

**Pop'Mediafrique Project
Summary of the HHRAA/SARA Project's
Senior Journalist and Health Professional
Seminar on HIV/AIDS**

Dakar, Senegal: June 15-19, 1997

**Victoria Ebin
Population Reference Bureau**



**Pop'Mediafrique Project
Summary of the HHRAA/SARA Project's
Senior Journalist and Health Professional
Seminar on HIV/AIDS**

Dakar, Senegal: June 15-19, 1997

Table of Contents

Executive Summary	
Seminar Objectives	1
Background	1
Summary of Activities.....	2
Personal Involvement with HIV/AIDS	3
Media Coverage of AIDS	4
Evaluations	5
Outcomes and Results of the Pop'Mediafrique Activity	6
Next Steps.....	7
List of Participants	
Appendices	
1. Seminar objectives	
2. Participants' expectations	
3. What should the role of the media be in the fight against AIDS in West Africa?	
4. Guide to participants on information to look for on HIV/AIDS in their countries	
5. Principal facts on the epidemic	
6. Waves of consequences of HIV/AIDS	
7. Testimonies of people living with HIV/AIDS	
8. Panel on Media coverage of AIDS	
9. HIV workshop and development	
10. Les Principes Directeurs (Charter for the media when writing on HIV/AIDS)	
11. Evaluation questionnaire	

Executive Summary

Fifteen participants from five countries (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritania, and Senegal) attended, from June 15-19, 1997, the second Francophone media seminar in Abidjan, designed to create a setting where high-level journalists and health professionals could discuss selected reproductive health issues and develop stronger working relationships. The theme of the seminar was *Improving HIV/AIDS Coverage* with a focus on developing more effective media strategies to engage civil society in responding to the disease and to affect change in public policy and legislation that support programs. Participants comprised one radio and one press editor-in-chief and one IPPF-affiliate staff from each country. Staff from the Center for Applied Research on Population and Development (CERPOD) conducted the seminar, with technical assistance from Victoria Ebin of the Population Reference Bureau (PRB) and Gary Engelberg of Africa Consultants International.

The seminar is the second in a series under a special Bureau for Africa media project entitled Pop'Mediafrique, funded through the Health and Human Resources Analysis for Africa (HHRAA) and Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Projects. This project aims to inform senior-level print and broadcast journalists ("gatekeepers") about the implications of current research in the areas of population and reproductive health. Its purpose is threefold: (1) to expand and sustain media coverage of important population and reproductive health issues; (2) to strengthen partnerships between senior journalists and regional research institutions (such as CERPOD); and (3) to strengthen linkages among family planning and health experts and the media by creating dialogue between in-country institutions' staff and local editors-in-chief.

The four-day seminar agenda was based on an innovative format successfully used during the first seminar, which had taken place in Saly, Senegal, June 25-27, 1996. Through a series of interactive exercises, participants were encouraged to describe their experiences with HIV/AIDS and to place the person rather than the virus at the center of the analysis. These sessions were crucial in helping participants to become personally involved in the issue and to foster a sense of personal, as well as professional, responsibility. Other highlights from the event included testimonies from two persons living with HIV/AIDS who participated in the entire seminar. These HIV+ individuals both had founded NGOs for persons with HIV/AIDS in Côte d'Ivoire. Introduced only as representatives of NGOs, they eventually talked of their HIV status, their experience of learning they had the virus, and their experiences with the media (both good and bad) and its powerful effect on public opinion and public policy. For most participants, it was the first time they were in prolonged contact with someone living with the virus and several indicated that the presence of these two people marked the beginning of a change in their attitude toward the epidemic.

Representatives of local programs and networks also were invited to participate in a panel discussion on how to improve writing about HIV/AIDS. The panel included speakers from Population Services International, the Family Health and AIDS Project in West and Central Africa (SFPS), and the SidAlerte Journalist Network.

The seminar concluded with the creation of a charter for the media aimed at promoting responsible writing about HIV/AIDS. The charter draws on language from the 1994 Dakar Declaration of the African Network on Ethics, Law, and HIV. Participants asked that the final document, which includes guiding principles for improved coverage, current gaps in reporting, and recommended actions, be produced in a poster format for distribution to media outlets throughout the region.

The Pop'Mediafrique Project implementing team is in the process of evaluating outcomes and results from the activity to date. Of particular note are improvements in both the media content and investigative process: each print and radio outlet has produced quality articles and broadcasts reflecting data-based information and increased collaboration with local health officials. Next steps include the production of local print supplements and radio broadcasts on HIV/AIDS by each participating media outlet. PRB and CERPOD will produce a summary booklet compilation with the best examples from each country for regional distribution.

J

Seminar Objectives

The chief objectives for the second seminar—*Improving HIV/AIDS Coverage in the Media in West Africa*—were threefold: (1) to reinforce the involvement of editors-in-chief in informing the public about HIV/AIDS; (2) to identify the most effective strategies for raising public awareness about HIV/AIDS and engaging civil society in responding to the epidemic; and (3) to strengthen the working relationships between editors-in-chief and local IEC officials on this critical issue.

