21,8-27,7 M) | 2,1 M (1,8-2,4 M) |
| | 2007- 2008 | 1,7 M (1,4-2,4 M) | 5% (4,6-5,5%) | 22,5 M (20,9-24,3 M) | 1,6 M (1,5-2 M) |

b. Situation du VIH/SIDA à Madagascar : [6]

Malgré une prévalence encore relativement basse, le VIH/SIDA constitue sans aucun doute une menace grave pour la santé publique malgache, compte tenu de la prévalence élevée des IST et l'existence de nombreux comportements sexuels à risque (rapports non protégés, multi partenariat), faisant craindre une évolution explosive.

La prévalence du VIH/SIDA à Madagascar a été estimée à 0.95%. On constate que malgré le faible niveau relatif du taux, celui-ci augmente de façon exponentielle passant de 0.05% en 1990 à 0.95% en 2005. Entre 2001 et 2005, l'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA a pris une allure exponentielle. Il est à noter que 67.4% des personnes touchées sont de nationalité malgache.

3. Modes de transmission, facteur de risque et de vulnérabilité

a. Les facteurs de risques liés au comportement de l'individu sont :

- rapport sexuel précoce
- rapport sexuel non protégé
- multi partenariat
- alcoolisme et toxicomanie
- insouciance vis-à-vis des IST/SIDA
- influence de l'uniforme
- esprit conservateur
- et résistance aux innovations sociales

b. Les facteurs de vulnérabilités: culturels, socio-économiques, politiques et médico-sanitaires.

c. Modes de transmission: [17]

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmissions ont été observés :

- par voie sexuelle
- la transmission par voie sanguine
- la transmission verticale.

➤ Transmission sexuelle :

A l'échelle mondiale, la grande majorité des infections par le VIH ont été acquises à l'occasion de rapports sexuels non protégés. La transmission sexuelle de l'infection VIH se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccale, génitale ou rectale, lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus. Le risque de transmission par rapport anal serait environ 10 fois supérieur à celui estimé pour un rapport vaginal. [18]

➤ Transmission par voie sanguine :

La transmission par voie sanguine concerne principalement trois groupes de population : les usagers de drogues par voie intraveineuse, les hémophiles et les transfusés, et plus rarement les professionnels de santé en milieu de soins et laboratoires, victimes d'accidents exposant au sang. [19, 20, 21]

➤ Transmission verticale :

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse : in utero, dans les semaines précédant l'accouchement, dans un tiers des cas, intra partum, au moment de l'accouchement, dans deux tiers de cas.

La période de l'allaitement présente également un risque d'infection pour l'enfant, estimé entre 5 et 7 %.

En dehors du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques et notamment dans le liquide céphalo-rachidien, le liquide broncho-alvéolaire, la salive, les larmes, les urines, mais en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus, le risque de transmissibilité est considéré comme nul.

4. Histoire naturelle, physiopathologie et clinique de l'infection à VIH :

La sélectivité du tropisme du VIH et la sévérité du déficit immunitaire induit par l'infection sont en grande partie liées à l'interaction spécifique entre la glycoprotéine d'enveloppe du VIH, la gp 120, et la molécule CD4, récepteur de haute affinité au VIH. [22]

a. Période d'incubation:

Lors d'un contact du VIH au niveau des muqueuses, une faible quantité de virus est nécessaire à l'infection des cellules dendritiques qui seraient les premières cellules infectées et représentent donc la porte d'entrée du virus dans l'organisme. [23]

Le VIH infecte tout d'abord des cellules des muqueuses, puis une forte réplication du virus a lieu, permettant sa dissémination rapide dans les organes lymphoïdes.

La réplication est suivie après quelques semaines d'une réponse immunitaire humorale et cellulaire provoquant une chute de la virémie d'un facteur 100 à 1000.

La séroconversion survient habituellement 3 à 12 semaines après la contamination. [24, 25]

b. Phase asymptomatique:

L'apparition des symptômes graves ou persistants indiquant la progression de l'infection vers le dernier stade de la maladie sont environ 10 années chez l'adulte mais seulement 2 années chez l'enfant né avec l'infection au VIH. Mais ce laps de temps varie énormément d'une personne à autre et ne répond pas toujours à des facteurs en rapport direct avec l'infection proprement dite (âge, sexe, alimentations, niveau de vie consommation de substances, etc. ...).

c. SIDA maladie: [26]

Tableau n° 2: Définition de SIDA Maladie selon OMS

| Adulte | Enfant |
|--|---|
| <p><u>Signes majeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids = 10 % - Diarrhée chronique = 1 mois - Fièvre persistante = 1 mois | <p><u>Signes majeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids ou ralentissement de la croissance - Diarrhée chronique = 1 mois - Fièvre persistante = 1 mois |
| <p><u>Signes mineurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Toux persistante > 1 mois Dermatite prurigineuse généralisée Zona récidivant Candidose oropharyngée Infection herpétique progressive, chronique et généralisée Lymphadénopathie généralisée | <p><u>Signes mineurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Toux persistante - Dermatite généralisée - Infections banales à répétition - Candidose oropharyngée - Lymphadénopathie généralisée - - Infection VIH confirmée chez la mère |
| <p>En l'absence de cancer, de malnutrition sévère ou d'une autre cause reconnue d'immunodépression, le sida est défini par la présence d'au moins 2 signes majeurs + au moins 1 signe mineur ou par la présence d'un sarcome de Kaposi généralisé ou par la présence d'une méningite à cryptocoques</p> | <p>En l'absence de cancer, de malnutrition sévère ou d'une autre cause reconnue d'immunodépression, le sida est défini par la présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 2 signes mineurs</p> |

5. Diagnostic sérologique : [27, 28, 29, 30]

a. Diagnostic indirect :

- Test de dépistage :

Les méthodes de référence pour la visualisation de la réaction antigène anticorps sont actuellement les méthodes immuno-enzymatique de type ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) : première, deuxième et quatrième génération et les tests rapides.

Tous les tests de dépistage comportent le risque de résultats faussement positifs, risque qui persiste en dépit des progrès les plus récents. Cette limite impose, en cas de positivité ou discordance, le recours à des tests de confirmation.

- Test de confirmation :

La technique de référence est le Western blot. Les critères de positivité habituellement utilisés sont ceux définis par l'OMS et consistent en la réaction vis-à-vis d'au moins deux glycoprotéines d'enveloppe, gp41, gp 120 ou gp 160. Des tests « immunoblot » comparables au Western blot sont agréés comme réactifs de confirmation.

b. Diagnostic direct :

- détection de l'antigène p 24
- isolement du VIH en culture de cellules
- détection des acides nucléiques viraux
- quantification virale
- caractérisation phénotypique et génotypique des isolants

c. Cas général :

Le diagnostic sérologique doit être pratiqué en première intention. Un sérum humain suspecté d'infection sont passés à deux tests ELISA (ou un test ELISA et un test rapide). Si le résultat est dissocié ou doublement positif, on a recours au Western blot ou à un immunoblot comme test de confirmation sur le deuxième prélèvement.

Dans les pays en développement, à cause des contraintes économiques et techniques, on a proposé dans ce cas des stratégies alternatives associant la pratique séquentielle de deux ou trois tests ELISA de spécificités distinctes ou l'association des tests rapides et de test ELISA.

6. Prévention et traitement : [2, 31, 32]

La prévention de l'infection par le VIH/SIDA se situe à 3 niveaux :

a. Prévention primaire :

La prévention continue de revêtir une importance cruciale dans la lutte contre le SIDA, car il n'existe ni traitement efficace contre cette maladie, ni vaccin protégeant contre l'infection à VIH, et ni l'un ni l'autre ne seront disponibles à brève échéance.

La communication pour le changement de comportement a été adoptée pour freiner la propagation du VIH/SIDA.

b. Prévention secondaire :

➤ Le traitement médical :

Il inclut le traitement de l'infection à VIH et le traitement des infections opportunistes et des cancers liés au VIH.

Le traitement de l'infection à VIH repose sur les antirétroviraux (ARV).

Ces ARV se divisent en deux familles complémentaires :

- les inhibiteurs de la transcriptase inverse :
 - Analogues nucléosidiques
 - Analogues non nucléosidiques
- et les anti protéases ou inhibiteurs de la protéase. [33]

Le traitement antirétroviral est habituellement un tri thérapie avec deux inhibiteurs de la transcriptase inverse et une anti protéase.

c. La prévention tertiaire:

➤ La prise en charge psychosociale :

Elle consiste à soutenir les PVVIH sur le plan psychologique et sur le plan social dès que l'individu est statué séropositif et tout au long de sa maladie. A Madagascar, elle est assurée par l'ONG FIFAFI (Finoana Fanantenana Fitiavana) et Philadelphie.

D'autres intervenants sont également importants et nécessaires par leurs aides précieux et incontournables : responsables religieux, familles, amis et pairs séropositifs.

II. La lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar: [5, 6]

1. Réponse internationale :

La cellule mondiale de réflexion est convaincue que le monde doit faire plus pour s'attaquer efficacement au SIDA dans les années à venir. [34]

Les recommandations sont présentes en 4 catégories principales :

- leadership et appropriation nationale par toutes les parties prenantes de chaque pays
- alignement et harmonisation des efforts
- reformes visant à une riposte multilatérale plus efficace
- obligation de rendre des comptes et exercices d'un contrôle.

Le soutien international pour la lutte contre l'infection VIH/SIDA à Madagascar se fait à travers le système des Nations Unies, la Coopération bilatérale et multilatérale ainsi que les ONG d'envergure internationale.

2. Réponse nationale :

Les principales composantes de la riposte nationale incluent :

- le principe de « three ones » (Une instance de coordination, Un cadre stratégique national et Un système de suivi et évaluation) recommandé par la cellule mondiale de réflexion.

- les services de prévention et de traitement.
- la Communication pour le Changement de Comportement et la conscientisation au sein de la société, la réponse locale impliquant un partenariat entre le secteur public, la société civile, les ONG, les organisations à base communautaire, les organisations religieuses et le secteur privé.

La riposte se focalise sur la prévention primaire et secondaire afin de contrôler et réduire les impacts de l'infection HIV.

3. Communication pour le changement de comportement ou CCC [35]

La CCC est un processus intégré dans un programme global qui fait appel à la participation de la communauté, qui produit des messages et approches personnalisés utilisant une variété de moyens de communication et qui définit des comportements positifs favorisant un changement durable de comportement.

Chaque être humain est unique en son genre et les comportements sont multidimensionnels. Les êtres varient au sein d'un même groupe et les groupes sont parfaitement distincts les uns les autres. Certains comportements défient toute exploitation.

La modification du comportement est un comportement et non pas une manifestation et les individus se situent à différents niveaux de motivation, de réceptivité par rapport au changement. Les êtres humains, à différentes étapes du processus de changement, peuvent tirer parti de différentes interventions, concordant avec leurs étapes au moment en question.

❖ Rôles:

- accompagner les personnes et les groupes vulnérables en vue d'aboutir à une modification de comportement.
- Susciter un changement de comportement et le maintenir
- Renforcer la capacité de négociation des clientèles face à l'utilisation du préservatif
- Créer une demande pour de l'information et des services

- Sensibiliser les groupes cibles
- Accroître les connaissances chez les groupes cibles
- Favoriser et/ou améliorer la fréquentation des services de prévention et de soins.

❖ Objectifs:

- Promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres (utilisation du préservatif)
- Inciter les groupes cibles à obtenir les soins et services de santé adaptés
- Favoriser l'appropriation des services de santé par la communauté
- Créer une demande pour de l'information, des produits et des services
- Stimuler la discussion entre les parents et les enfants
- Modifier les politiques discriminatoires
- Promouvoir la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

❖ Processus de communication :

- ✓ La source ou l'émetteur : une personne ou un groupe de personnes.
- ✓ Le message : entendu, vu, touché, senti et goûté.
- ✓ Le canal : boîtes à images, diapositives, transparents, bandes vidéos, film, bande son, jeux, radio, panneaux muraux, pochettes de vulgarisation, journaux, affiches, calendrier, exposition de photos.
- ✓ Le receveur ou récepteur.
- ✓ La rétroaction ou feed-back : verbale ou non verbale.

a. Types et formes de communication:

- ✓ Type: communication verbale (parole, écrit) ou non (geste, attitude, habillement ...)
- ✓ Forme : communication interpersonnelle (causerie éducative ...), communication de groupe (assemblée générale ...) et communication de masse (journaux, télévision, radio ...).

b. Conception et élaboration des messages

- ✓ Harmonisation des messages à véhiculer à travers les différents canaux de communication utilisés.
- ✓ Spécification du message par rapport à chaque groupe cible et leur pertinence quant aux objectifs stratégiques de communication définis
- ✓ Précision que les messages doivent comporter le thème qui fait apparaître le bénéfice du comportement recherché, la conséquence du comportement à changer et l'appel à l'action qui rend le message attrayant.

c. Technique d'animations:

Il faut combiner plusieurs techniques de communication pour motiver le public cible pour participer aux activités de CCC et pour éviter la lassitude liée à la répétition de la même technique.

Il est aussi essentiel de comprendre que le choix des canaux de communication est un élément déterminant dans la sélection de CCC et que l'éducation par les pairs à toute son importance dans la communication de proximité.

Les techniques de CCC sont: causerie éducative, discussion de groupe, visite à domicile, démonstration (avec un petit groupe), entretien individuel (counseling), vidéo/ciné suivis de débats (projection de films) et thés/déjeuners débats.

d. Théories sur la modification des comportements: [33, 36, 37]

Chaque être humain est unique en son genre et les comportements sont multidimensionnels. Les êtres varient au sein d'un groupe et les groupes sont parfaitement distincts les uns des autres.

Certains comportements défient toute explication.

On peut citer: modèle de croyance à la santé (Health belief model), théorie de croyance à la santé (Theory of reasoned action), apprentissage social et théories cognitives (Social cognitive learning theory), théories des étapes de changement (Stages of change model) et modèle de réduction des risques du SIDA (AIDS risk reduction model).

4. Place du projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga dans la lutte contre le VIH/SIDA :

Plusieurs partenaires interviennent dans cette lutte. Le projet DRSPFPS/GTZ durant ses activités à Mahajanga a apporté sa participation à cette lutte pour la sensibilisation des jeunes de Mahajanga par le biais d'une méthode audiovisuelle utilisant un film produit par le projet lui-même.

a. Les jeunes, un groupe cible prioritaire dans la lutte contre le VIH/SIDA :

Les jeunes forment un des groupes cibles les plus importants des programmes de prévention du VIH car ils sont nombreux et ils sont prêts à prendre des risques.

Le nombre des jeunes augmente à l'échelle mondiale aussi bien dans l'absolu que par rapport aux autres groupes d'âges. [38]

Avec 1.7 Milliards de jeunes, la génération actuelle n'a jamais été aussi nombreuse. [4]

A Madagascar, la population est caractérisée par sa jeunesse avec 48% de la population ayant moins de 15 ans [6] et plus d'un malgache sur deux a moins de 20 ans (age médian de la population : 16.3 ans). [39]

Les jeunes comptent pour la moitié environ des 5 Millions de nouvelles infections au VIH qui surviennent chaque année; chaque jour, 6000 jeunes environ acquièrent infection. [4]

Les jeunes sont particulièrement concernés : les moins de 30 ans sont les plus touchés par le VIH/SIDA à Madagascar et plus de 6% des femmes de 20-24 ans ont déjà la syphilis. [40]

Le fait d'investir stratégiquement dans le bien être des jeunes peut entraîner des changements spectaculaires dans leur comportement individuel et social, en particulier en ce qui concerne les questions de Santé de Reproduction et du VIH/SIDA...Les programmes efficaces intègrent les visions, les perceptions et les besoins des diverses populations de jeunes et cherchent activement à faire participer les jeunes à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des activités de développement qui ont des répercussions directes sur leur vie quotidienne.[41]

Cibler la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes est un impératif car les 15 à 24 ans sont à la fois les plus menacés par l'épidémie, constituant presque la moitié des personnes nouvellement infectées, mais représentent aussi le plus grand espoir pour endiguer le cours de la maladie. [42]

C'est pour ces raisons que les jeunes sont, et doivent être au cœur de l'action contre le VIH/SIDA comme le cas de Programme SIDA/GTZ dont le Projet santé DRSPFPS/GTZ assure l'exécution à Mahajanga.

b. Le Film « ONONDRAHA » du projet DRSPFPS/GTZ: [43, 44, 45, 46, 47]

La Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH est une entreprise de la coopération internationale pour le développement politique, économique, écologique et social dans un monde globalisé.

Elle est chargée par le gouvernement de la République fédérale d'Allemagne de planifier et de mettre en œuvre des programmes et projets de Coopération Technique bilatérale avec les pays en développement ; elle a également reçu pour mission de prêter une assistance technique au ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement.

Dans des conditions parfois difficiles, la GTZ soutient des processus complexes de changement et de réforme, son objectif étant d'améliorer durablement les conditions de vie des populations dans les pays partenaires.

La GTZ appuie des projets de développement depuis 1982 à Madagascar, pays partenaire. La GTZ est activé dans plusieurs domaines comme la décentralisation, la bonne gouvernance, les réformes des finances publiques, la lutte contre la corruption, l'assainissement et la santé surtout la lutte contre le VIH/SIDA pour compléter le domaine d'intervention prioritaire qui est la politique environnementale, la protection et la gestion durable des ressources naturelles.

Succédant au programme de lutte contre la bilharziose dans les zones agricoles de la Province de Mahajanga lancé en 1984, le projet santé DRSPF/GTZ a vu le jour en 1987. Sa durée d'intervention est de 20 ans.