Background

In 1994, the Population Reference Bureau proposed a media activity to the USAID Bureau for Africa's HHRAA Project to inform senior-level print and radio journalists in Francophone West Africa about the policy implications of reproductive health issues. The objectives of the activity would be to improve the dialogue between "gatekeeper" journalists, health organizations, and regional research institutions, and expand mediacoverage of population and reproductive health issues by bringing these groups together through a series of seminars.

At the request of the HHRAA/SARA Project staff, PRB carried out a feasibility study of the proposal in January 1995. As a result of this study, CERPOD was asked to serve as the local implementing organization. In May 1995, Rhonda Smith, PRB policy analyst and SARA population advisor, visited CERPOD and developed a tentative work plan with journalist Sié Offi Somé. The plan called for a PRB staff person and Somé to interview potential participants—both journalists and health officials—in Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritania, and Senegal, to take part in a seminar on adolescent reproductive health.

Victoria Ebin, a PRB journalist, and Somé made a five-week tour of the five countries in April 1996. They interviewed a total of 59 individuals—journalists, editors-in-chief, directors and publishers of government and independent media, and health professionals. From this list they chose three seminar participants from each country, represented by an editor-in-chief from the print and radio media and an IEC staff person from the country's IPPF affiliate.

Participants were selected on the basis of the following criteria:

- ◆ the editor-in-chief has relative autonomy in his choice of topics;
- ◆ media professionals have an expressed interest in population but do not yet provide regular reproductive health coverage; and
- ◆ the media outlets selected represent a balance between government and independent media.

Summary of Activities

The theme of the first seminar, adolescent reproductive health, was chosen because it was the topic of a recent large-scale CERPOD study. The seminar introduced editors-in-chief to new research material that had not yet appeared in print and led to changes in the text of the CERPOD study summary booklet entitled *Jeunes en Danger*. The CERPOD staff who carried out the study were on hand to answer questions.

The seminar was held in Saly, Senegal, from June 25-27, 1996 and was facilitated by Ebin, Somé, and Gary Engelberg of Africa Consultants International, a consultant group based in Dakar. On a regional, as well as a national basis, the seminar provided the catalyst for an exchange among the participants that has continued over the last year. It was the first time some of the editors and IEC staff from the same country had met. Organized around a program that required active participation, the editors-in-chief and IEC staff used theater to portray scenes from their own experiences of adolescent reproductive health.

Each editor, with the exception of the Mauritanian radio editor-in-chief, produced a print or radio supplement based on the information received during the first seminar. Because of Mauritania's strict censorship, Ibrahima Sylla of Radio Mauritanie said his proposed program could not be aired. The Mauritanian editor-in-chief at the independent newspaper, however, produced an excellent supplement (see section on Outcomes and Results Pop'Mediafrique).

Because of the success of the first seminar and the high level of interest among the participants, the Africa Bureau decided to hold a second seminar on media coverage of HIV/AIDS in Abidjan. Planning for this trip took place in March, 1997. During the five-day preparatory trip, Ebin and Somé met with IEC staff, journalists, and editors-in-chief to gather their views on the proposed theme, organize speakers, and choose a site in Abidjan for the second seminar.

Summary of Activities

The four-day seminar was divided in two parts. The first part focused on engendering personal involvement in the epidemic among the participants. The second part concentrated on identifying strategies for making the media more effective in responding to the epidemic. Instead of focusing on the numbers of deaths, for example, participants discussed the role of the media in reporting about successful programs and initiatives taken by people living with HIV/AIDS. An important aim of the seminar was to develop proposals with the editors-in-chief and IEC staff for a more creative approach to writing about HIV/AIDS. One approach, based on a model from UNDP, places the person rather than the virus at the center of the analysis. As Gary Engelberg pointed out, raising people's awareness depends on a personal rather than an emotional response. To reinforce this concept, the first two

Personal Involvement with HIV/AIDS

days of the seminar relied heavily on interactive sessions, films, and personal testimonies.

Personal Involvement with HIV/AIDS

Two persons living with HIV, who were present from the first day of the seminar, made an invaluable contribution to the event. Hubert N'Goran and Etienne Tapé Bi, both founding members of NGOs in Cote d'Ivoire, participated in all the discussions and activities. For most participants, it was the first time they were in prolonged contact with someone living with the virus. Introduced only as representatives of NGOs, Tapé Bi and N'Goran both eventually talked of their HIV status, their experience of learning they had the virus, and their decision to use their experience to help others. Several participants said the presence of these two participants marked the beginning of a change in their attitude toward the epidemic.

The opening day covered the seminar's objectives (Appendix 1). Participants listed their expectations of the seminar (Appendix 2) and what they thought the response of the media should be to the epidemic (Appendix 3). Before the seminar, participants had been asked to prepare a brief summary on HIV/AIDS in their countries, which they presented (Appendix 4). This simple exercise introduced them to some of the obstacles in working on HIV/AIDS. The IEC person from Cote d'Ivoire noted the difficulty in getting information from the local PNLs (Programme nationale de la lutte contre le SIDA); the Mauritanian journalist said he found the numbers in his country impossibly low. This session brought forth one of the journalists' constant complaints in writing about the epidemic, that they cannot get accurate figures. As one said, he assumes the figures are either exaggerated to instill fear or minimized to protect a country's image.