Le maître d'œuvre est le Ministère de la santé et du Planning familial de Madagascar représenté par les Directions Régionales de la Santé et du Planning Familial de Boeny et de Betsiboka dont le projet a appuyé 10 districts.

Le projet s'est fixé comme objectif de bénéficier la population majoritairement pauvre d'une offre améliorée des prestations sanitaires.

Pour atteindre cet objectif, le projet vise quatre axes principaux :

- le renforcement des capacités managériales des responsables sanitaires
- une meilleure accessibilité des structures sanitaires et une bonne qualité des prestations
- la promotion et l'intégration des initiatives à base communautaire et du secteur privé
- et la communication des leçons apprises au niveau central pour animer le débat sur la réforme du secteur et pour assurer la pérennité des acquis.

Quelques réalisations ont été faites durant le vingt ans d'existence à savoir :

- L'amélioration de la qualité des services par l'intermédiaire des ateliers, de séminaires, de formations diplomates et de stages pratiques.
- La mise en place des Fonds d'Equité pour les prises en charge des actions dans le cadre de la décentralisation. Un autre élément est l'organisation de l'entretien des bâtiments et équipements des Centres de Santé de Base par les communes.
- Le développement de partenariat entre le secteur public et le secteur privé.
- Et l'attention particulière accordée à la Santé de Reproduction incluant la lutte contre le VIH/SIDA.

La GTZ à Madagascar est impliquée dans la prévention du VIH/SIDA depuis les années 1990. Pour le projet, les activités sont encrées sur les campagnes de masse (porte

ouverte, préparation et célébration de la journée mondiale de la lutte contre le SIDA, théâtre de marionnettes, projections de vidéo éducative).

Un film produit en décembre 2003 par le projet sert de support IEC pour des entités ou groupes privés ou publics (FKT, CSB) dans la mobilisation sociale contre le VIH/SIDA.

Le Projet DRSPFPS/GTZ à Mahajanga a conçu le premier film intitulé « ONONDRAHA I », d'une durée de 45 minutes. Il raconte les différentes perceptions des personnes face au VIH/SIDA. Le film est en même temps éducatif car il informe sur les modes de transmission et les méthodes de prévention et surtout la sensibilisation au dépistage VIH/SIDA.

Il cible surtout les jeunes mais en même temps montre aussi la réalité de la stigmatisation et les préjugés dans une ville comme la ville de Mahajanga. Le film a utilisé les acteurs locaux.

Les raisons d'être du film « ONONDRAHA » sont: pouvoir stimuler des discussions fructueuses entre pairs et que les jeunes se rendent compte de menace très réel du SIDA pour chacun d'eux, convaincre les jeunes de la nécessité absolue de se protéger contre l'infection au VIH à travers l'abstinence, la fidélité et les condoms, amener les jeunes d'être courageux et de passer au counseling et test volontaire pour se rassurer de leur état de santé, attendre qu'il y a parmi les jeunes, certains qui veulent aller plus loin : se grouper pour approfondir le sujet, recevoir plus d'informations, discuter des solutions aux différents problèmes et s'engager personnellement dans la lutte contre le VIH/SIDA. [45]

L'émission du film passe par deux étapes :

- émission du film en 45 minutes
- débats et discussions à propos du film organisés par des facilitateurs formés par le projet (voir schéma N° 1 dans les annexes).

Le nombre des participants au film ne dépasse pas une trentaine pour pouvoir mener à bien les débats et pour que ça soit bien participatif. Cinq facilitateurs de film ont reçu la formation.

On a fait la projection pour 9100 élèves au total âgés de 13 à 30 ans pendant 3 mois (mars à juin 2005). La séparation selon le sexe durant l'action à l'école est équilibrée : garçons : 49.7% et filles : 50.3%.

A la fin de la séance, une évaluation rapide est effectuée concernant la satisfaction des participants sur le film d'une part et sur la discussion d'autre part :

- pour le film, 78.95% sont très content, 16.16% contents et 4.94% mécontents ;
- pour la discussion, 84% très contents, 12.1% contents et 3.9% mécontents.

Une étude cas témoin a été faite en Novembre 2005, et a révélé le succès de l'activité (analyse des impacts) , l'importance de donner des informations et l'intérêt à la communication sur le VIH/SIDA dans les groupes de jeunes à partir de 14 ans. Les élèves à Mahajanga sont beaucoup intéressés car un module sur l'éducation sexuelle n'existe pas encore dans les écoles. Comme on a trouvé une amélioration de connaissance à 14%, l'attitude à 8% et le pratique à 7%, le projet a conçu un deuxième film intitulé « ONONDRAHA II », en mettant l'accent sur le changement de comportement, le renforcement de la sensibilisation au dépistage du VIH, en donnant des informations sur le CDAV, l'hôpital de référence fonctionnels, et en marquant les prises en charge des PVVIH pour accroître les taux précédents de CAP en matière de lutte contre le VIH/SIDA en milieu scolaire.

Ce deuxième film a les mêmes modalités de réalisation que le premier film, avec des nouveaux messages et/ou renforcement des anciens messages transmis par le premier film avec 11760 jeunes.

A la fin de la séance, une évaluation rapide est effectuée concernant la satisfaction des participants sur le film d'une part et sur la discussion d'autre part :

- pour le film, 86% sont très contents, 10% contents, 4% mécontents ;
- pour la discussion, 93% très contents, 5% contents et 2% mécontents.

Une évaluation pareille à la première a été faite aussi et a pu sortir une amélioration de 46% sur la moyenne de CAP ; avec une amélioration de 53% sur la connaissance, de 6% sur l'attitude et de 23% sur la pratique.

La comparaison des évaluations de « ONONDRAHA I » et « ONONDRAHA II » a montré une amélioration de 13% sur la moyenne de CAP mais avec une baisse de 24% sur la connaissance, une amélioration de 22% sur l'attitude et une amélioration de 40% sur la pratique.

Malgré le développement positif du CAP dans le sens de l'amélioration en général, l'analyse de cette évaluation a mis en exergue une faille en matière de connaissance chez les jeunes, avec une insuffisance d'information stratégique sur les services relatifs au VIH et sur la prévention du VIH.

Le résultat obtenu peu rassurant sous-tend la nécessité d'accorder une priorité à la prévention du VIH pour les jeunes, se basant par des informations fiables sur la prévention les permettant d'avoir un changement de comportement, un élément stratégique global de prévention.

Des efforts à grande échelle s'avèrent nécessaire pour la diffusion des informations aux jeunes pour endiguer l'épidémie du VIH, car les jeunes sont le meilleur espoir d'inverser la tendance de l'épidémie du VIH/SIDA s'ils disposent des outils et des soutiens nécessaires.

Pour une continuation de la sensibilisation des jeunes pour la lutte contre le VIH/SIDA, pour élargir le public et pour approfondir l'impact de cette approche, le Projet a exploité les deux films dans le cadre des débats télévisés intitulés : «Tanora Sahy».

Les objectifs spécifiques de ces émissions consistent à faire le défi de faire un débat de qualité et qu'au cours desquelles : les jeunes s'expriment librement et s'échangent sur leur position devant toutes les questions qu'engendre la lutte contre le VIH/SIDA, et aboutissent à un consensus rationnel ; les techniciens concernés interviennent sur les questions pour lesquelles les jeunes ne trouvent pas de réponses ; les changements de CAP des jeunes sont documentés et publiés et le public, surtout la population jeune est intéressée par cette activité de lutte contre le VIH/SIDA et intervient à travers des appels téléphoniques au cours de l'émission.

Le débat télévisé est composé par des jeunes, et est divisé en deux séries de 5 émissions : une première série intitulée « Tanora Sahy 1 » pour les jeunes des 15 à 18

ans et une deuxième série intitulée « Tanora Sahy 2 » pour les jeunes de 18 à 22 ans (voir schéma N° 2 dans les annexes).

Les stratégies adoptées et le programme pour les deux séries d'émissions sont les mêmes mais l'âge des jeunes qui interviennent et les thèmes développés les différencient.

Les jeunes sélectionnés sont choisis dans des milieux et écoles différents avec des points de vue différents mais ont été de la ville de Mahajanga.

Les dix émissions des deux séries se sont succédées et diffusées chaque vendredi à 20 heures après un feuilleton quotidien qui a intéressé le public, et d'une durée de 120 minutes.

Après chaque émission, les téléspectateurs étaient libres d'envoyer les questions, leurs impressions et leurs réactions par téléphone, par message téléphoniques ou par lettre déposée au projet ou à la station télévisée concernant l'émission précédente, autour de l'éducation et la lutte contre le VIH/SIDA.

Le but de notre étude est d'évaluer les résultats de la lutte contre le VIH/SIDA du projet DRSPFPS/GTZ utilisant la méthode audiovisuelle dans la ville de Mahajanga du mars 2005 au mars 2007.

Pour bien mener cette étude, on devra étudier l'évaluation des programmes et surtout des programmes SIDA et de ses composantes.

III. Evaluation des Programmes SIDA : [8, 48, 49]

L'évaluation est un processus qui sert à déterminer de manière aussi systématique et objectif possible, dans quelle mesure les besoins et les résultats du programme sont atteints, ou sont en train de l'être, et d'analyser les raisons de toute insuffisance.

Elle représente un ensemble d'activités conçues pour déterminer la valeur d'un programme, d'une intervention ou d'un projet. Cela permet de corréler un résultat particulier à une intervention précise.

1. But de l'évaluation :

Il peut être stratégique (aider à la planification et à l'élaboration d'une intervention), normatif (fournir de l'information pour améliorer une intervention en cours de route), sommatif (déterminer les effets d'une intervention pour décider s'il faut la maintenir, la transformer de façon importante ou l'arrêter) ou fondamental (contribuer à l'avancement des connaissances).

2. Types d'évaluation:

2.1. Selon l'objectif visé:

a. Evaluation normative: activité qui consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention en comparant les ressources mises en œuvre et leur organisation (structure), les services ou les biens produits (processus) et les résultats obtenus à des critères et de normes. Les indicateurs de résultats sont indispensables pour juger de l'impact.

b. Recherche évaluative: démarche qui consiste à poser un jugement ex-post sur une intervention en employant des méthodes scientifiques. C'est analyser la pertinence, les fondements théoriques, la productivité.

Elle se décompose en 6 types d'analyse : stratégique, de l'intervention, de la productivité, des effets, du rendement et de l'implantation.

2.2. Selon la période: évaluation initiale, à mi-parcours et sommative.

2.3. Selon la fonction de l'évaluation : sommative (pour juger de la valeur finale des résultats d'une activité) et formative (pour estimer l'intérêt d'une intervention nouvelle pour améliorer la gestion et l'administration d'un service ou encore pour répondre à des demandes de justification comptable).

2.4. Selon le niveau : stratégique, tactique et opérationnelle.

2.5. Les autres types d'évaluation : méthode avant et après projet, méthode avec et sans projet, méthode du questionnaire, tableau du bilan global, méthode participative, analyse des coûts et bénéfices et analyse économique et financière.

3. Les acteurs de l'évaluation:

L'évaluation normative est menée par les responsables du fonctionnement et de la gestion de l'intervention et aide ces gestionnaires à remplir leurs fonctions courantes.

La recherche évaluative qui demande une expertise méthodologique et théorique importante est par contre confiée à des chercheurs qui sont extérieurs à l'intervention.

4. Les cibles de l'évaluation : apprenant, formateur, organisation, matériels et sessions (objectifs, techniques, durée ...).

5. Les instruments d'évaluation :

- ✓ données primaires : enquête (questionnaire, plan d'interview, liste de vérification pour l'observation, directives pour les discussions dirigées)
- ✓ données secondaires : fiches et banques de données informatisées et registres, fiches de suivi.

6. Opérations d'évaluation : planification de l'évaluation, choix des méthodes d'évaluation appropriées, collecte et analyse l'information, communication des résultats et application des recommandations.

7. Les objectifs du programme:

L'évaluation des progrès réalisés par un programme ne peut être accomplie que si les objectifs sont clairement définis.

Les objectifs du programme déterminent les domaines dans lesquels des progrès sont escomptés, et par conséquent, où ils peuvent être mesurés. L'emploi d'indicateurs permet la mesure de ces progrès.

8. Les indicateurs:

Dans plusieurs domaines de programmation, les indicateurs existent déjà ou bien peuvent être construits.

Les indicateurs devront avoir les qualités spécifiques : leur lien avec les objectifs du programme, leur capacité à mesurer les changements et le coût et la possibilité de collecte et d'analyse de données.

Les indicateurs doivent également pouvoir être comparés, d'une part des indicateurs préexistants et d'autre part entre groupes de population. La sélection d'indicateurs s'inspire le plus souvent de la structure « apports – produits – résultats - impact ».

De bons indicateurs se doivent d'être pertinents, faciles à collecter et à interpréter, et capable de suivre les changements dans le temps.

Le choix des indicateurs dépendra des buts de programme.

Savoir pourquoi et chercher à comprendre comment un changement est survenu sont des étapes essentielles pour décider de la manière de s'attaquer à un problème.

DEUXIEME PARTIE : MÉTHODOLOGIE ET RESULTATS

A. METHODOLOGIE:

I. Hypothese d'étude:

L'objet de notre étude est d'évaluer la lutte contre le VIH/SIDA menée par le projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga basée sur méthode audiovisuelle du 2005 à 2007, en quête d'analyse des CAP des jeunes face au VIH/SIDA dans la ville de Mahajanga et d'un modèle dans l'extension de la lutte dans tout Madagascar.

II. Cadre d'étude:

Une des communes de la Région Boeny, la ville de Mahajanga ou ville de fleurs, est une ville portuaire et principale destination touristique nationale.

Avec sa population au nombre de 157 400 (2649 hab. / km² environ), les jeunes de 15 à 24 ans de Mahajanga représentent 18.7%. (INSTAT Projection 2006)

Sur le plan de médiatisation audiovisuelle, la ville de Mahajanga dispose de 8 radios et 4 chaînes de télévisions. (Région Boeny 2005)

III. Type d'étude:

Cette étude est prospective à type d'évaluation sommative allant d'avril à décembre 2007 avec enquête CAP.

L'enquête CAP vise la formulation d'une série d'activités d'information, de sensibilisation et de motivation appropriées en vue d'une participation accrue.

Ici, elle fait référence sur les trois dimensions du comportement des jeunes aussi bien dans son principe que dans sa démarche :

C : désigne la connaissance.

A : montre l'attitude ou la manière dont les jeunes se situent (positivement ou négativement) par rapport au VIH/SIDA.

P : fait référence au Pratique ou l'action concrète ou comportement effectif des jeunes par rapport à la lutte contre le VIH/SIDA; elle désigne ainsi la transformation concrète et active de leur attitude face au VIH/SIDA.

Une étude préliminaire a été faite sur les résultats des deux dernières évaluations du Projet concernant la sensibilisation dans les établissements scolaires par le biais des films Onondraha I et II et des autres dossiers du projet concernant ces films « Onondraha » et les débats télévisés « Tanora Sahy ».

Une enquête a été ensuite menée au niveau des jeunes de la ville de Mahajanga. D'après l'OMS, les jeunes sont définis par la population comprise entre 15 à 24 ans.

IV. Collecte et analyse des données :

Après une consultation des documents du Projet sur les films « ONONDRAHA » et sur les débats télévisés « Tanora Sahy », une enquête a été menée pendant les mois de Septembre et Octobre 2007. Elle a été réalisée sous forme d'enquête individuelle et semi structurée avec deux questionnaires.

Le calcul de la taille d'échantillonnage se fait à travers le calcul ci-dessous :

$$N = (Z_{1-\alpha})^2 * p (1-p) / (SE)^2$$

Avec $Z_{1-\alpha}$: 1.96 en référence à la table de Z pour un niveau de confiance à 95%

p: pourcentage de la population cible

SE : standard d'erreur qui est égal à 5

Pour notre étude, le pourcentage «p» des jeunes à Mahajanga ville est 18.7% (source INSTAT Mahajanga). Alors notre taille d'échantillon est égale à 233 mais on a pris 232 pour faciliter la recherche.

On a touché alors 248 jeunes (232+16= 248) puisque les 16 participants des débats télévisés sont inclus dans notre étude.

Les 232 autres jeunes étaient choisis de façon représentatif parmi les 26 FKT de la ville de Mahajanga, âgés entre [15- 20 ans [et [20-24 ans] et repartis égal pour les deux sexes. Un questionnaire composé de 21 questions a été posé pour ces 232 jeunes.

Un autre questionnaire de 15 questions a été posé pour les 16 jeunes ayant participé directement aux débats télévisés. Les questionnaires sont choisis à partir d'un modèle d'enquête pour évaluation du CAP de la GTZ Madagascar. Historiquement, le questionnaire vient de Tanzanie et à été adapté à la réalité malgache.

Les questionnaires ont respecté le principe de la confidentialité.

Notre analyse se divise en deux études distinctes.

Une première étude va comparer les réponses de ces 16 jeunes ayant participé directement aux débats télévisés, représentant les « **talk-show** », celles des 16 jeunes ayant déjà participé à des séances de sensibilisation avec émission de film suivie de débats à l'école ou au club des jeunes et ayant aussi suivis les débats télévisés, représentant ainsi les « **T1** » et 16 autres jeunes ayant seulement suivis les débats télévisés, représentant ainsi les « **T0** ».

Une deuxième étude concerne la comparaison des réponses des jeunes ayant seulement suivi les débats télévisés, dont le nombre était 116, représentant les « **cas** » et celles des jeunes qui n'ont rien vu ni les films ni les débats télévisés dont le nombre était aussi 116, représentant les « **témoins** » de notre deuxième étude.