The first day, like each of the four days, ended with a film. Through Gary Engelberg's long experience working with HIV/AIDS, he has collected some excellent feature and documentary films that provoked discussions and added to the awareness-raising aspect of the seminar.

The second morning began with a test of people's knowledge of the epidemic (Appendix 5) that provided them with facts about the importance of STDs in transmitting the virus, the means of transmission, and the economic consequences of AIDS. Armed with this information, participants then took part in one of the most successful sessions, an exercise called "feu de brousse" (bush fire). One participant was secretly designated as a person with the virus, which he transmitted to others by shaking hands. Those who have been "infected" then go through the decision-making process of one who believes he is at risk of HIV. Whether or not to take the test, to tell one's partners of the risk of infection, and the possible directions for action if

Media Coverage of AIDS

the test is positive were all explored in the session. Reactions ranged from the journalist who said as soon as he was "infected" all he wanted to do was to pass the illness on to someone else, to another who wondered if he would have the strength of others living with HIV.

Participants also took part in a series of exercises where they explored the consequences of the illness as it affects the individual, the family and the community (Appendix 6). Specifically, they were asked to locate the points where an intervention can be made to improve the situation. In another exercise, facilitators asked participants to imagine the effect of the illness in particular situations and to devise strategies to minimize the impact of the epidemic.

Media Coverage of AIDS

In the session where the participants living with HIV spoke about their experiences with the media, the journalists finally heard about the effects, both good and bad, they can have on individuals. They learned how their writing can affect the public's view of the illness and how this can affect public policy (Appendix 7). They also spoke from first-hand experience of their reactions of media coverage of HIV/AIDS. Their discussion raised important issues of confidentiality and the ethics of people writing about the disease.

Tapé Bi spoke of his experience with a journalist who headlined an article about him, "He has AIDS and his girlfriend is not afraid," and described how this affected his girlfriend and her family. A woman living with HIV, Jeanne Kouame, spoke of her sense of betrayal when the journalist, to whom she had spoken as a friend, published a long article about her difficulties with her family. Kouame asked journalists to transform the image of people with HIV/AIDS and to make the government aware of their problems. After hearing their testimonies, one journalist said he wondered how he would write about HIV/AIDS now that his intention was no longer to shock or titillate. The session helped the journalists to see the power they have to shape the public image of those with HIV and how they make them appear unworthy of help.

A panel of IEC experts provided some answers to journalists on how to improve their writing about HIV/AIDS (Appendix 8). Claudia Vondrasek of Family Health and AIDS (SFPS) noted the need to move beyond slogans, such as "AIDS kills," or "Fight AIDS," and described innovative SFPS activities. Rob Eiger, of Population Services International, who provides training sessions for journalists writing on HIV/AIDS, noted the problems these journalists have in persuading their editors-in-chief to allow them to write on HIV/AIDS. He also showed excerpts of his films on HIV/AIDS that have been very popular on Ivoirian TV. SidAlerte's representative in Cote d'Ivoire spoke of SidAlerte's activities and distributed selected articles. A jour-

nalism student, Roger Kouadio Kouame, spoke about his thesis on the coverage of HIV/AIDS in the Ivoirian press and noted that only eight of the many articles that appeared the previous year provided information to educate the public.

The participants' final work was to create a charter for the media aimed at promoting responsible writing about HIV/AIDS. Drawing from the 1994 Dakar Declaration of the African Network on Ethics, Law and HIV, and UNDP recommendations on language to refer to HIV/AIDS (Appendix 9), the participants drafted recommendations for a media charter, which were refined in group work. Participants asked that the final document (Appendix 10) be printed as a poster, translated into English, and distributed to newsrooms throughout Francophone and Anglophone Africa.

Evaluations

An analysis of the evaluations handed out at the end of the seminar indicated that 100 percent of the participants found that the objectives of the seminar had been realized and 92 percent said the facilitators were "excellent" (Appendix 11). At the final session, participants spoke about the impact of the seminar and the effect it would have on their future work. Highlights of these discussions are as follows:

- ◆ Chantal Kakou, the West and Central Africa coordinator for the German organization GTZ, said she came to the seminar to exchange information but is going away with the sense that participants have now become truly engaged in the fight against HIV/AIDS.
- ◆ Sakou Faye of Radio Sud in Dakar said he will do a series of articles on HIV/AIDS rather than a single supplement.
- ◆ The radio and press journalists, Yamba Yameogo and Rene Sebgo, from Burkina Faso said they both plan to do weekly coverage of the topic.
- ◆ Aboubacar Salif Diarra, the editor of *Les Echos* in Mali, expressed how the seminar was a time of intense exchanges with other participants. He now plans to seek out associations of people living with HIV in Bamako to write about their work, rather than avoiding them as before.
- ◆ Nicolas Sagou, of Radio Côte d'Ivoire, said that since hearing about the first AIDS cases in 1981, he has never felt so intensely the impact of the epidemic as in these four days.
- ◆ Sidi Coulibaly of Radio Kledu in Mali said he never knew before that he had such an important role to play in the epidemic.

Outcomes and Results

- ◆ Etienne Tapé Bi said he came to the seminar because “I wanted to put the media on trial. I saw it is not all their fault and that I need to learn to work better with them.” He now wants to go work in Mauritania and Senegal and help people there with HIV form effective associations.
- ◆ René Sebgo of Radio Burkina described how he was “moved, satisfied and engaged.”
- ◆ Yamba Yameogo of Sidwaya in Burkina Faso stated that before he always had avoided publishing articles on AIDS because he thought they traumatized readers. After the seminar, however, he now plans to do everything he can to publish on HIV/AIDS.
- ◆ Tidiane Kassé, editor-in-chief of Wal Fadjri in Senegal, stated “I was neutral when I came to the seminar, but we cannot leave this room as we came in.”
- ◆ Angele Konian, IEC of ABBEF in Côte d’Ivoire, said that there were many things she had not known about the epidemic. She is in charge of the library and meets many people in Abidjan who come to get information on AIDS. “I can now help them better than before because I am really transformed.”

Outcomes and Results of the Pop’Mediafrique Activity

The seminar was well covered by the local press. During the week, articles appeared in the national newspaper *Fraternité Matin*, and two radio programs on HIV/AIDS were produced by Radio Côte d’Ivoire.

The Pop’Mediafrique implementing team is in the process of evaluating project activities to date. Since the first seminar, participants noted the following results:

1. Yedali Fall, of L’Eveil Hebdo, reported that after publication of his first supplement on adolescent reproductive health, the secretary of state on women’s issues asked him to cover all the seminars on women in Mauritania. In addition, UNFPA asked him to do a series of articles on the education of girls in Mauritania, and both the Minister of Health and the Minister of Information asked him to cover seminars on adolescent reproductive health.
2. Pop’Mediafrique has been crucial in improving links between the editors-in-chief of three important daily papers. Participants from Mauritania, Mali, and Senegal have been exchanging their papers every week for the past year.

Next Steps

3. There is closer coordination between journalists and local IEC specialists. The journalists claimed that in general they now call on their IEC colleagues more than before.
4. The IEC officials also noted that they have had more contact with their IEC colleagues from other countries than before the seminar.
5. The editor of Wal Fadji stated that the articles on adolescent reproductive health prompted an unexpected response of letters from readers (see brochure of excerpts), which were published. These letters serve to further highlight and reinforce the importance of this issue with the public.

Next Steps

1. Journalists will complete their press articles and radio broadcasts by October 1, 1997.
2. PRB and CERPOD will compile excerpts of press and radio supplements for a composite booklet.
3. CERPOD will produce, translate, and distribute the HIV/AIDS charter for journalists if funding is available.
4. PRB and CERPOD will continue the process of monitoring and evaluating outcomes and impacts of the Pop'Mediafrique activities.
5. The Pop'Mediafrique team will begin planning the next seminar.

List of Participants

ATELIER SUR LE SIDA ET LES MEDIAS EN AFRIQUE DE L'OUEST
ABIDJAN, COTE D'IVOIRE
June 15-19, 1997

LIST OF PARTICIPANTS

BURKINA FASO

Yamba Yameogo

Redacteur en chef

Sidwaya

01 BP 507 Ouagadougou 01

Burkina Faso

tel. 226-31-36-05

fax 226-31-03-62

Réné Sebgo

Chef de service chargé des productions

Radio Burkina

01 BP 7029 Ouagadougou 01

Burkina Faso

tel. 226-32-43-02/03/04

fax 226-31-04-41

Francois Alfred Yameogo

chef du département des programmes d'IEC

ABBEF

01 BP 535 Ouagadougou 01

Burkina Faso

tel. 226-31-05-98

fax 226-31-75-11

COTE D'IVOIRE

Alfred Moussa Dan

Rédacteur en chef

Fraternité Matin

01 BP 1807 Abidjan 01

Cote d'Ivoire

tel. 225-37-06-66

fax 225-37-25-45

Nicolas Sagou

Rédacteur en chef

Journal parlé Cote d'Ivoire
BP 191 Abidjan
tel. 225-21-48-00
fax 225-21-50-38

Angéle Konian
Assistante sociale chargée de IEC
ASBEF
01 BP 5315 Abidjan
Cote d'Ivoire
tel. 225-25-18-11/25-18-12; dom. 225-43-22-42
fax 225-25-18-68

MALI
Aboubacar Salif Diarra
Rédacteur en chef
Les Echos
BP 2043 Bamako
Mali
223-22-62-89
fax 223-22-76-39

Sidi Coulibaly
Rédacteur en chef
Radio Klédu
BP 2322 Bamako
tel. 223-22-00-11/ 22-00-18
fax 223-22-51-09

Ely Simpara
Chargé de la coordination technique des programmes
AMPFF
BP 105 Bamako
Mali
tel. 223-22-44-94

MAURITANIA
Yédali Fall
Rédacteur en chef
L'Eveil Hebdo
BP 587 Nouakchott
Mauritania
tel. 222-25-67-14
fax 222-25-45-53

Ibrahima Sylla
Rédacteur en chef
Journal parlé Radio Mauritanie
Mauritania
BP 200 Nouakchott
tel. 222-25-21-64; 25-34-42

SENEGAL
Tidiane Kassé
Rédacteur en chef
Wal Fadjri
BP 576 Dakar
Senegal
tel. 221-24-23-40/ 24-23-43
fax 221-24-23-46