Les résultats de l'enquête ont été traités et analysés sur le logiciel Epi Info.

La saisie est sur WORD et EXCEL

V. Critères d'inclusion:

Jeunes résidant permanent dans la ville de Mahajanga

VI. Variables et indicateurs :

- ✓ Age : [15 à 20 ans [et [20 à 24 ans]
- ✓ Sexe : Masculin et Féminin
- ✓ Scolarisation : oui ou non
- ✓ Ayant vu les émissions TANORA SAHY : oui ou non
- ✓ CAP : Connaissance, Attitude et Pratique.

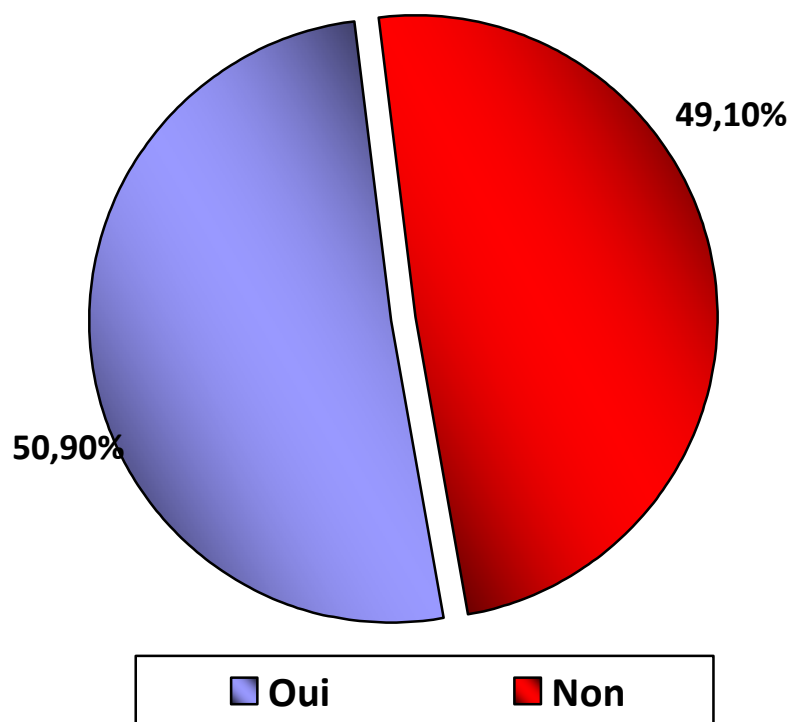
B. RESULTATS**I. Les jeunes et le rapport sexuel :**

Figure N°1: Pratique sexuelle des Jeunes

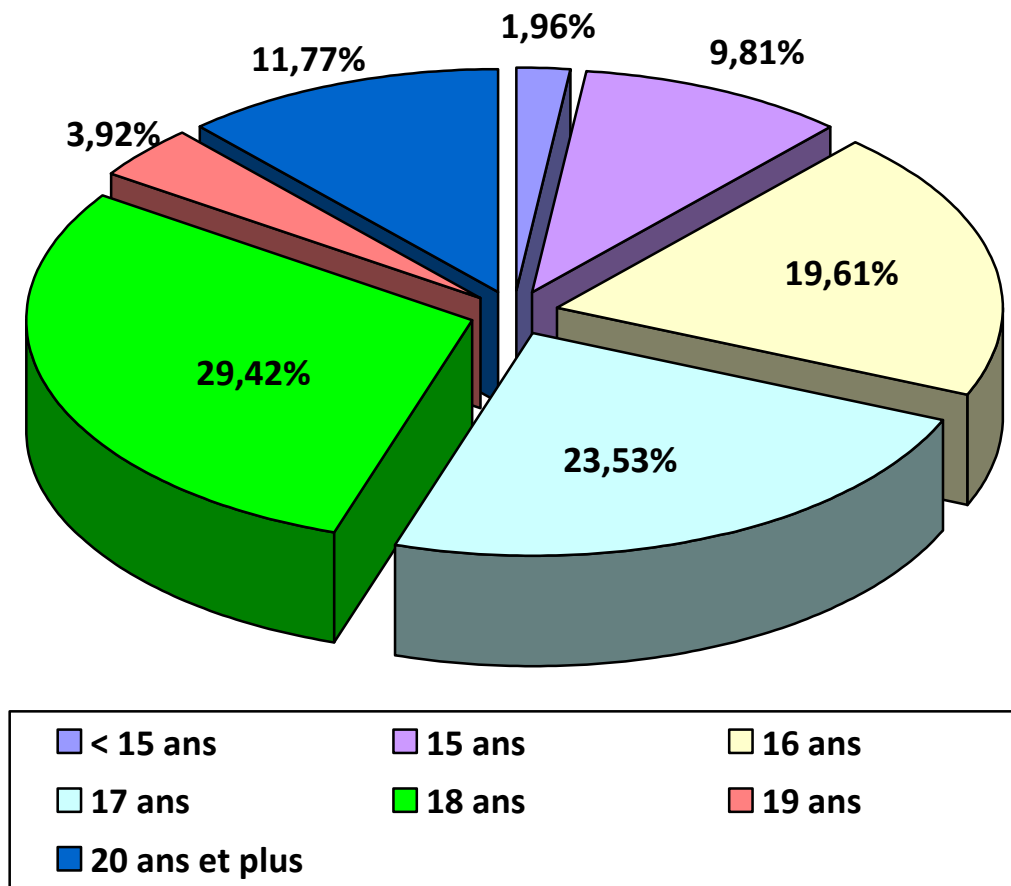


Figure N° 2: Répartition des âges du premier rapport sexuel des jeunes

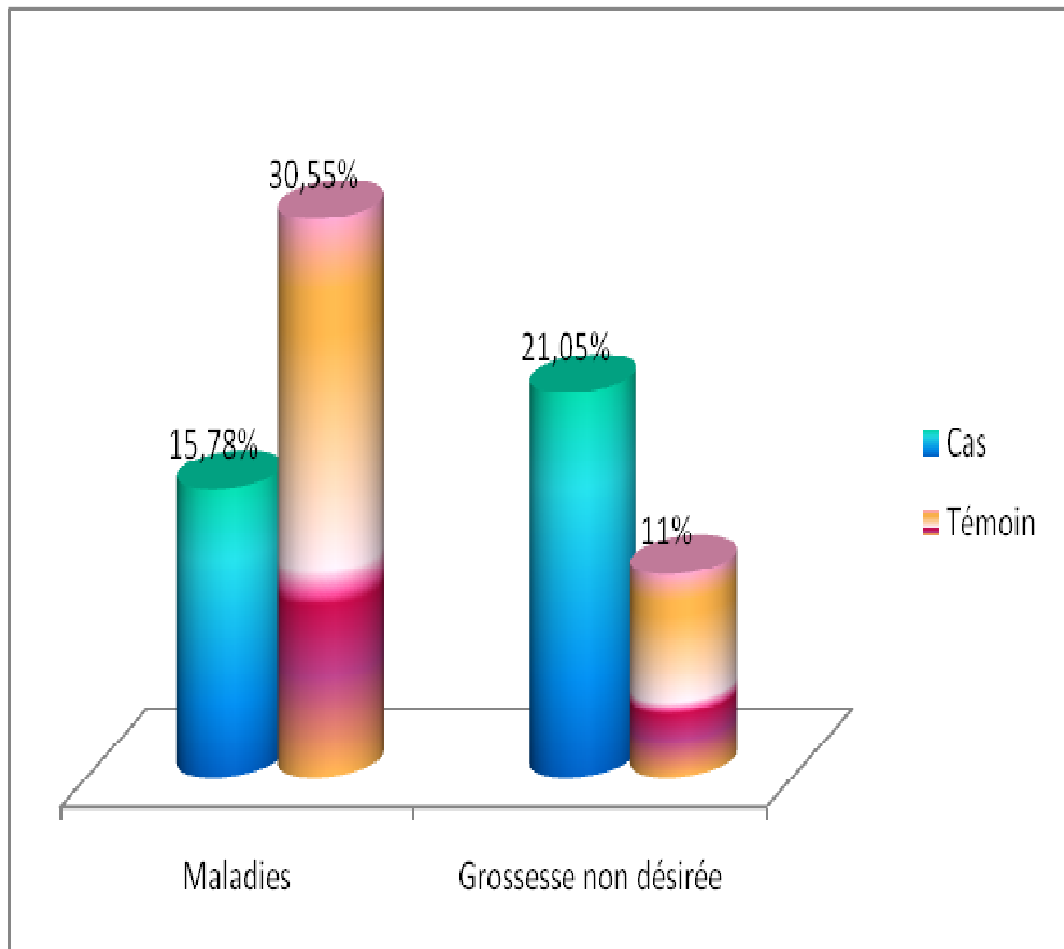


Figure N° 3: Inconvénients des rapports sexuels précoces selon « Cas » et « Témoins »

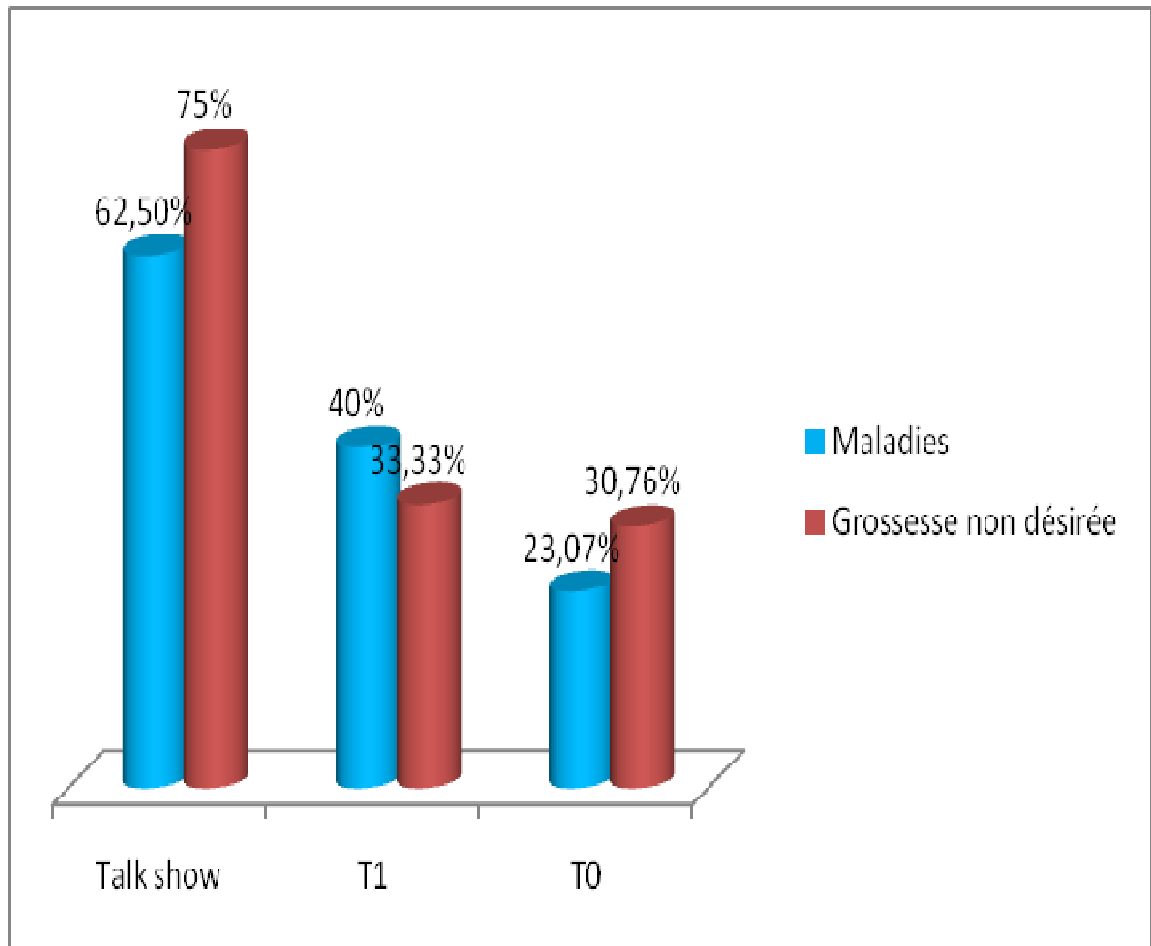


Figure N° 4: Inconvénients des rapports sexuels précoces selon « Talk show », « T1 » et « T0 »

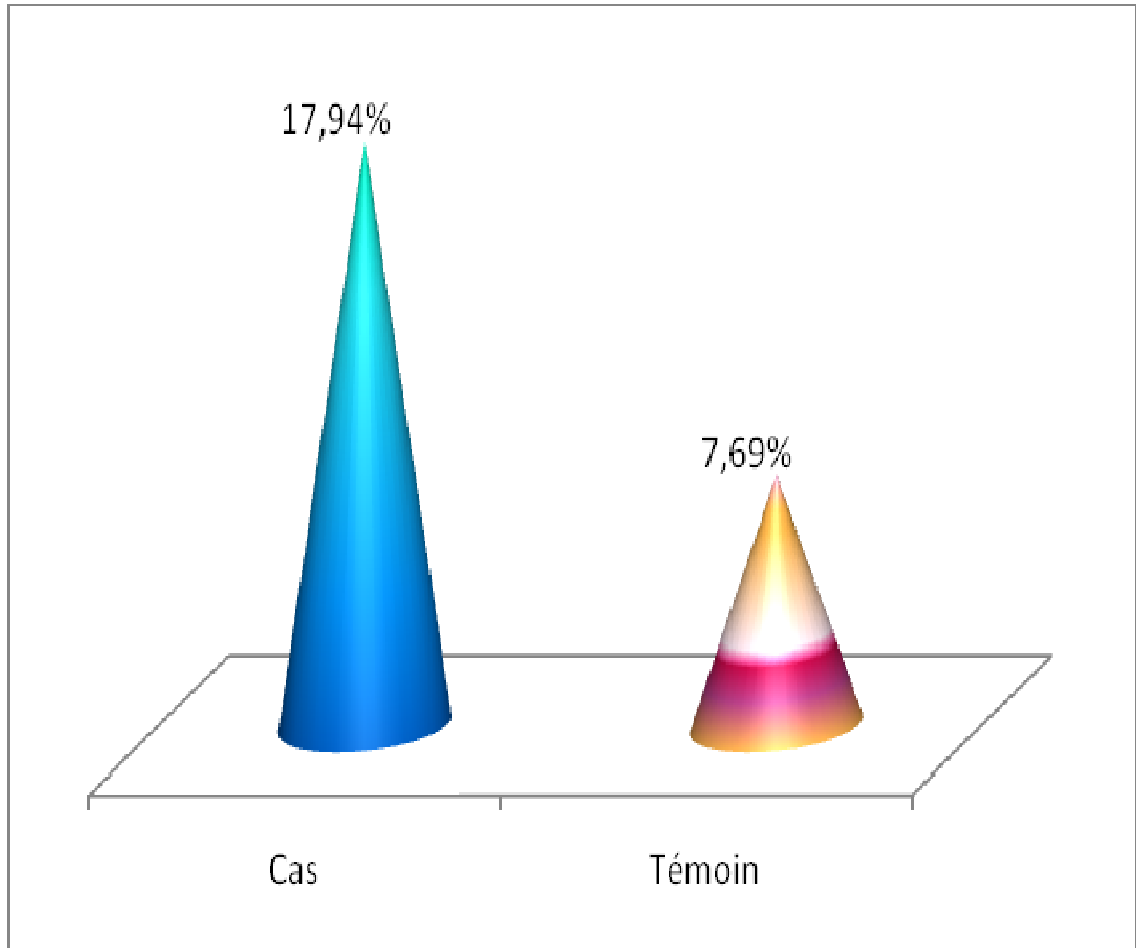
II. Connaissances des modes de transmission du VIH/SIDA :

Figure N°5: Connaissances correctes des modes de transmission des « Cas » et « Témoins »