Abdoulaye Sakou Faye
Rédacteur en chef
Radio Sud FM
Immeuble Fahd
Bd. Djiby Mbaye x rue Macodou Ndiaye
Dakar, Senegal
tel. 221-22-53-93/ 22-42-05/22-27-65
fax 221-22-52-90

Aida Soumaré Diop
Chargé d'IEC
ASBEF
BP 6084 Dakar
Senegal
tel. 221-24-52-61
fax 221-24-52-72

NGO PARTICIPANTS
Hubert N'Goran
GAP+PS
01 BP 4259 Abidjan 01
tel. 225-49-19-96
fax 225-45-19-96

Etienne Tapé Bi
Conseiller IEC/SIDA
Lumiere Action

14 BP 2101 Abidjan 14
tel. 225-39-73-12
fax 225-24-31-19

RESOURCE PERSON/PARTICIPANT

Chantal Kakou
Régional AIDS Programme
for West and Central Africa
PO Box 9686 KIA Accra, Ghana
tel. 233-21-23-04-97
fax 233-21-44-78

FACILITATORS

Gary Engelberg
ACI
BP 5270 Dakar-Fann
Dakar, Senegal
tel. 221-25-49-72 / 24-83-38
fax 221-24-07-41

Dr. Georges Tendrebeogo
ACI
BP 5270 Dakar-Fann
Senegal
tel. 221-25-49-72/24-83-38
fax 221-24-07-41

ORGANIZATION

Sié Offi Somé
CERPOD
BP 1530 Bamako
tel. 223-22-30-43/22-80-86
fax 223-22-78-31

Fatou Coulibaly
CERPOD
BP 1530 Bamako
tel. 223-22-30-43

Victoria Ebin (Population Refenrece Bureau)
c/o WARC
BP 6228
Dakar-Etoile

Appendices

1. Seminar objectives
2. Participants' expectations
3. What should the role of the media be in the fight against AIDS in West Africa?
4. Guide to participants on information to look for on HIV/AIDS in their countries
5. Principal facts on the epidemic
6. Waves of consequences of HIV/AIDS
7. Testimonies of people living with HIV
8. Panel on Media coverage of AIDS:

Alexis Dan Zigre, film director for PSI, Sida dans la Cite.

Rob Eiger, director, Population Services International.

Roger Kouame Kouadio, student at journalism school who wrote thesis on
HIV/AIDS coverage in Cote d'Ivoire press.

Dr. Sakho, UNAIDS, Abidjan.

Eissen Samuel, SidAlerte Abidjan

Dr. Sibile

Claudia Vondrasek, SFPS.

Speakers:

Dr. Meskerem Grunitzky-Bekele, Head of West and Central African
programme for UNAIDS.

Jeanne Kouame, President Lumiere Action.

9. HIV workshop and development
10. Les Principes Directeurs (Charter for the media when writing on HIV/AIDS)
11. Evaluation questionnaire

Appendix 1. Seminar objectives

SEMINAIRE CERPOD/PRB SUR LE SIDA ET LES MÉDIAS EN AFRIQUE DE L'OUEST
Golf Hôtel Continental, Abidjan, Côte-d'Ivoire, du 15 au 19 juin 1997

OBJECTIF GLOBAL

L'objectif global est d'améliorer la qualité de l'information sur le sida dans les médias, notamment en élargissant le champ de couverture.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Renforcer l'implication des rédacteurs en chef dans le traitement de l'information sur le sida;
- Identifier les stratégies les plus efficaces dans les médias pour sensibiliser le public en impliquant la société civile dans les réponses à l'épidémie;
- Renforcer les liens entre rédacteurs en chef et les responsables d'IEC des associations intervenant dans le domaine.

PRODUITS ATTENDUS

- La formulation d'une Charte des rédactions sur le sida, rassemblant des principes directeurs dans le traitement de l'information sur le sida
- Une liste indicative d'actions spécifiques découlant de la Charte et pouvant être menées par les médias dans les pays.
- Un canevas par pays des réalisations professionnelles à inclure dans le Supplément Presse et dans l'Emission Radio inspirées par l'article sur la Perspective Globale.

PARTICIPANTS

Deux rédacteurs en chef de presse écrite et de radio et un responsable IEC d'une association nationale de planification familiale par pays.

Les pays participants au projet sont le Burkina Faso, la Côte-d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie et le Sénégal.

DEROULEMENT DU SEMINAIRE

L'accent sera mis sur l'échange entre journalistes et responsables d'IEC. Les 15 participants seront répartis en groupes selon des critères de pays, de profession.

Le séminaire sur " le sida et les médias en Afrique de l'Ouest " va se dérouler de la manière suivante :

1. Sensibilisation/responsabilisation sur le sida

Après une introduction à la rencontre, les participants renforceront leur sensibilité sur le sida et son ampleur dans le monde. Cette phase d'information aura pour support des faits objectifs et subjectifs sur le sida.

Partage de cas vécus au niveau personnel au sein des groupes - Choix d'un ou plusieurs cas à présenter en plénière par chaque groupe selon un mode de présentation libre (exposé, sketches, narration,...) qui permet la participation de tous les membres du groupe.