III. Modes de prévention du VIH/SIDA:

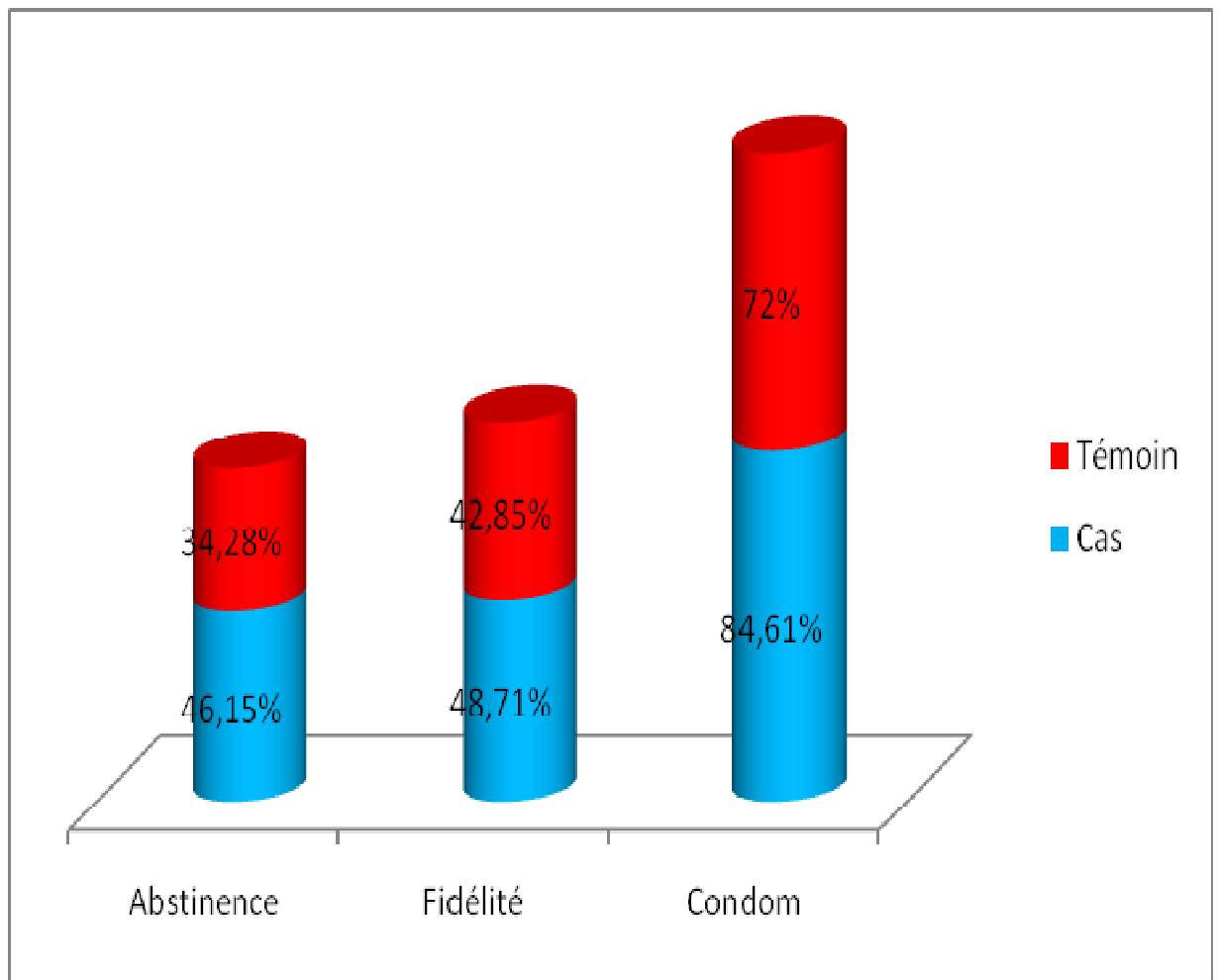


Figure N°6: Connaissances de « Cas » et « Témoïn » sur les modes de prévention du VIH/SIDA

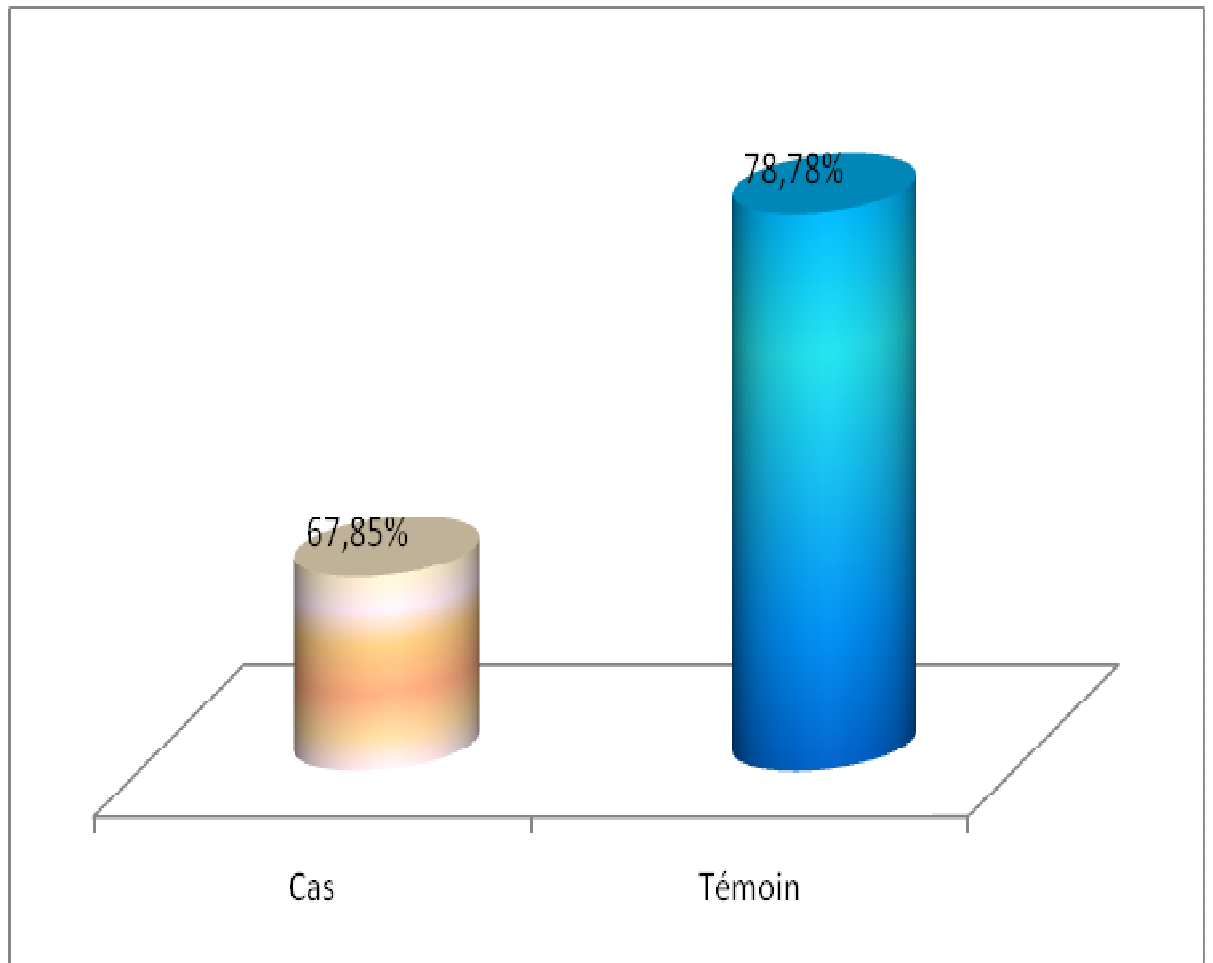


Figure N°7: Utilisation des préservatifs par « Cas » et « Témoïn »

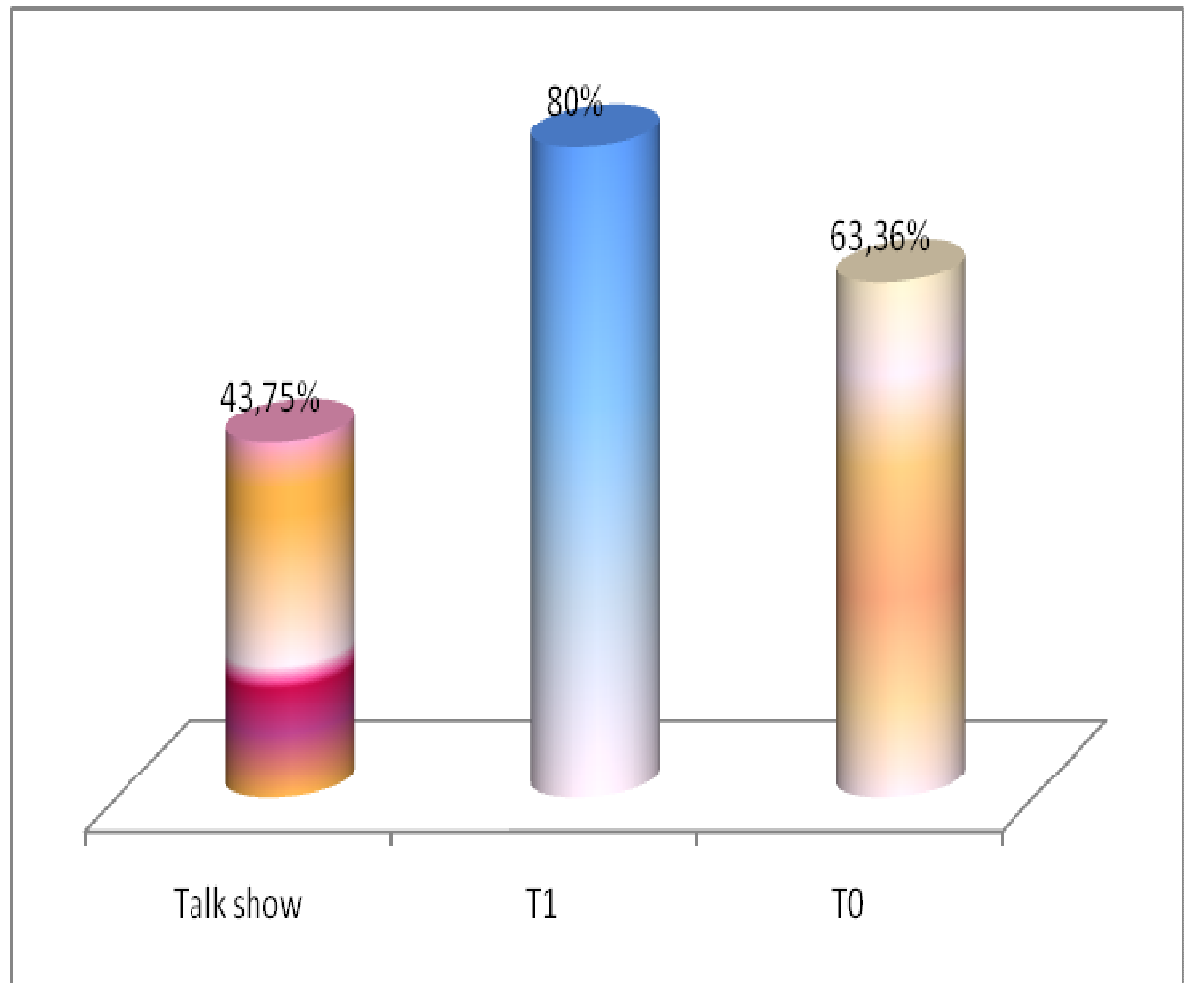


Figure N°8: Utilisation des préservatifs par « Talk show », « T1 » et « T0 »

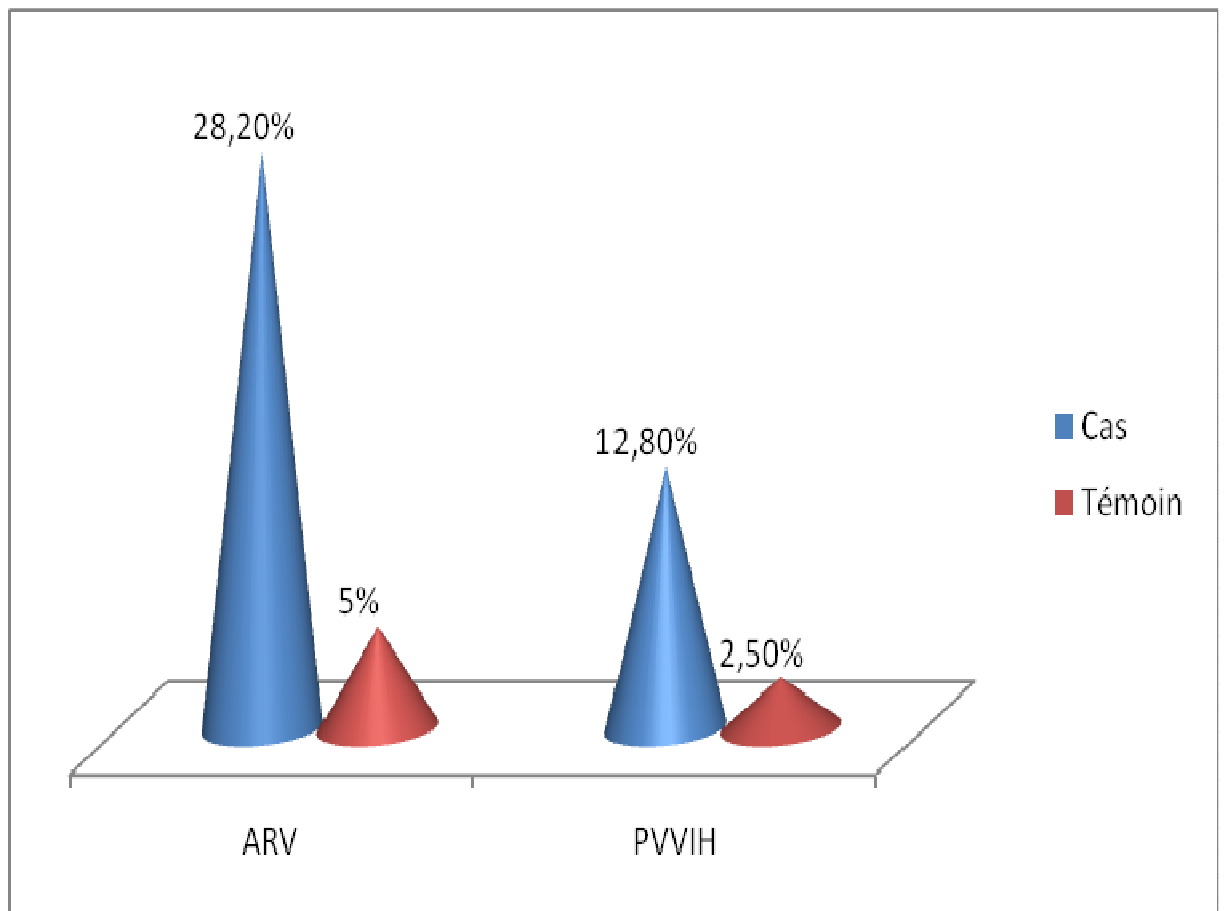
IV. Personnes Vivants avec le VIH/SIDA:

Figure N°9: Connaissances des « Cas » et « Témoin » sur l'ARV et les PVVIH

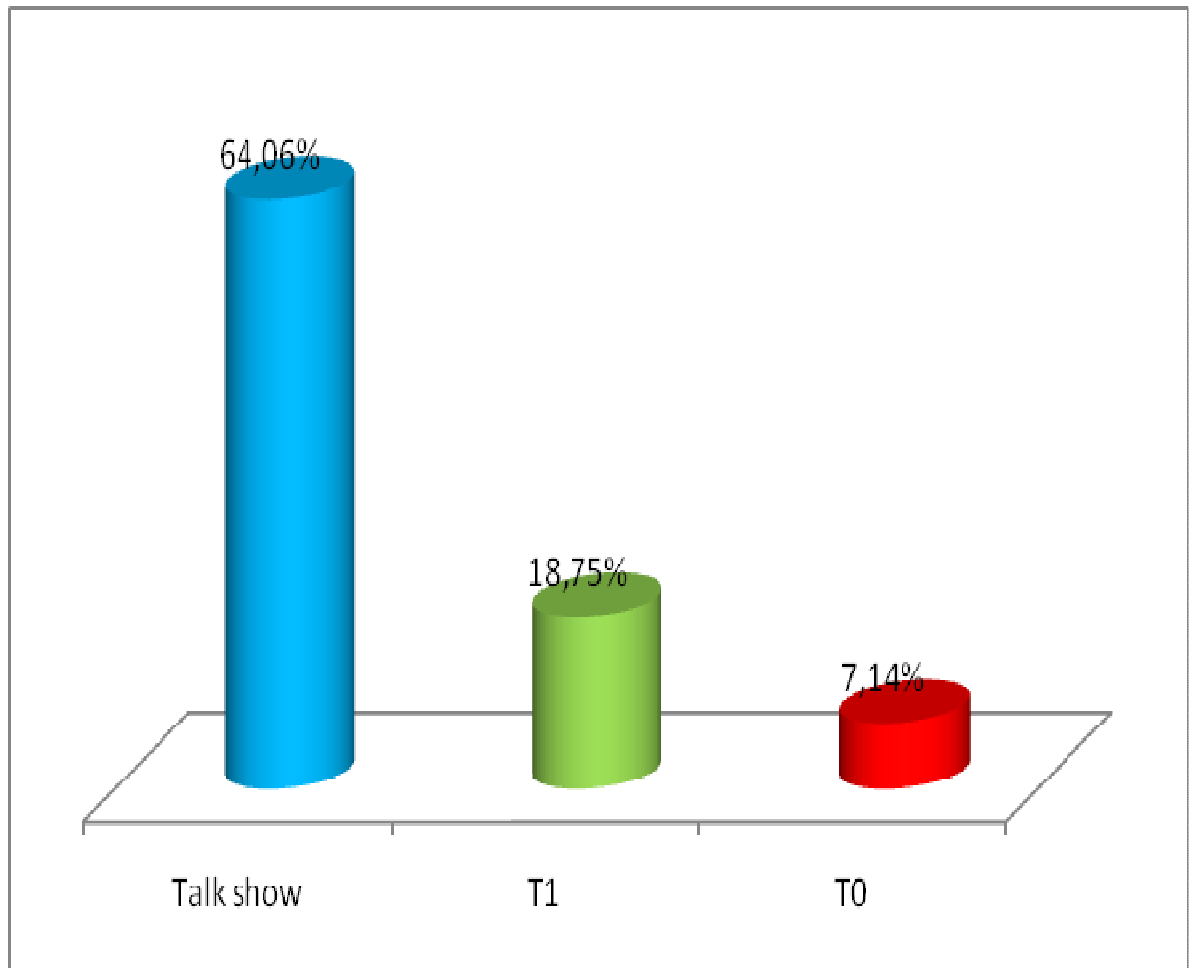


Figure N°10: Connaissances des « Talk show », « T1 » et « T0 » sur les PVVIH et leur prise en charge