2. Réponses possibles et principes directeurs pour l'action.

Ensuite les séminaristes vont examiner les conséquences socio-économiques de l'épidémie et, dans un cadre de réflexions sur les réponses possibles, ils vont dégager des principes directeurs qui guideront leurs actions d'information futures.

3. Idées de productions journalistiques

Enfin, réunis par pays, les séminaristes vont travailler sur des idées d'articles ou d'émissions à réaliser dans le cadre de la production d'un Supplément dans leur publication ou d'un magazine radio dans leur station.

Il a été tenu compte des critiques du séminaire précédent tenu à Mbour, au Sénégal, pour confectionner le calendrier.

Pour une meilleure préparation au séminaire voir document "Informations à rechercher" ci-joint.

EVALUATION DU SEMINAIRE

Une fiche d'évaluation sera remplie par chaque participant à la fin du séminaire.

ORGANISATION PRATIQUE

Le séminaire, financé par l'USAID, est organisé par le CERPOD avec l'assistance technique de Population Reference Bureau des Etats-Unis, partenaire du projet 'PopmédiAfrique dont c'est la deuxième phase. African Consultants International, un bureau d'études basé au Sénégal, coordonne l'encadrement pédagogique.

. Accueil

Les participants étrangers seront accueillis à l'aéroport Félix-Houphouët Boigny de Port Bouet par une navette de Golf Hôtel Intercontinental où ils seront logés.

. Allocations journalières

Le montant des allocations journalières est celui fixé par le CILSS. Il est d'un montant de 50.000 francs CFA par jour et par personne venant d'un pays autre que celui d'accueil de la rencontre et de 25 000 F CFA pour les nationaux.

Le séminaire est résidentiel et un tarif forfaitaire en demi-pension de 57 000 F CFA/pers. a été négocié pour l'ensemble des participants.

Une fois les déductions faites (nuitée+déjeuner) les participants recevront une allocation journalière de 25 000 F CFA.

Adresse de Golf Hôtel Intercontinental

Tél : (225) 43 10 44 /45

Fax : (225) 43 05 44

Le montant total à percevoir est calculé en fonction du nombre de nuits passées en Côte-d'Ivoire pour les étrangers.

. Réservations de retour

Dès votre arrivée à Abidjan, vous devez remettre votre billet d'avion à Mme Fatou KONATE, au secrétariat du séminaire, pour la confirmation de votre vol de retour.

La réservation retour est faite sur le premier vol suivant la journée du 19 juin. Le CERPOD n'est pas responsable des participants qui désirent prolonger leur séjour.

Pour toute information complémentaire contacter:

M. Sié Offi SOME

CERPOD - Bamako

Tél: (223) 22 30 43/22 80 86/22 47 07

Fax.: 22 78 31

Appendix 2. Participants' expectations

Appendix 2

ATTENTES

- exemples de collaboration concrètes entre les rédactions, des échanges de productions presse et radio
- voir la capacité des médias à traiter de l'information sur le SIDA au delà de la couverture des évènements
- échange d'expériences dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, dans les techniques et l'animation de séminaire
- proposition concrète dans le sens d'une meilleure orientation de l'information, dans la correction des erreurs dans le traitement de l'information sur le SIDA avec l'aide des personnes ressources
- enrichissement à partir des différentes expériences pour mieux aider les femmes vivant avec le VIH
- un traitement nouveau et efficace de l'information sur le SIDA avec l'appui des personnes vivant avec le VIH
- une meilleure appréciation de la place des hommes de média dans l'information sur le SIDA : de quel bord sont-ils ?
- identification de priorités dans l'information sur le SIDA applicables dès la fin de l'atelier.
- mise en place d'une stratégie pour mieux sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents en vue d'aboutir à un changement de comportement sexuel
- mise à disposition d'informations justes et crédibles pour des publics spécifiques ; plus de crédibilité en matière d'informations SIDA
- traitement "intéressant" de l'information sur le SIDA en évitant la répétition
- mise à disposition d'arguments pour convaincre les pouvoirs publics de l'importance de traiter l'information sur le SIDA
- stratégie permettant la pleine participation des médias dans la lutte contre le SIDA
- échanges d'informations récentes, qu'elles soient mobilisatrices ou au contraire démobilisatrices
- avoir de plus en plus d'informations juste pour des publics spécifiques
- soutien (inconditionnel, efficient et déterminant) dans la lutte - des médias - dans toute l'Afrique - tâche d'huile pour l'Afrique de l'Ouest
- essayer d'avoir un nouveau souffle - éviter la répétition -superficialité, le rendre "intéressant"
- impliquer des lecteurs/télé spectateurs - pour savoir ce qu'ils en pensent de ce qu'ils ont vu/lu
- comment convaincre les pouvoirs publics de l'importance de traiter les informations sur le SIDA
- approches des organismes dans différents pays
- dégager une des stratégies qui permette aux journaux/radio de jouer leur rôle pleinement dans la lutte
- renforcer la collaboration --> couverture, stratégies, charte

*Appendix 3. What should the role of the media
be in the fight against AIDS in West Africa?*

SEMINAIRE SUR LE SIDA ET LES MEDIAS EN AFRIQUE DE L'OUEST
15 juin 1997

**QUEL DOIT ETRE LE ROLE DES MEDIAS DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA
EN AFRIQUE DE L'OUEST ?**

Ce que les participants ont dit:

- La campagne : il faut toujours la recommencer
- Appuyer cette campagne par une campagne avec comme acteurs les partenaires de l'école
- Faire tomber les tabous en matière de prévention
- Repercuter les méfaits réels du SIDA afin de mieux faire toucher du doigt l'ampleur de la pandémie
- Les journalistes doivent rendre le message sur le SIDA plus accessibles en s'informant davantage
- Appuyer, être un support pour les associations
- Faciliter l'accès à la TV des différents intervenants (associations, Bien-être familial)
- Ensemble nous allons y répondre tous ensemble
- Eduquer la population sur le SIDA (perceptions, comment vivre avec des personnes affectées, perceptions et vécu des personnes vivant avec le VIH)
- Sensibiliser (donner des informations de base et des plus récentes)
- Sensibiliser les décideurs/législation (afin qu'ils prennent les lois appropriées)
- Sensibiliser les populations
- Dédramatiser le SIDA auprès des populations
en allant à la rencontre des personnes vivant avec le VIH
en allant à la rencontre des personnes en question surtout dans les pays comme la Mauritanie
- Servir de courroie de transmission entre personnes-ressources de la santé et les publics

Appendix 4. Guide to participants on information to look for on HIV/AIDS in their countries

**SEMINAIRE CERPOD/PRB
SUR LE SIDA ET LES MÉDIAS EN AFRIQUE DE L'OUEST
Golf Hôtel Continental, Abidjan, Côte-d'Ivoire, du 15 au 19 juin 1997**

**INFORMATIONS A RECHERCHER PAR LES
PARTICIPANTS DANS LEUR PAYS**

Il est demandé aux participants dans chaque pays, avant de venir à Abidjan, de se retrouver, de rechercher et de mettre en commun un certain nombre d'informations. Ils partageront les informations ainsi récoltées, en plénière, au tout début du séminaire.

Chaque délégation fera ainsi une présentation en deux parties comprenant :

1ère Partie : la situation du sida dans le pays avec notamment les informations suivantes :

- le nombre de cas recensés, (*indiquer la source de vos informations si possible*)
- le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH
- le taux de séoprévalence,
- les zones les plus touchées et les facteurs qui expliquent cela
- le degré de sensibilisation selon vous,
- la perception que vous avez de la réponse à l'épidémie dans votre pays,
- l'importance de l'implication des personnes vivant avec le VIH dans les efforts de sensibilisation et de prévention,
- la contribution des médias dans l'information et la sensibilisation (existe-il des rubriques spécifiques sur le sida dans les journaux, des émissions radio et à la télévision, des bandes dessinées,...?)

(Il est conseillé de prendre attache avec le comité national de lutte contre le sida dans chaque pays pour avoir les chiffres les plus récents)

Il serait utile que les statistiques sur le sida soient dactylographiées et présentées en deux pages maximum. Ils seront mis à la disposition des autres participants.

2ème Partie : récit d'un cas vécu :

" Vous connaissez personnellement (ou vous avez entendu parler) d'un cas de malade du sida qui vous a beaucoup touché. Racontez "

Après un travail préalable en commun, pendant lequel chaque délégué raconte un cas, le groupe choisit l'exemple le plus intéressant qu'il présentera pendant le séminaire. Chaque délégation exposera ainsi un cas vécu. Il s'agira pour l'un des membres de raconter l'histoire la plus poignante du groupe, celle qui interpelle chacun de nous : comment le malade a appris qu'il était porteur du VIH ? Ses réactions ? Celles de sa famille ? Celle de ses amis ? Quelles ont été les repercussions pour l'entourage ? Quelles réflexions cela inspire-t-il ?, etc.

L'ensemble de la présentation (1^{ère} et 2^{ème} partie) ne devrait pas excéder 10 minutes pour chaque pays.

Appendix 5. Principal facts on the epidemic

COMPRENDRE L'ÉPIDÉMIE

Les Principaux Faits et leurs Implications

Contexte

La nature de la pandémie d'infections à VIH requiert une réponse immédiate, adaptée et efficace de la part des individus, des collectivités, des gouvernements, du secteur privé et de la communauté internationale.

Il s'agira avant tout de modifier les attitudes et le comportement sexuel, de prendre en charge et d'apporter un soutien aux personnes affectées par l'épidémie et, puisque que celle-ci s'étend, de préserver les capacités de fonctionnement des communautés et des pays.

A cet effet, il existe un corpus de connaissances sur les conditions dans lesquelles le virus se transmet, la dynamique de sa propagation et l'histoire naturelle de l'infection dont la connaissance est essentielle à l'élaboration de politiques et programmes.

Objectifs

Au terme de cette session, les participants devront acquérir une connaissance :

- des principaux faits relatifs à l'épidémie;
- de la pertinence de ces faits quant à la façon dont l'épidémie s'étend;
- de la manière dont l'infection à VIH affecte le bien-être et la vie des personnes;
- de la gravité et de l'ampleur de la pandémie.