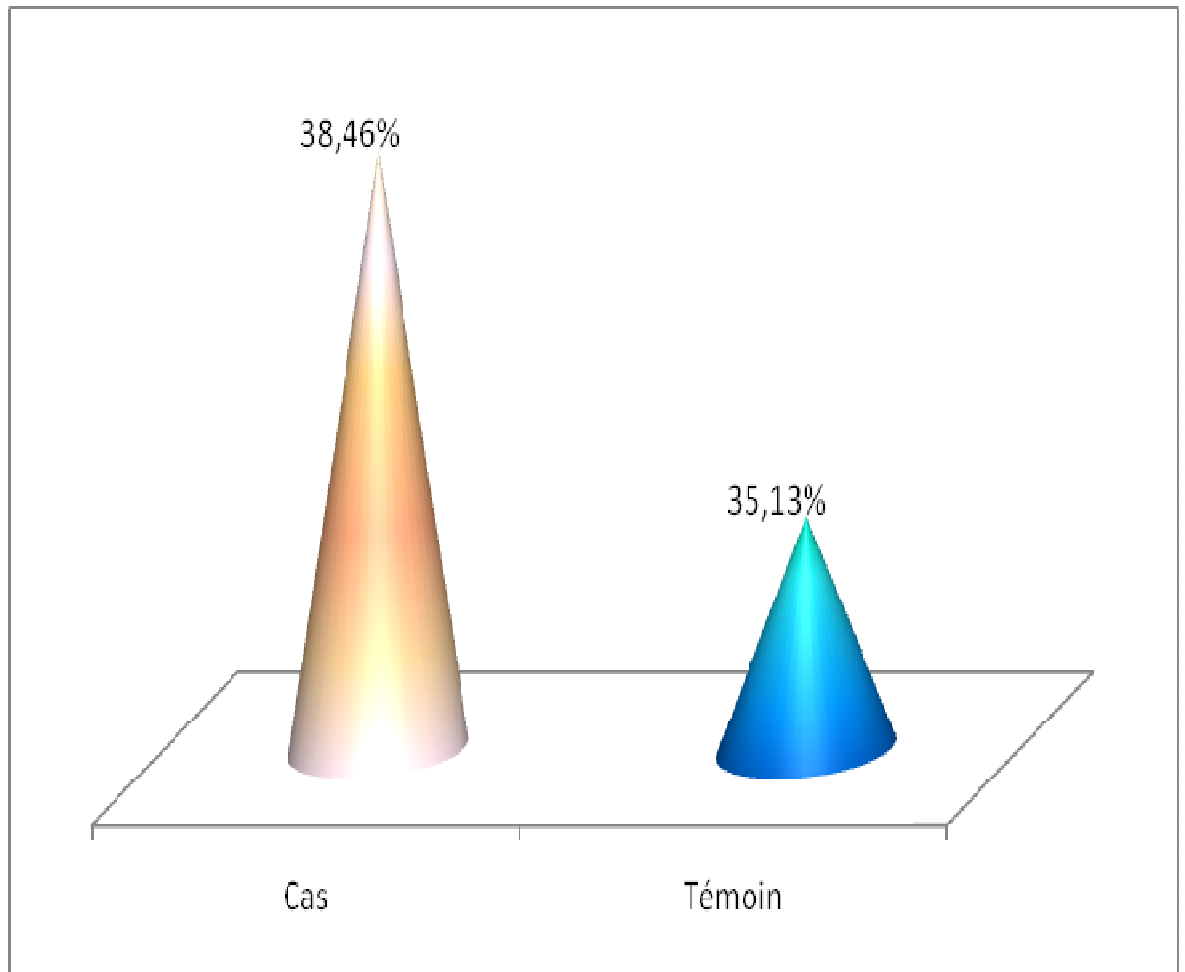


Figure N°11: Attitudes correctes des « Cas » et « Témoins » vis à vis des PVVIH

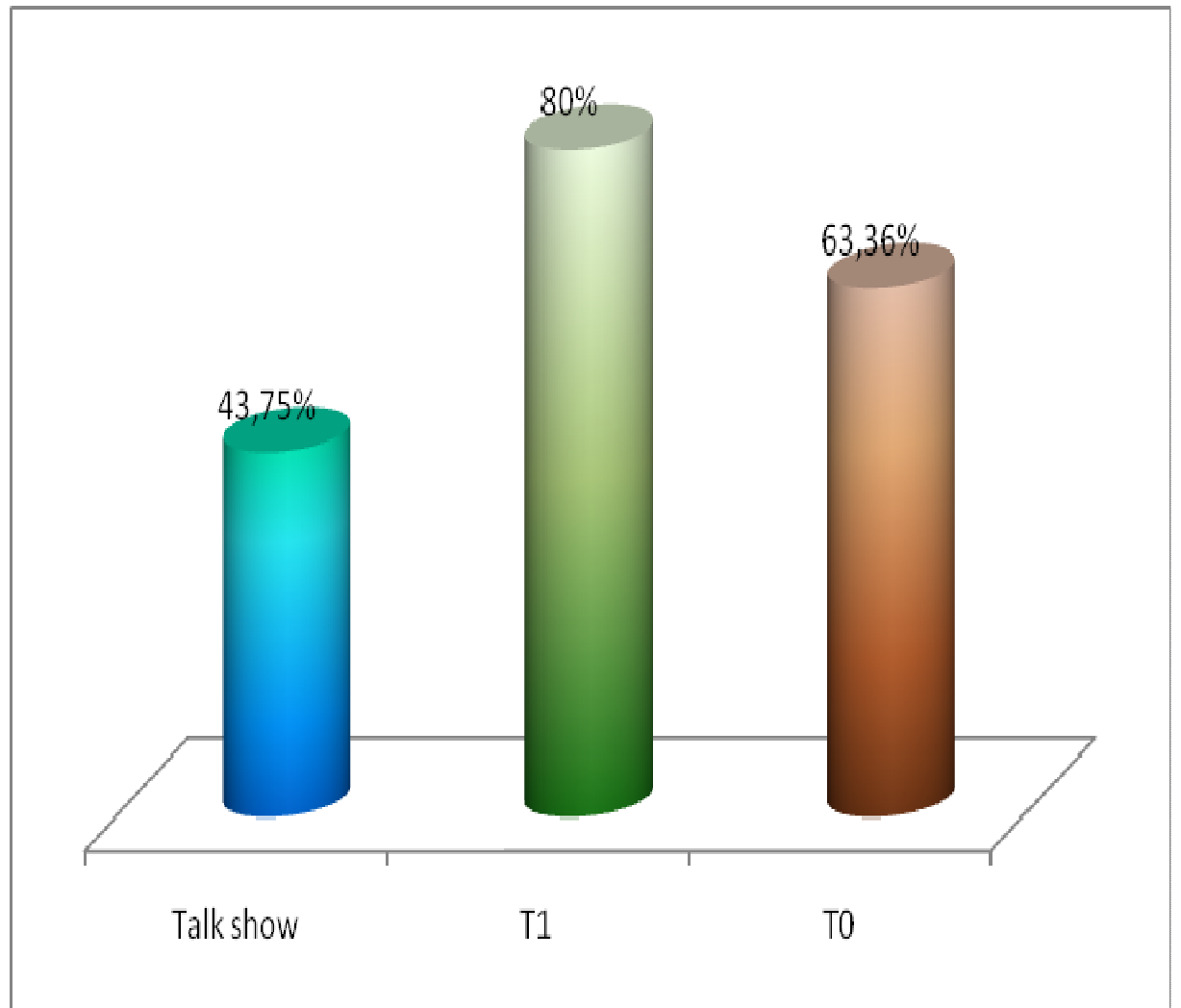


Figure N°12: Attitudes correctes des « Talk show », « T » et « T0 » vis à vis des PVVIH

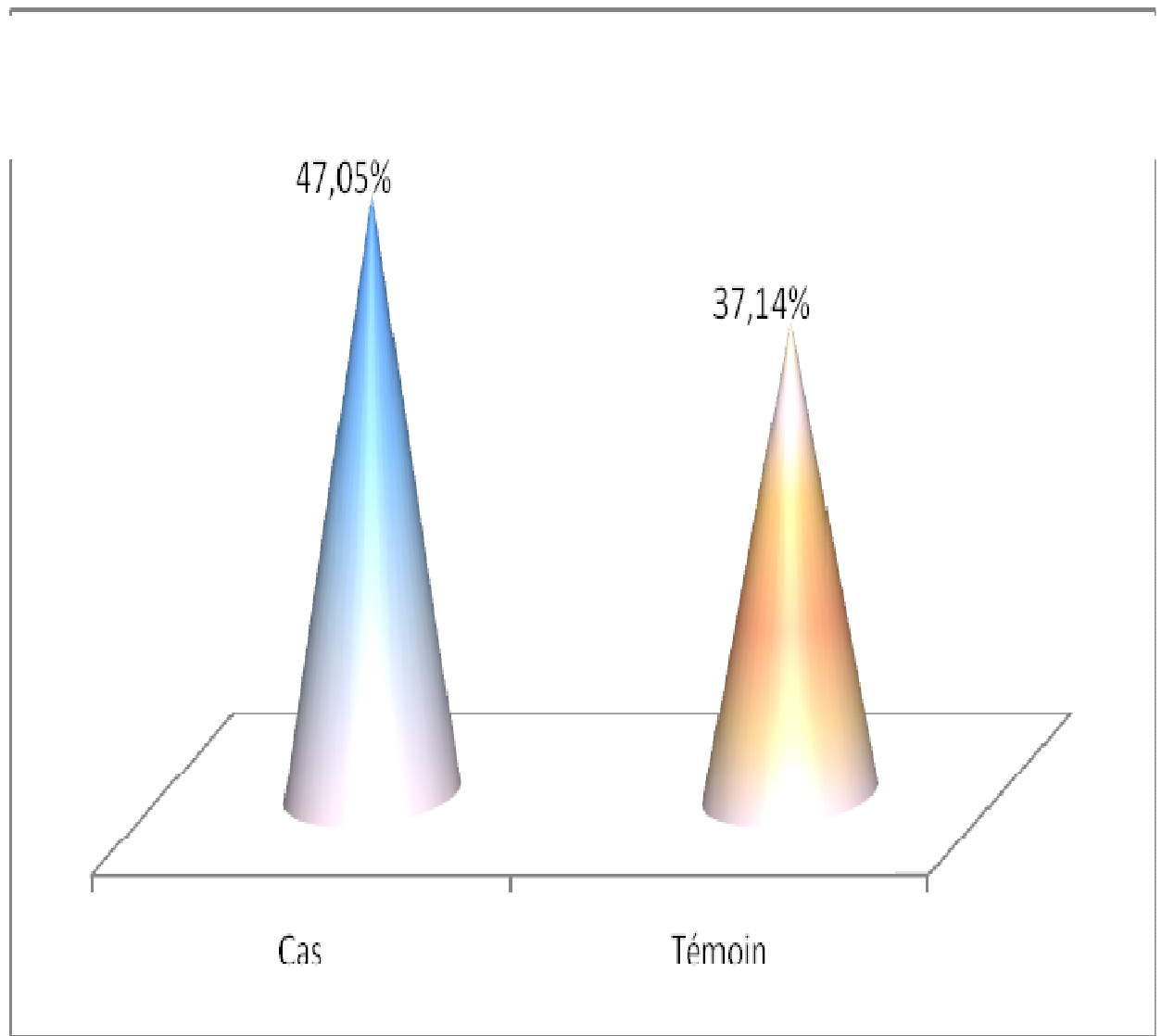
V. Jeunes et test de dépistage :

Figure N°13: « Cas » et « Témoins » ayant fait le test de dépistage

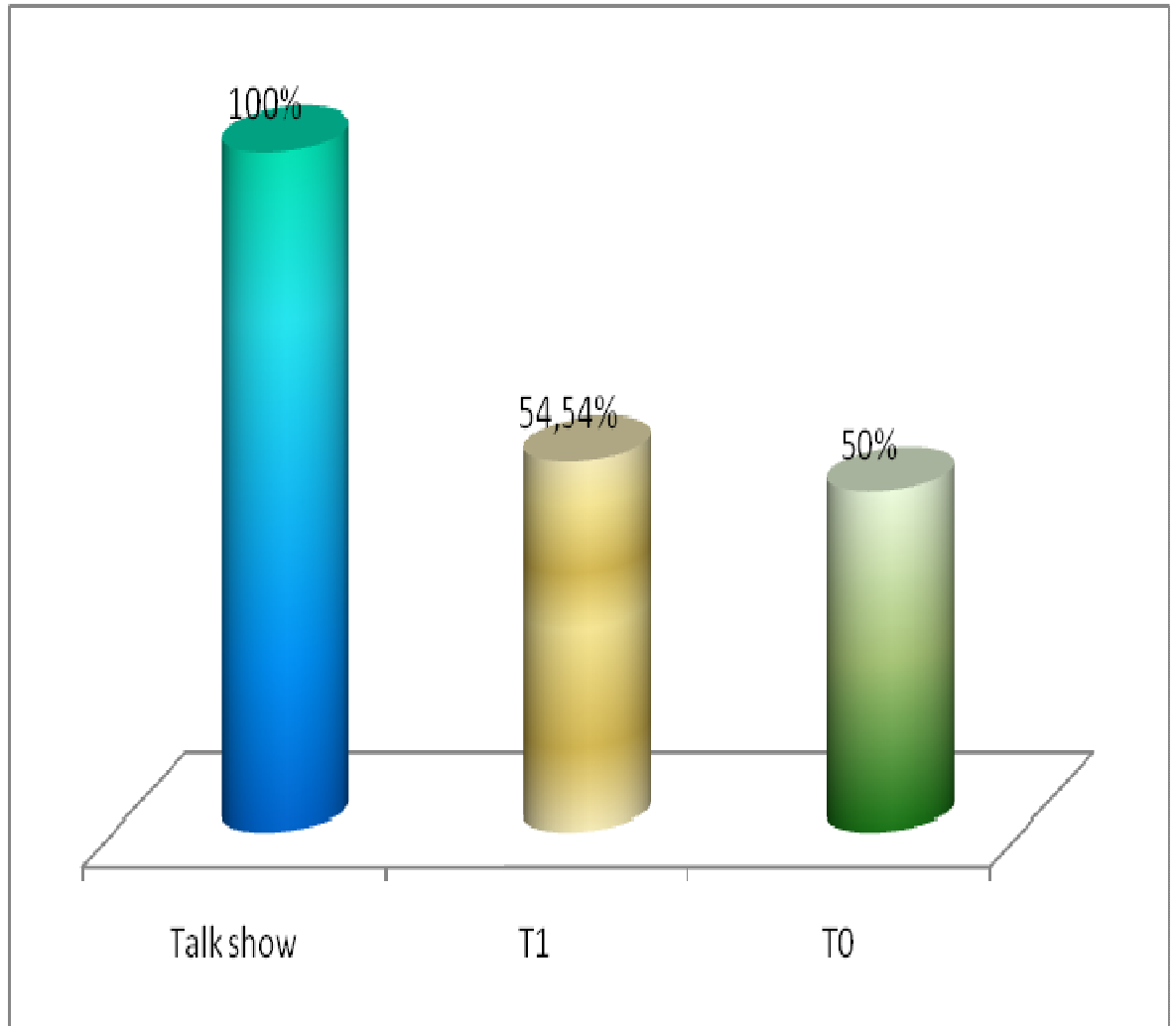


Figure N°14: « Talk show », « T1 » et «T0 » ayant fait le test de dépistage

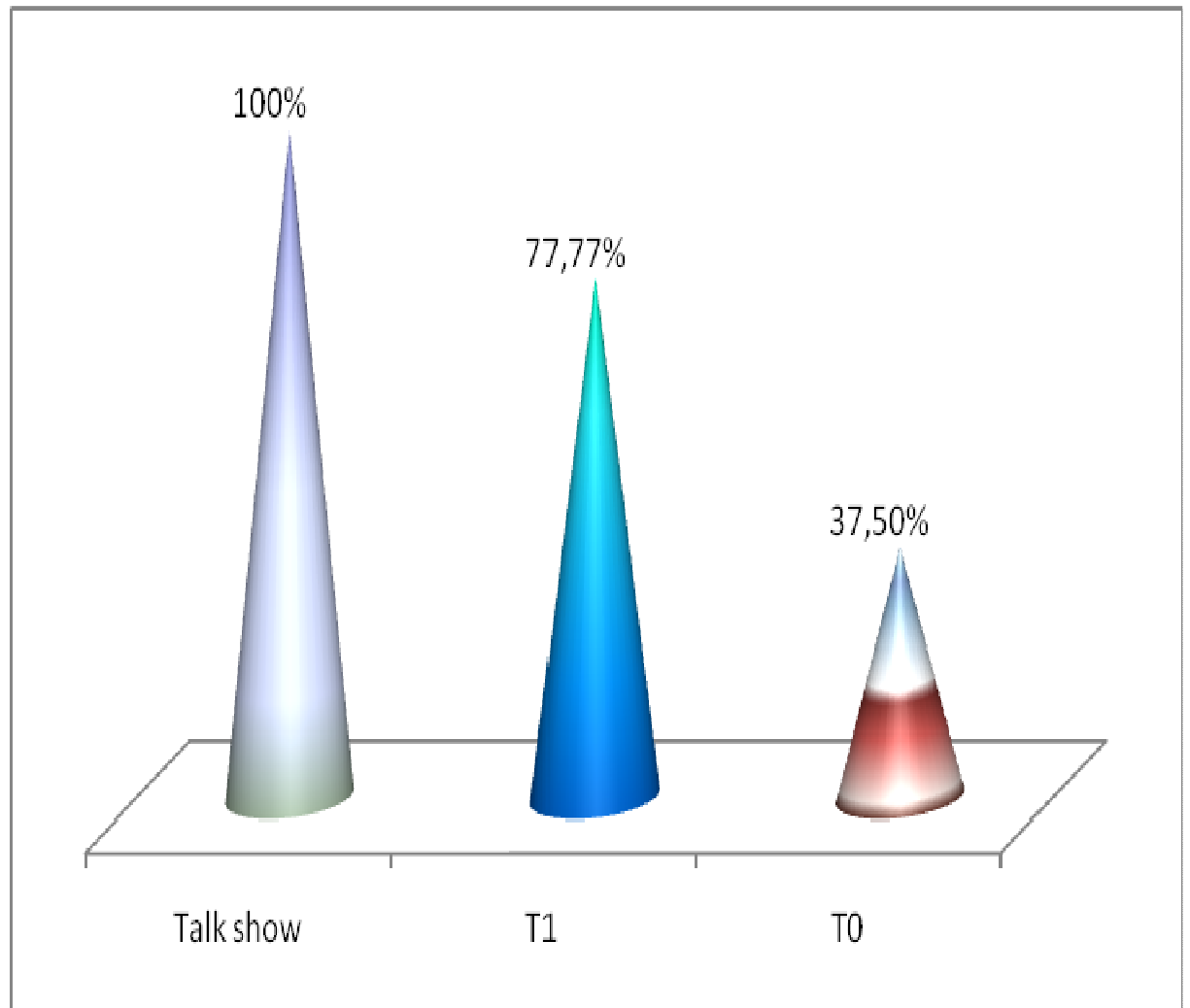
VI. Changement de comportement perçu après le programme :

Figure N°15: Changement de comportement perçu par les jeunes après la sensibilisation

VII. Modèles de lutte contre le VIH/SIDA appréciés par les jeunes :

Concernant les méthodes de sensibilisation appréciées par les jeunes pour la lutte contre le VIH/SIDA, on peut citer:

- les activités culturelles comme les films, les théâtres, les carnivals et les questions pour un champion.
- les activités sportives comme les tournois sportifs au niveau des plages.
- et les activités éducatives comme l'éducation sexuelle, communication inter personnelle et la création des clubs des jeunes anti SIDA.

Concernant les autres données :

- le pourcentage des jeunes qui aiment être invités dans les débats télévisés est de 50.5%.
- Sur l'efficacité des débats télévisés :
 - 100% sont convaincu pour l'intérêt du débat sur le plan éducationnel et souhaitant la continuation et même la pérennisation de l'activité.
 - 97.1% affirment que l'émission avec les débats leur a apporté plus de connaissances et leur a servi de bonne conduite dans leur vie de jeunes.
- 88.8% des jeunes apprécient les activités de lutte contre le VIH/SIDA faites par le projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS

Notre étude concerne l'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA menée par le projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga basée sur la méthode audiovisuelle.

L'enquête a mis en exergue sur le comportement des jeunes vis à vis du VIH/SIDA et la lutte contre ce fléau. Or, on a constaté que certains jeunes enquêtés ont tendance à éviter de répondre aux questions en rapport à leur vie sexuelle. Cependant, ceux qui ont répondu de bonne foi à nos questions nous ont permis de dégager des indicateurs brossant le comportement sexuel des jeunes, leur Connaissance, leur Attitude et Pratique vis à vis du VIH/SIDA.

Avant tout, il ne faut pas oublier que : « chaque être humain est unique en son genre et les comportements sont multidimensionnels. Les êtres varient au sein d'un groupe et les groupes sont parfaitement distincts les uns des autres. Certains comportements défient toute explication ». [50]

L'étude concernant les processus et les produits de cette lutte contre le VIH/SIDA a révélé le succès du programme.

1. Pertinence d'un groupe cible de la prévention constituée par les jeunes :

Les arguments faisant des jeunes un groupe cible pour la prévention du VIH/SIDA ne manquent pas.

Un grand nombre de jeunes commencent leur vie sexuelle à un âge relativement précoce, sont sexuellement actifs avant le mariage, ne sont pas monogames et n'utilisent pas suffisamment régulièrement le préservatif pour se protéger.

Les jeunes sont notre espoir d'inverser la tendance de l'épidémie de VIH/SIDA, s'ils disposent des outils et du soutien nécessaires. [51]

En effet, les jeunes sont des acteurs du changement social et non des cibles passives d'information ; ils ont la capacité d'être au centre de la lutte contre le VIH/SIDA en participant au processus de conception, de mise en œuvre et d'évaluation d'un projet commun. [32]

En plus l'ONUSIDA affirment que les jeunes jouent un rôle décisif dans l'évolution de l'épidémie de VIH/SIDA.

Les comportements actuels et ceux qu'ils adopteront au cours de leur vie détermineront l'évolution de l'épidémie pour les décennies à venir. [52]

En Afrique, plusieurs programmes de lutte contre le VIH/SIDA ciblent en premier lieu les jeunes ; comme c'est le cas de TSA BANANA en Botswana, Prévention du SIDA par l'union nationale des jeunes et des étudiants en Erythrée, Life Skills Programme : My future is my choice en Namibie et Stright talk et Young talk en Ouganda. [52]

Mais dans les pays développés, on pense différemment sur le fait que les jeunes sont les cibles prioritaires. Certains auteurs remarquent que les sociétés industrielles ont tendance à surinvestir l'institution scolaire et projeter sur l'école et par conséquent sur les populations jeunes, un problème de santé, en l'occurrence le SIDA, qui ne les concerne ni plus ni moins que les classes d'âge adultes. [53]

En plus, il apparaît que cibler les jeunes en particulier soit considéré comme moins important en Suisse. [54]

2. Les zones d'intervention :

Les jeunes touchés sont 9100 pour ONONDRAHA I et 11 760 pour ONONDRAHA II et répartis dans les 35 établissements scolaires contre 41 qui existent à Mahajanga I et les centres de jeunes comme les maisons de jeunes, maisons de quartiers. [43, 44]

La littérature confirme que l'environnement entre dans l'équation de la situation problématique, soit comme déterminant des difficultés locales soit comme créant des conditions favorables à la promotion de la santé et de la réduction de conduites à risque. Ces settings majeurs sont l'école, les foyers, les lieux de rencontre des jeunes, les cliniques de planning et MST, la rue ou les communautés au sens large. [55]

Abdias Nodjiadjim Laoubaou et al ont souligné que les écoles de concert avec les organisations qui œuvrent pour atteindre les jeunes dans les contextes non scolaires ont un précieux rôle à jouer dans la prévention du VIH, en particulier quand il s'agit de toucher les enfants avant qu'ils n'atteignent l'âge de vulnérabilité maximale (de 15 à 24 ans). [56]

Selon l'ONUSIDA, les programmes de prévention à l'intention des jeunes scolarisés sont un élément essentiel de toute action nationale de prévention du VIH, mais le fait de concentrer les activités sur les seuls jeunes scolarisés signifierait laisser de côté un très grand nombre de bénéficiaires potentiels. [51, 52]

Les établissements confessionnels n'ont pas autorisé la projection chez eux. [43, 44]

En effet, il arrive néanmoins souvent que l'éducation scolaire sur le SIDA soit refusée aux enfants et aux jeunes. Les raisons évoquées pour ce refus peuvent être l'aspect délicat ou controversé du sujet dans certaines sociétés ou bien la difficulté de trouver le temps nécessaire pour l'éducation sur le SIDA dans un programme déjà chargé. Il arrive parfois que l'école soit autorisée à donner l'information sur le SIDA mais pas à enseigner les compétences en matière de comportement requises par la prévention et le soutien. [52]

En plus, Karen Klaue souligne que parler ouvertement de sexe entre les générations équivaut encore souvent, pour des segments du public, à encourager automatiquement l'activité sexuelle. [53]

Pour approfondir l'impact de la sensibilisation et pour élargir les cibles, le projet a exploité les deux films dans le cadre des débats télévisés.

Le fait d'utiliser le média comme moyen d'élargir les cibles est bien justifié.

La littérature souligne que les médias touchent dans le monde un grand nombre de jeunes et exercent une énorme influence. [57]

En plus, aucun canal de communication n'a un pouvoir de diffusion dans la société comparable à la télévision, radio, journaux. Les avantages de ce type d'approche consistent dans l'accès simultané à des millions d'individus présentant une information factuelle et renforçant les messages de prévention à une très large échelle... Les médias audiovisuels permettent d'avoir accès aux gens avec des capacités de lecture réduites. Tous les segments de la population sont touchés. [58]

En outre, comme les émissions des médias ont un public tellement large, elles peuvent toucher un grand nombre de jeunes et leur communiquer des informations positives comme la campagne Safer Sex or AIDS en Ouganda, Tsa Banana au Botswana et Soul City en Afrique du Sud. [59, 60, 61]

En outre, la télévision exerce une influence notable auprès des citoyens. [62]

Ceci est confirmé par le programme « Feuilleton télévisé pour la prévention du VIH/SIDA » du Programme CARE en Vietnam. [63]

Et 100% de ceux qui ont vu ces débats télévisés disent que c'est utile de les continuer. Il existe donc une demande généralisée. Ce qui semble indiquer que les émissions sont appréciées.

Ainsi, l'objectif du film ONONDRAHA qui s'adresse en premier lieu aux jeunes a été atteint.

3. Les messages à transmettre :

Les messages diffusés dans les deux films ONONDRAHA concernent :

- existence du VIH
- comportements sexuels des jeunes
- modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA
- dépistage
- stigmatisation
- prise en charge des PVVIH
- conflits parents enfants et entre jeunes couples. [43, 44, 45]

Or, pour être efficace, l'éducation sur le SIDA devra comporter des informations sur la prévention, sur la prise en charge des PVVIH et sur la non-discrimination. [52]

En plus de cela, le film a utilisé des acteurs locaux c'est à dire qui parlent des langues locales.

En effet, les messages sur le SIDA doivent être exprimés en des termes culturels appropriés afin de les rendre plus sensibles aux divers contextes sociaux et économiques.

Les stratégies de communication doivent être adaptées sur le plan local, afin que des groupes et des domaines spécifiques puissent être ciblés. [64]

Ainsi, on peut dire que les messages transmis sont bien étudiés, planifiés et spécifiés en tenant compte les auditoires ciblés qui sont les jeunes.

4. **Projection de film suivie de discussion-débat:**

Le film est un media populaire, en particulier auprès des jeunes dans le monde entier. Il n'est donc pas surprenant que la présentation de films vidéo à des fins éducatives soit devenue une pratique courante dans les centres des jeunes en Afrique.

Ces films peuvent servir à communiquer des informations sous une forme accessible et attrayante. [65]

Ceci est confirmé par la satisfaction des jeunes aux évaluations antérieures. [43, 44]

En plus, les vidéos sont un moyen utile de lancer le débat. Elles ne devraient pas être utilisées isolément pour informer. Si vous laissez un groupe de jeunes face à une vidéo et que vous ne leur donnez pas ensuite le temps d'en parler, ils ne peuvent pas dégager ce qu'ils ressentent de l'information reçue. Le choix de la vidéo est très important. [66]

En plus de la satisfaction des jeunes sur le film, 50.5% des jeunes aiment être invités dans les débats télévisés et que 84% des jeunes qui ont vu ON I et 93% des jeunes qui ont vu ON II sont très satisfaits de la discussion.

La littérature souligne que la discussion permet aux gens de réfléchir à l'opinion qu'ils ont sur un problème puis de s'exprimer. Ecouter les autres peut élargir ou modifier l'opinion que nous avons et finalement nous aider à préciser nos idées, nos attitudes, nos valeurs et notre comportement. Parfois débattre d'une question aide à faire face aux conflits et parvenir à un consensus. [66]

5. **Connaissance de la transmission du VIH :**

La connaissance de la transmission du VIH n'est pas un indicateur de résultat du programme, mais seulement un indicateur de produits car il n'a pas d'effet direct sur cette transmission.

Les rapports sexuels non protégés sont la principale cause de propagation des épidémies à VIH.

Les programmes SIDA se sont donc particulièrement préoccupés d'accroître les connaissances des gens sur la transmission du VIH et de promouvoir les pratiques de relations sexuelles moins risquées. [8]

Toutes les sensibilisations menées par le Projet ont appuyées les messages sur les modes de transmission du VIH/SIDA, on peut noter une différence significative : 17.94% des « cas » et 7.69% des « témoins » savent les réponses correctes sur les modes de transmission du VIH/SIDA.

Mais on peut en déduire aussi à partir de ces résultats qu'il y a insuffisance de connaissances correctes des jeunes en général sur la transmission du VIH/SIDA qui va aggraver leur vulnérabilité face au VIH/SIDA.

Ceci est confirmé par la littérature : la méconnaissance des modes de transmission a progressé, comme c'est le cas de la région parisienne. [67]

En plus, on peut noter le succès des débats télévisés puisque à travers ces débats télévisés, les jeunes ont pu discuter librement. Ils ont pu interroger et discuter sans contrainte sur leurs problèmes sur le VIH/SIDA et sur la sexualité. Or ceci est difficile voire impossible pendant les débats dans les établissements scolaires du fait de la peur et la contrainte par la présence des responsables et l'imposition de certains règlements pendant ces débats.

6. **Connaissance sur l'infection VIH/SIDA :**

La connaissance de la maladie par les individus est une étape préliminaire essentielle à la prévention des autres modes de transmission du VIH. [8]

En plus, le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. [68]

- a) Concernant les réponses des jeunes en général et surtout les jeunes sensibilisés sur les inconvénients des rapports sexuels précoces, c'est la grossesse non désirée qui domine les autres inconvénients.

En effet ; 75% des « talk show » contre 62.5%, 30.76% des « T0 » contre 23.07% et 21.05% des « cas » contre 15.78% ont cité la grossesse non désirée comme inconvénients des rapports sexuels précoces.

Ainsi le VIH et autres IST sont loin d'être les seuls problèmes de la population jeune. Un grand nombre de jeunes s'inquiètent plus du risque immédiat d'une éventuelle grossesse que de celui du VIH et des IST. [8]

En plus, d'après Green et al, les sociétés dans divers pays africains pensent que la réduction des relations sexuelles avec des partenaires de rencontre et l'abstinence sont la meilleure réponse au sida ; la même importance n'est pas accordée aux préservatifs. [69]

Ensuite, nombreux sont les jeunes qui ne parviennent pas à relier connaissances et perception du risque avec le comportement. [51]

- b) La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le SIDA. [68]

L'un des objectifs de la sensibilisation à travers ce film ONONDRAHA est d'espérer convaincre les jeunes sur la nécessité absolue de se protéger contre l'infection à VIH à travers l'abstinence, la fidélité et les condoms. [45]

On ne peut pas nier que les modes de prévention du VIH/SIDA sont connus des jeunes et surtout ceux de Mahajanga. En effet, 49.1% des jeunes et 38.8% des majungais savent que les préservatifs sont des moyens de prévention du VIH/SIDA ; 55.3% des jeunes et 53.6% des majungais énoncent la fidélité et que 49.3% des jeunes et 47.2% des majungais ont cité l'abstinence. [68]

- **Fidélité et abstinence** :

Les deux premiers modes de prévention du VIH à savoir l'abstinence et la fidélité ont diminué de valeur aux yeux des jeunes.

En effet, seulement 48.71% des « cas » et 42.85% des « témoins » ont cité la fidélité et 46.15% des « cas » et 34.28% des « témoins » ont cité l'abstinence.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces faits. Premièrement, on ne peut pas fermer les yeux sur le fait que les adolescents du monde entier sont sexuellement actifs. [70]

Ceci est confirmé par notre résultat qui montre que 50.9% des jeunes sont sexuellement actifs.

Deuxièmement, bien que l'abstinence et les relations monogames avec un partenaire non contaminé constituent des comportements préventifs efficaces, ils peuvent se révéler difficile à maintenir. [3]

Les personnes qui savent que le SIDA est transmis par les rapports sexuels, ont de grandes chances de savoir que le risque de transmission est diminué par l'abstinence. Mais, tout en sachant que celle-ci est un moyen efficace de prévention, les personnes interrogées peuvent quand même répondre par la négative, car elles ne la considèrent pas applicables. [8]

- **Préservatifs :**

On a pu voir aussi que, c'est l'utilisation des préservatifs qui est le plus cité et le plus marqué des modes de prévention du VIH/SIDA.

En effet, 84.61% des cas ont cité l'utilisation des préservatifs contre 72.28% des témoins.

Ces données contredisent littéralement Green et al qui disent que les sociétés dans pays africains pensent que la réduction des relations sexuelles avec des partenaires de rencontre et l'abstinence sont la meilleure réponse au sida ; la même importance n'est pas accordée aux préservatifs. [69]

L'utilisation constante de préservatifs est une méthode très efficace de protection contre la transmission du VIH et, d'autres IST chez les personnes sexuellement actives. [3]

c) **Prise en charge des PVVIH :**

La prise en charge des PVVIH a travers l'ARV et la FIFAFI est connue par les jeunes et ce sont les « talk show » qui connaissent le plus cette prise en charge.

En effet, 18.75% des « T1 », 64.06% des « talk show », 7.14% des « T0 », 20.5% des « cas » ont donné les réponses correctes concernant cette prise en charge contre 3.75% des « témoins ».

L'intervention a significativement accru la conviction sur qu'il existe une prise en charge des PVVIH et surtout à Mahajanga.

Mais l'augmentation des connaissances à la suite des efforts fournis par les programmes est importante à considérer, mais les indicateurs de résultats (tels qu'une augmentation de l'utilisation des préservatifs ou une baisse de l'activité sexuelle) sont indispensables pour juger de l'impact. [8]

7. **Stigmatisation :**

La stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au SIDA constituent les plus importants obstacles à la prévention des nouvelles infections, à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquats et à l'atténuation de l'impact. La stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA sont universelles et se produisent dans tous les pays et dans toutes les régions du monde. [71]

Les sensibilisations menées par le projet ont bien véhiculé les attitudes et les soutiens face aux PVVIH mais la plus caractéristique est celle des « talk show ».

En effet, 43.75% des « T1 », 66.7% des « talk show », 28.57% des « T0 », 38.48% des « cas » et 35.13% des « témoins » ont donné une bonne attitude face aux PVVIH.

Ainsi, le programme du projet visant à réduire la stigmatisation liée au Sida et la discrimination a été bien conduit conformément à la déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA paragraphe 37 comme ce qui est retrouvé pour les programmes en Israël, Jamaïque, Ouganda, Zimbabwe, Zambie, Thaïlande, Tanzanie et aux USA.[72, 73, 74, 75, 76, 77]

Mais ceci n'empêche pas de dire que la discrimination ou la stigmatisation des PVVIH semble dissiper. Même dans les cas où les connaissances ont été considérablement améliorées, le fait de savoir ne se traduit pas nécessairement dans les actes. [8]

Ainsi, la littérature souligne que lutter pour une meilleure acceptation sociale des PVVIH constitue un axe majeur des actions de lutte contre le VIH. Mieux acceptées par la société, les personnes atteintes sont plus sensibles à la prévention : meilleur suivi thérapeutique, meilleure observance des traitements, renforcement plus général des comportements de prévention...A l'inverse, les discriminations cumulées peuvent entraîner les personnes à avoir un comportement de prises de risques. [78]

8. Changement de comportement :

Des changements de comportement ont été recensés au niveau des jeunes après les sensibilisations menées par le Projet sur la lutte contre le VIH/SIDA. Mais le plus marqué est celui des « talk show » puisque pendant les débats télévisés, les jeunes ont pu discuter librement et corriger leurs idées fausses sur le VIH/SIDA. Ce qui peut conduire à un changement de comportement plus marqué.

En effet, 77.77% des « T1 », 100% des « talk show » et 37.5% des « T0 » disent qu'ils ont perçu des changements de comportements après les sensibilisations menées par le Projet.

Un plan d'évaluation doit aussi mesurer l'impact du programme c'est à dire le niveau de changement de comportement du groupe cible. [35]

Les attitudes sont difficiles à cerner. Elles influencent le comportement, mais elles sont moins facilement mesurables que le comportement. [8]

Malgré cela, on a pu avoir les attitudes des jeunes face au VIH/SIDA. Les sensibilisations menées par le Projet pour la lutte contre le VIH/SIDA ont bien modifié les attitudes des jeunes vis à vis du VIH/SIDA.

9. Test de dépistage :

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH peut contribuer à limiter l'épidémie car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leur partenaire.

Notre étude nous a permis de mentionner que les jeunes majungais ont vraiment changé leur pratique en faisant le test de dépistage du VIH/SIDA.

En effet, 54.54% des « T1 », 100% des « talk show », 50% des « T0 », 47.05% des « cas » et 37.14% des « témoins » ont déjà fait le test de dépistage sur le VIH/SIDA. Ici, on n'a pas pris en compte les réponses des jeunes d'âge inférieur à 18 ans.

Comparée aux données d'EDSMD 2003-2004 qui montrent que parmi les jeunes sexuellement actifs, 75% des femmes et 84% des hommes n'ont jamais effectué de test de VIH/SIDA.

On peut dire que les sensibilisations sur le test de dépistage déroulant à Mahajanga ont tous donné des bons résultats.

10. Utilisation des préservatifs :

Concernant la question : « Quand utilisez-vous des préservatifs ? », 80% des « T1 », 43.75% des « talk show », 63.36% des « T0 », 67.85% des « cas » et 78.78% des « témoins » font une utilisation correcte et responsable des préservatifs.

On peut noter donc que les jeunes ont des savoir-faire sur l'utilisation des préservatifs. Mais il ne faut pas oublier que l'utilisation du préservatif est rare chez les jeunes (seules 3.7% des filles de 15-19 ans en ont déjà utilisés, EDS 2003), même lors des relations à risque (plusieurs partenaires sexuels, relations sexuelles avec des prostituées). [40]

En plus, si beaucoup de jeunes sont conscients que l'usage du préservatif est la meilleure façon de se protéger contre les IST/VIH/SIDA, les préservatifs incarnent souvent non pas une notion d'amélioration de la santé mais des vices de la société.

Pour bien des jeunes, la réduction du plaisir compte bien plus que les avantages de la protection.

Et beaucoup d'adolescents perçoivent l'usage des préservatifs dans les relations sexuelles comme atténuant le plaisir des rapports sexuels, rendant ceux-ci plus artificiels ou trop impersonnels. « On ne peut pas sucer un bonbon sans défaire le papier » et « une banane se mange sans la peau ». [79]

En outre, l'un des obstacles courants entravant l'utilisation du préservatif reste la perception selon laquelle son utilisation signifie l'infidélité. [3]

Enfin, la non utilisation du préservatif s'explique par le fait que les jeunes sous estiment le risque d'être contaminés s'ils connaissent leur partenaire sexuel. Et beaucoup de jeunes gens croient que les préservatifs sont réservés aux prostituées ou à ceux qui ont des partenaires de passage ou de relations sexuelles extra conjugales. [79]

Ainsi, il ne faut pas espérer l'utilisation rigoureuse et conséquente des préservatifs de la part des jeunes. [70]

Enfin, la communication sur le préservatif est réservée et limitée pendant les sensibilisations surtout pendant les débats télévisés. C'est pour cela que le pourcentage des « talk show » est très inférieur des autres et surtout des « témoins ». Or, de moins bons résultats ont été rapportés dans les systèmes où l'abstinence est présentée comme la seule option possible pour les adolescents hors du mariage et où le préservatif est faussement présenté comme inefficace pour éviter les grossesses, le VIH et les autres IST. En plus, l'éducation sanitaire préventive doit être globale et fournir, d'une manière équilibrée et appropriée à l'âge des jeunes, des compétences essentielles, l'information sur la santé reproductive et sexuelle ainsi qu'un débat sur les attitudes et les valeurs. [79]

Ainsi, selon Karen Klaue, utiliser ou non le préservatif n'est pas seulement une question de pratique, de convenance mais résulte de jeux de pouvoir souvent inégaux, de résistances, d'expressions de désirs, de jeux d'implication et de détachement etc. [53]

11. Evolution des CAP des jeunes de Mahajanga :

L'évolution des CAP des jeunes sur le VIH/SIDA a été dans le sens de l'amélioration.

Après « Onondraha I », on a pu noter une amélioration de 14% sur les connaissances, une amélioration de 8% sur les attitudes et une amélioration de 7% sur les pratiques. La moyenne de CAP étant une amélioration de 10%. [43]

Après « Onondraha II », on a pu recenser une amélioration de 53% sur les connaissances, une amélioration de 63% sur les attitudes, et une amélioration de 23% sur les pratiques. La moyenne de CAP étant une amélioration de 54%. [44]

Après les débats télévisés, on peut noter une amélioration de 10% sur les connaissances, une amélioration de 3.3% sur les attitudes et pas de modification sur les pratiques. La moyenne de CAP étant une amélioration de 4.4%.

Ainsi les sensibilisations menées par le Projet pour la lutte contre le SIDA ont bien modifié le CAP des personnes atteintes.

SUGGESTION

Evaluer un programme, c'est déterminer les points faibles à y changer et améliorer et les points forts qu'il faut revitaliser et continuer ; et soutirer les bonnes pratiques pour pouvoir pérenniser le programme.

Pour avoir une intervention prometteuse et capable d'être transposée à grande échelle, nous en proposons ci-dessous une synthèse de quelques recommandations et suggestions.

Pour le pouvoir central :

- Sensibiliser de plus en plus sur la promotion des préservatifs qui est devenu un sujet de discorde car elle est souvent et encore considérée par les religieux, les parents et autres éducateurs comme une incitation à la débauche.
- Encourager les établissements scolaires et surtout religieux à accepter que le volet d'éducation sexuelle soit inclus dans leurs programmes scolaires même depuis le primaire pour prévenir la pratique sexuelle précoce des adolescents et des jeunes.

Pour les responsables régionaux :

- Revitaliser et redynamiser les Conseillers des Adolescents en Milieu Scolaire, les Consellors dans les établissements scolaires et dans les centres de jeunes de la ville de Mahajanga et les associations des jeunes comme les Clubs anti SIDA.
- Organiser des forums de jeunes sur le VIH/SIDA et la sexualité afin qu'ils puissent débattre de la question sans la pression des parents.

Pour les responsables de programmes SIDA :

- ❖ Pour bien cibler les jeunes et les inciter à s'intéresser et s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA, plusieurs choses devraient être mentionnées :

- les jeunes représentent une population diverse, revêtant souvent de grandes différences dans les conditions de vie et les situations : scolarisés ou non, sexuellement actifs ou non, mariés, ont des enfants ou plusieurs partenaires sexuels ou non. [4]

Ainsi, il faut aborder les différentes catégories de jeunes de façon différente. Une approche diversifiée, abordant le problème de VIH/SIDA et l'ignorance en matière de santé de reproduction de diverses façons avec des outils variés est la plus sûre façon d'atteindre tous les jeunes. [64]

Il fallait prendre en compte tous les aspects non médicaux : aspects sociaux, culturels, religieux, responsabilité individuelle, genre.

- on peut atteindre les jeunes au moyen de communication audiovisuelle, et les activités artistiques, culturelles et sportives telles que les pièces de théâtre, les sketches et les récitals, les carnivals, la projection des films, les rencontres sportives qui sont considérées comme des modes de communication privilégiés, capable- par leur caractère attrayant et divertissant- toucher et d'intéresser toutes les couches de la population. [80]

Les expériences du projet semblent également suggérer que les activités à l'intention des jeunes doivent inclure un mélange judicieux de contact par les médias (film « ONONDRAHA I et II » et les débats télévisés) et de communication de personne à personne (facilitateurs pour les séances débats dans les écoles et les clubs des jeunes, modérateurs et techniciens et/ ou experts pour les débats télévisés), sur une base d'une évaluation de la situation locale et des objectifs de changement de comportement établis par le programme.

Aucune démarche en soi n'est susceptible de produire des changements importants ou durables.

La multiplicité des voies, au fil du temps, offre des messages qui se renforcent et produisent un débat entre les personnes, de plus en plus nombreuses, pour aboutir en fin de compte à une modification des valeurs et des comportements sociaux. [81]

- ensuite, ne faisons pas des jeunes le problème, mais la solution ...Ils sont l'avenir et notre raison d'espérer...Les jeunes eux-mêmes sont la source d'informations possible et sont des partenaires essentiels pour développer des stratégies appropriées. [70]

- ❖ Accorder une priorité à la prévention du VIH pour les jeunes se basant sur la priorisation de la promotion de l'abstinence et de la fidélité avant les préservatifs.

- ❖ Inciter plus sur le test de dépistage. Les services de Counselling et dépistage du VIH sont une occasion importante pour les jeunes de réfléchir aux questions concernant les comportements sexuels, y compris la prévention des autres IST et d'une grossesse non planifiée. [4]

- ❖ Et concernant les pratiques efficaces et prometteuses, il faut considérer que la recherche faite « ailleurs » a tout au plus valeur d'hypothèse mais elle ne peut pas être directement utilisée « ici ». [82]

CONCLUSION

Cette étude illustre l'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA basée sur des méthodes audiovisuelles menée par le projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga.

C'est le résultat d'une consultation de précédentes évaluations des films ONONDRAHA I et II suivie d'une enquête transversale auprès de 248 jeunes de la ville de Mahajanga.

Il est difficile de mesurer les résultats obtenus à courte ou moyenne échéances en termes de changements d'attitudes, d'opinions et de comportements. Cependant, le bilan de cette évaluation confirme qu'il est indispensable d'adapter la lutte contre le VIH/SIDA aux besoins particuliers des jeunes.

Les indices observés au niveau des groupes cibles sont encourageants :

- les jeunes sont atteints en majorité, scolarisés ou non.
- Les jeunes sont intéressés, en plus ils ont pu s'exprimer librement sur la sexualité, la lutte contre le VIH/SIDA et l'amour à travers les débats télévisés.

On a eu une bonne perception du CAP concernant les jeunes et le résultat révèle le développement positif du CAP dans le sens d'amélioration.

Plusieurs leçons importantes ont été tirées sur la manière de réaliser la sensibilisation pour la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des jeunes de manière efficace : sans une bonne façon de les cibler, une bonne connaissance de leurs attentes, de leurs besoins et de leur perception des risques mais aussi de leur perception vis-à-vis du VIH/SIDA surtout de la prévention et du test de dépistage, il sera difficile de définir des programmes efficaces de lutte contre le VIH/SIDA.

Le résultat révèle ainsi le succès de l'activité et l'importance de donner des informations et l'intérêt à la communication sur le VIH/SIDA auprès des jeunes.

L'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA est un défi perpétuel. Il faut cependant reconnaître son importance, non seulement pour améliorer les interventions en cours, mais aussi pour aider au succès de futures initiatives [49]

Ainsi, le slogan de la GTZ en 2006 se résume comme suit : « Le savoir stimule le développement; partager les acquis, forger l'avenir ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Rapport de secrétariat. Cent septième sessions. Point 9.6 de l'ordre du jour provisoire. IEB 107/29. OMS Janvier 2001 ; 1
2. ONU. Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport 2005. Nations Unies 2005 ; 24-29
3. Peter RL, Jami L. Johnson et Marya Khan . Les défis mondiaux du VIH et du SIDA. Population Bulletin Mars 2006, vol 61.N°1 ; 3-15
4. Fischer S, Reynolds H, Yacobson I, Barnett B et Schueller J. Counselling et dépistage du VIH pour les jeunes. Family Health International 2006 ; 9
5. Lopez P, Bergmann U, Dresrusse MP, Frode A, Hoppe M et Rotzinger S. VIH/SIDA : Un nouveau défi pour la gestion des Aires Protégées à Madagascar. Berlin 2004 ; 11-20
6. Min San PF/PS Madagascar. Plan de Développement Secteur Santé à Madagascar 2007-2011. MinSanPF/PS Madagascar ; 11-86.
7. Présidence de la République Malgache. Plan d'action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au SIDA 2007-2012. Résumé exécutif. Madagascar Naturellement à l'abri du VIH et du SIDA. Nov 2007 ; 3
8. Pisani E, Boerma T, Schwartlander B, Cuningham A, Brown T, Rugg D, Brown L et autres. Programmes SIDA Nationaux, Guide de Suivi et Evaluation. ONUSIDA 2001 ; 1-139
9. Barré-Sinoussi F. HIV as the cause of AIDS. Lancet 1996; 348:31-5
10. Barré-Sinoussi F. Virologie fondamentale de l'infection VIH. VIH Edition 2004 ; 6 :3-4
11. Lefèvre C.SIDA : les raisons d'espérer ? Sciences et Vie 1987, 838. ; 44-9
12. Bell DM. Occupational risk of HIV infection in healthcare workers: an overview. Am J Med 1997; 102: 9-15

13. Fonquernie L et Girard PM. Classification, définitions et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte. VIH Edition 2004 ; 6 : 54-60
14. Armstrong S et al. 2004. Report on the global AIDS epidemic. 4th global report. ONUSIDA June 2004; 13-23
15. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Résumé d'orientation. ONUSIDA Aout 2008 ; 5
16. ONUSIDA. Le point sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA Décembre 2007 ; 1
17. Lot F. Epidémiologie : situation actuelle et tendance. VIH Edition 2004 ;6 : 46-50
18. Halperin DT et al . High level of HIV-1 intercourse infection from anal intercourse: a neglected risk factor in heterosexual AIDS prevention. XIV International AIDS Conference. Barcelone, July 2002: Th Pec 7438.
19. Kaplan EH et al. A model-based estimate of HIV infectivity via needle sharing. J Acquir Immune Defic Syndr 1992; 5: 1116-8.
20. Pillonel J et al. Trends in residual risk of transfusion-transmitted viral infection in France between 1992 and 2000. Transfusion 2002; 42 (8): 980-8.
21. Evans BG, Abiteboul D. A summary of occupational acquired HIV infections described in published reports to December 1997. Euro surveillance 1999; 4: 29-32.
22. Klatzmann D et al . T. lymphocytes T4 molecule behaves as the receptor for human retrovirus LAV. Nature 1984; 312: 767-70.
23. Spira AI et al. Cellular targets of infection and route of viral dissemination after an intravaginal inoculation of simian immunodeficiency virus into rhesus macaques. J Exp Med 1996; 183: 215-25.
24. Carcelain G, Autran B. Mécanismes immunopathologiques de l'infection VIH. VIH Edition 2004 ; 6 : 23.
25. Piot P et al. Le SIDA en Afrique : Manuel du praticien 1993.
26. World Health Organization. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS); 1987 revision of CDC/WHO case definition for AIDS. Wkly Epidem Rec, 1988, 63, 1-8

27. Cao Y et al. Virologic and immunologic characterization of long-term survivors of HIV-1 infection. *N Engl J Med* 1995; 332: 201-8.
28. Van Dyck E et al. Diagnostic au laboratoire des Maladies Sexuellement Transmissibles. OMS 2000; 90-96.
29. Calvez V, Gautheret-dejean A, Marcelin AG. Virologie médicale et infection VIH. VIH Edition 2004 ; 6 : 11-20.
30. Rouzioux C. Le diagnostic de l'infection à VIH au moment de la primo-infection. *La Gazette de la Transfusion* 1998; 143: 35-9.
31. GTZ. Programme d'appui à la lutte contre le SIDA dans les pays en voie de développement. Bonn 1993 ; 5-14
32. Sept Organisations Mondiales de Jeunesse. Jeunesse africaine maîtresse de son destin : une initiative basée sur une approche holistique pour combattre la pandémie du SIDA. Sept Organisations mondiales de Jeunesse. Mars 2003 ; 2-11
33. KIBIBI D et al. Les patients sous antirétroviraux au Rwanda. Mémoire original. Faculté de Médecine de l'UNR 2002; 103.
34. Sidibé M et al. Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte du SIDA. ONUSIDA Juin 2005; 5-26.
35. Seck.A. Module de formation en CCC. Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest/SIDA 3. Juin 2003; 5-69.
36. Fisher JD, Fisher WA. Theoretical approaches to individual-level change in HIV-risk behavior. *HIV Prevention Handbook*. New York Plenum; 2000.
37. Bajos N, Marquet J. Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Soc Sci Med* 2000; 50(11) 1533-46.
38. GTZ. Répondre aux vraies questions que posent les jeunes. Préparation de brochures type « questions et réponses » sur la sexualité, le VIH et le SIDA en collaboration avec les jeunes. Collection de pratiques liées au VIH de la GTZ ; 6
39. Min San PF/PS Madagascar. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA. Madagascar.2001-2006. Min San PF/PS 2002; 8-24

40. Gastineau B et Binet C. Améliorer la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar. Des chercheurs et des acteurs de santé publique se concertent. La Chronique Numéro 52. Nov 2006; 1-4.
41. Caro D, Schueller J, Ramsey M et Voet W. Manuel d'intégration du genre dans les programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH : de l'engagement à l'action. Oct 2005 ; 19-45.
42. ONUSIDA. Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis. UNICEF and ONUSIDA June 2002; 1-28
43. Hupe T. Evaluation du programme IEC VIH/SIDA en milieu scolaire par le biais de film « ONONDRAHA I ». GTZ Octobre 2005
44. Projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga. Evaluation du Programme IEC VIH/SIDA en milieu scolaire par le biais de l'émission de film « ONONDRAHA II ». GTZ 2006
45. Projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga. Projet d'exploitation des films ONONDRAHA I et II sur une chaîne télévisée m3TV : débat télévisé « talk show » sous le nom de « Tanora Sahy ». GTZ 2006
46. Projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga. Manuel d'exploitation du film « ONONDRAHA ».GTZ Mars 2005
47. Projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga. Renforcement des services de santé dans la province de Mahajanga. GTZ Août 2005
48. Rehle T et al. Evaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays en développement. Guide à l'intention des directeurs de programmes et décisionnaires. Family Health International 2003 ; 3-251.
49. Adamchak S, Bond K, MacLaren L, Magnani R, Nelson K and Seltzer J. A guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Program. Focus on young adults. Tool Series 5. June 2000; 9-105.
50. Murphy EM. Promouvoir des comportements sains. Bulletin de la santé Numéro 2. Population Référence Bureau. Octobre 2005; 1-15.
51. ONUSIDA. Le Point : le SIDA et les jeunes. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002. ONUSIDA 2002 ; 71-79

52. ONUSIDA. Summary Booklet of Best Practices in Africa, Issue 2. ONUSIDA Genève 2001 ; 11-84
53. Klaue K. Population particulière pour la prévention du VIH/SIDA, jeunes : revue de littérature. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. 2004 (Raisons de santé, 97. 10-55).
54. Stehr E. HIV- Prävention bei jugendlichen: Ein Vergleich zwischen Oesterreich, Deutschland und der Schweiz unter Berücksichtigung des neuen Mediums. Geisteswissenschaftliche fakultät des Karl-Franzens-Universität. Graz; 2002.
55. Burgher MS. The European network of health promoting schools: The alliance of education and health. International Planning Committee; 1999.
56. Laoubaou AN, Wyss K, Schwärzler P, Obrist B et Bergman MM, « Communication socioculturelle comme outil de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le VIH chez les adolescents au Tchad », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, Hors-série 3 | décembre 2006.
57. UNESCO. Children are watching. UNESCO Sources. N° 102. UNESCO Jun 1998; 25.
58. Brown JD, Keller SN. Can the mass media be healthy sex educators? Fam Plann Perspect 2000; 32 (5).
59. Lewicky N., Kiragu K, and Young S. Delivery of improved services for Health Project Uganda: Evaluation of the safer sex or AIDS communication campaign. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, May 1998;51
60. Harris J. Social marketing of reproductive health services to youth. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 1999; 2
61. Scheepers E. The evaluation of Soul City 4: Interim executive summary report. Soul City, Mar. 2001; 17
62. Metcalf L, Harford N and Muers M. La contribution de la Radio Diffusion vers les OMD dans le Sud de Madagascar. Janv 2007 ; 22-36.

63. CARE International. Les stratégies menées dans le domaine de la lutte contre le SIDA. CARE ; 7
64. Airhihenbuwa CO, Makinwa B, Frith M et Obregon R. Cadre de communication sur le VIH/SIDA. Nouvelle orientation. Un projet ONUSIDA/ PENNSTATE. Juin 2000; 23-86.
65. Koch D. Vidéography. Adolescents et Santé sexuelle. GTZ, Division Health and Population. Eschborn Dec 1999; 55.
66. Croix Rouge et Croissant Rouge. Agir avec les jeunes. Manuel de formation sur le VIH/SIDA et les MST à l'intention des jeunes. Deuxième édition. Fédération internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge. Genève 2000
67. ORS. Ile-de-France. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en France en 2001. Paris : ANRS, 2001
68. Ranaivo AF et Barriere M. VIH/SIDA et IST. EDSMD III. 2003-2004 ; 213-257.
69. Green E, Nantulya V, Stonburner R and Stover J. What happened in Uganda? USAID Case Study Paper. Washington, DC. 2002.
70. Baade-Joret B, Becker HJ, Gorgen R, Heimsohn J, Kyeremeh A, Agyemang N, Lehmann L, Yiadom B. Expériences et perspectives en Afrique subsaharienne. Les ONGs comme partenaires dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive. GTZ 2000; 9-42.
71. ONUSIDA. Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA. Collections Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA Juin 2002 ; 5-24
72. Soskolne V et al. Immigrants from a developing country in a Western Society. Evaluation of a HIV Education Programme. Berlin 1993.
73. Hue L, Kauffman C. Creating Positive Attitudes towards Persons Living with HIV/AIDS among Young People in Hostile Environments. Genève 1998.
74. Kaleeba N et al. Participatory Evaluation of counseling. Medical and social Services or the AIDS Support Organisation 1997. AIDS Care, 9. 13-26

75. Kaleeba N et al. Open secret: People facing up to HIV and AIDS in Uganda. St Albans TALC 2000.
76. Keery K, Margie C. Cost-Effective AIDS Awareness Program on Commercial farms in Zimbabwe. Vancouver 1996.
77. Ntsutebu E et al. Scaling up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. Health Policy and Planning 2001, 16.
78. ORS. Séropositivité : comment transformer le quotidien ? Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en France, ORS idf. Novembre 2005
79. Ashford L, Bulsara K et Neukom J. Résultats des projets de recherche opérationnelle réalisés au Botswana, au Cameroun, en Guinée et en Afrique du Sud. Marketing social pour la santé sexuelle des adolescents. SMASH Juin 2000 ; 3-14.
80. GTZ. Des pratiques « qui font école ». La prévention du VIH/SIDA dans l'éducation de base en Afrique francophone. Collection de pratiques liées au VIH de la GTZ. GTZ Octobre 2006 ; 12
81. Hornik R et McAnany E. « Mass Media and Fertility Change ». Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives, ed. John Caster line (Washington DC. National Académies Press. 2001): 208-39.
82. Taverne B. Valeurs morales et messages de prévention : la fidélité contre le SIDA au Burkina Faso. Experiencing and understanding AIDS in Africa. Codesria, Karthala and IRS, 1998; 509-526.

ANNEXES

CODE N°:

QUESTIONNAIRE AUX JEUNES EN MATIERE DE VIH/SIDA

I-Renseignements :

I. Sexe : Féminin Masculin

II. Age :

Etudiants ou élèves : ENY TSIA

Nijery M3TV ve ianao decembre 2006-avril 2007? ENY TSIA

II-MIKASIKA NY FANDAHARANA TANORA SAHY :

1-Nahita fandaharana (émission) Tanora Sahy ve ianao?ENY TSIA

Andiany 1(15-18 ans) nisy an' Rojovola, Navalona... : 08/12/06 à 19/01/07 sa Andiany

2(18-24 ans) nisy an' Queen, Rose... : 16/02/07 à 16/03/07 ?

.....
.....

2-Inona tamin' io fandaharana io no tena nanaitra anao ?

.....
.....

3-Inona ny lesona azonao tamin' izany :

a-Raha nitombo ny fahalalanao(connaissance) ny ady @ VIH/SIDA , inona izany ?

.....
.....

b-Raha nampiova ny fomba fisainanao(attitude), inona izany?

.....
.....

c-Raha nampiova ny fanaonao(pratique) inona izany?

.....
.....

4-Nanao ahoana ny fahitanao ny fandaharana Tanora Sahy : (raha eny na tsia, lazao ny antony)

a-nisy nilanao t@ fiainanao ve ?

.....
.....

b-efa fantatrao daholo ve ny nentiny,

.....
.....

c-tokony hotohizana ve?

.....
.....

d-manana soso-kevitra hafa na fanakianana ve ianao?

.....
.....

5-Tianao ve raha ianao no asaina @ fandaharana? lazao ny antony

.....
.....

6-Raha ianao no hiseho eo @ fandaharana, sahy hamoaka ny hevitrao ve ianao?Raha tsia inona ny antony?

.....
.....

III- MIKASIKA NY FANENTANANA ANKAPOBENY

7-Raha mpianatra ianao, nanatrika fanentanana tamin' ny alalan' ny film ONONDRAHA tany am-pianarana ve ianao?

ENY

TSIA

8-Inona avy ireo fomba mety hifindran' ny VIH/SIDA (modes de transmission)

.....
.....

9-Inona ny voka-dratsin'ny firaisana ara-nofa aloha loatra ?

.....
.....

10-Efa nanao fitiliana VIH/SIDA ve ianao(test de depistage) ?Raha eny na tsia, inona no antony ?

.....
.....

11-Inona avy ireo fomba mety hiarovana amin' ny VIH/SIDA(modes de prevention) ?

.....
.....

12-Inona no tokony hatao hoan' ny olona mitondra ny tsimok' aretina VIH/SIDA (PVVIH):

.....
.....

13-Fantatrao ve ny ARV(AntiRetroViral) ?ENY TSIA

Ary inona no asany ?

.....
.....

14-Fantatrao ve ny FIFAFI ?ENY TSIA

-Inona no asany ?

.....
.....

15-Tianao ve ny fanentanana mikasika ny VIH/SIDA nataon' ny GTZ ?

ENY

TSIA .

Inona ny antony?

.....
.....

16-Inona ny zava-baovao(nouvelles informations) azonao tamin' izany ?

.....
.....

17-Nisy fiovana niseho(changement de comportement) taminao taorian'izany ? Raha eny inona izany?

.....
.....

18-Araka ny hevitrao, inona ny fomba fanentanana mahomby eo @ tanora hiadiana @VIH/SIDA?

.....
.....

19-Efa nanao firaisana ara-nofo ve ianao?ENY TSIA
Firy taona ianao no nanao firaisana ara-nofo voalohany?

.....

20-Impiry ao anatin' ny 1 volana ianao no manao firaisana ara-nofo?

.....

21-Rehefa inona ianao no mampiasa fimailo(kapoty)?

.....
.....

Raha tsy mampiasa mihintsy, inona ny antony?

.....
.....

CODE N° :

EVALUATION DES PARTICIPANTS AUX EMISSIONS TANORA SAHY 1 ET 2

I-Renseignements :

I. Sexe : Feminin Masculin

II. Age :

TANORA SAHY: 1 2

Mba ezaho valiana ny fanontaniana rehetra (prière de répondre à toutes les questions)

1-Ho anao manokana , inona ny lafiratsin' ny firaisana ara nofo aloha loatra ?

.....

.....

.....

.....

2-Inona no fanentanana hafa atolotrao, sy hitanao fa mety hatao ankoatr' ireo efa misy @ fanentanana ny tanora hiady amin' ny VIH/ SIDA ?

.....

.....

.....

.....

.....

3-Alavao ny teny hoe :

a- **FIFAFI:**

.....

.....

b.- **PVVIH:**

.....

.....

4-Nahoana no ahafahana mitily ny fitondrana ny tsimok'aretina VIH ny tsiranoka ao amin' ny ati-vava?

.....
.....
.....

5-Efa nanao fitiliana VIH/SIDA ve ianao? Raha tsia , inona no antony?

.....
.....
.....

6- Inona ny anaran' ilay fanafody omena ny olona mitondra ny tsimok' aretina VIH/SIDA?

.....
.....
.....

7-Rehefa manao ahoana ny toe-batan' ny olona mitondra ny tsimok' aretina VIH/SIDA no omena an' io fanafody io izy?

.....
.....
.....

8-Inona no asan' io fanafody io ao amin' ny vatan' ireo mitondra ny tsimok' aretina VIH/SIDA?

.....
.....
.....

9-Amin' izao taonanao izao, inona fepetra efa ataonao hitondranao ny tenanao mba hiadiana amin' ny VIH/SIDA:

.....
.....
.....

10-Ahoana ny fihetsikao manoloana ireo tranga ireto:

a. raha sanatria fantatra fa mitondra tsimok' aretina VIH/SIDA ny olona miaraka aminao:

.....
.....
.....

b- raha sanatria fantatra fa mitondra tsimok' aretina VIH/SIDA ny iray amin'ny ankohonanao (ray amandreny na iray tampo):

.....
.....
.....

c- raha sanatria fantatra fa mitondra tsimok' aretina VIH/SIDA ianao :

.....
.....
.....

11. Taorian' ny fanentanana tamin'ny fandaharana TANORA SAHY:

Inona no fiovana tamin'ny fomba amam-panaonao amin'ny maha tanora anao

.....
.....
.....

12-Raha efa nanao firaisana ara nofo ianao mampiasa fimailo ve?

- -mandrakariva
- -indraindray ihany, mba tsy ho be vohoka
- indraindray satria hadino
- -tsy mampiasa satria mifanaja ianao sy ny olo tianao
- -tsy mampiasa mihintsy

13-Inona no lesona azonao tamin' ny fandaharana TANORA SAHY?

.....
.....
.....
.....

14-Omeo ny hevitrao momba iny fandaharana TANORA SAHY iny:

.....
.....
.....
.....

15-Asaina miteny fohy amin' ny haino amanjery ianao(radio na télé)ho fanentanana ny ady atao amin' ny VIH/SIDA ho an' ny tanora. Mba lazao amin' ny andalana vitsivitsy hoe izay fanentanana izany

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....



Schéma n°1: Projection de film « ONONDRAHA » suivie de discussion débat avec des jeunes karatékas.



Schéma n°2: Débats télévisés «Tanora Sahy I »

VELIRANO

Eto anatrehan'ireo Mpapianatra ahy eto amin'ny toera-mpampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niaranianatra tamiko , eto anoloann'ny sain'i

HIPPOCRATE

Dia manome toky sy mianiana aho, aminin'ny anaran'Andriamanitra andriananahary, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaha mpitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazahoana mizara aminy ny karama mety ho azo .

Raha tafiditra antranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoroina aza. Tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahyaho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha maha tanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotra henatra sy ho rabian'ireo namako kosa aho raha mivadika amin'izany

Serment d'HIPPOCRATE

Nom et prénoms d'auteur : MIHARIMANANA Alexis Aimé

Titre de la thèse : **Evaluation de la méthode audio-visuelle contre le VIH/SIDA du projet DRSPFPS/GTZ Mahajanga (2005-2007)**

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE GENRALE, MAHAJANGA, 2009, N°...

| | | | |
|---|---------------|--------------------|------|
| Format | : 21 x29,7 cm | Nombres de figures | : 15 |
| Nombre de pages | : 61 | Nombre de tableaux | : 02 |
| Nombre de pages bibliographiques | : 07 | Nombre de schémas | : 02 |
| Nombres de références bibliographiques : 82 | | | |

Rubrique de la thèse : Santé publique

Mots clés : Evaluation GTZ/SIDA

Résumé de la thèse

Cette étude illustre l'évaluation de la sensibilisation par support audiovisuel menée par le projet santé DRSPFPS/GTZ pour la lutte contre le VIH/SIDA dans la ville de Mahajanga du Mars 2005 au Mars 2007.

Le résultat révèle le succès de l'activité et l'importance de donner des informations et l'intérêt à la communication sur le VIH/SIDA auprès des jeunes.

Mais, il est indispensable d'adapter la lutte contre le SIDA aux besoins particuliers des jeunes en tenant compte d'une bonne façon de les cibler, leurs besoins, leurs perceptions vis à vis du VIH/SIDA surtout de la prévention et du test de dépistage.

Sans quoi, il sera difficile de définir des programmes de lutte contre le VIH/SIDA efficaces pour les jeunes.

MEMBRES DE JURY

Président : Monsieur le Professeur RALISON Andrianaivo

Juges : Madame le Professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina
: Madame le Professeur RAVOLAMANANA Ralisata Lisy

Directeur : Madame le Docteur RANAIVOARISOA Lucie

Rapporteur : Madame le Docteur RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoe

Adresse de l'auteur: logt 231 cité Tsaramandroso Mahajanga

TEL : 0320297912/0340824266