**LES PRINCIPAUX FAITS RELATIFS A L'EPIDEMIE
D'INFECTIONS A VIH**

FICHE D'INFORMATION POUR LE QUESTIONNAIRE

1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'actuellement un adulte sur 200 est infecté par le VIH.

Ces estimations sont fréquemment révisées, au fur et à mesure que les caractéristiques épidémiologiques se précisent. Au milieu de l'année 1990, on estimait la proportion d'adultes infectés à un sur 400; à la fin de 1990, ce chiffre a été révisé à un sur 300, et à un sur 200 en 1993.

Ces chiffres représentent des moyennes générales, et la distribution de l'épidémie n'est pas le fait du hasard. L'infection est concentrée dans certaines familles, professions et régions géographiques.

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, l'infection à VIH touche autant les femmes que les hommes. Dans cette région, si l'on prend les chiffres de la population totale et les estimations actuelles d'infection à VIH, on obtient une personne infectée (homme ou femme) sur 40 chez les adultes.

Il s'agit là d'une moyenne et dans certaines collectivités un adulte sur deux est infecté.

Aux Etats-Unis, un homme adulte sur 75 est contaminé. En Amérique Latine et dans les Caraïbes, on estime qu'un homme adulte sur 125 et une femme adulte sur 500 sont actuellement infectés.

Ce sont là les estimations de l'OMS pour 1991, et le virus ne cesse de se propager.

2. Il est vrai que plus de personnes meurent chaque année de la malaria (le paludisme) que du SIDA

Le paludisme tue chaque année dans le monde entre un et deux million de personnes. Depuis le début de l'épidémie d'infections par le VIH, moins d'un million et demi de personnes ont été officiellement déclarées mortes suite à une infection par le VIH. Cela ne signifie pas que le VIH est moins important que le paludisme. Au contraire, le VIH requiert une priorité car ses effets s'étendent bien au delà du simple nombre de décès. Il affecte de manière sélective les jeunes adultes, les membres productifs des familles, des entreprises, des collectivités et des nations. Les effets de la maladie et de la mort parmi ces personnes sont amplifiés par le problème de leurs dépendants.

Le VIH devrait aussi faire l'objet d'une plus grande priorité parce que, contrairement au paludisme et d'autres maladies connues, c'est un problème qui va en s'accroissant. L'épidémie n'est encore stabilisée dans aucun pays, et dans certains d'entre eux, elle ne fait que commencer. Nous ne savons pas encore quelle sera l'ampleur de l'épidémie, ni le nombre de personnes qu'elle touchera. Nous savons cependant que les efforts et les moyens financiers consentis très tôt seront plus efficaces que l'argent et les efforts déployés après coup.

3. Une fois infectée par le VIH, une personne reste infectée et contagieuse toute sa vie.

Peu après l'infection, la personne infectée est très contagieuse pendant une période brève, habituellement deux à trois semaines environ. On a connaissance de cas où les personnes récemment infectées en contaminent d'autres soit par rapport sexuel, par une seringue non stérilisée, par une transfusion sanguine, par une greffe de tissus ou d'organe, ou encore pendant l'allaitement, de la mère à l'enfant ou de l'enfant à la mère.

A la suite de cette période de forte contagiosité, la plupart des personnes infectées entrent dans une période d'incubation silencieuse de plusieurs années durant laquelle il n'y a ni signes, ni symptômes d'infection par le VIH. Mais pendant cette période, la personne contaminée peut transmettre le virus à d'autres.

Quand apparaissent les symptômes de maladies liées au VIH, la contagiosité augmente et peut même devenir très forte.

4. En 1996, selon les estimations les plus récentes de l'ONUSIDA, le nombre de personnes nouvellement infectées chaque jour dans le monde, était de 8.500.

A la fin de 1990, cette estimation était de 4.000 par jour.

Le Programme Mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS a porté son estimation du nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde à 22,6 millions, dont 8 millions sont déjà malades du SIDA ou en sont déjà mortes. En l'an 2000, selon les projections actuelles de l'OMS, le nombre cumulé de personnes infectées par le VIH (hommes, femmes et enfants) dépassera 40 millions et ces estimations sont modérées.

5. La grande majorité des 22,6 millions de personnes qui, selon les estimations, sont infectées dans le monde, ne le savent pas.

Dans la plupart des régions du monde, il n'existe que peu ou pas d'infrastructures permettant de faire un test volontaire et confidentiel. Une personne peut craindre d'être infectée, mais si elle n'a pas la possibilité de recevoir des conseils, de faire le test volontaire de dépistage, elle ne peut pas savoir si elle est effectivement infectée ou non. Etant donné que le résultat du test peut être un facteur important d'incitation au changement de comportement, la mise en place d'infrastructures de dépistage constitue un élément important du succès des programmes nationaux de lutte contre le VIH.

Même lorsque le dépistage est possible, on peut choisir de ne pas le faire faire, par crainte de la discrimination qui frappe les personnes infectées. Les femmes, en particulier, peuvent choisir de ne pas faire le test, car elles savent qu'elles ne pourront pas empêcher leur mari ou leur partenaire sexuel de les infecter, ou parce qu'elles savent que si elles sont infectées elles devront de toute façon continuer à s'acquitter de leurs obligations quotidiennes.

Très souvent, même lorsque le dépistage est possible, les résultats des tests ne sont pas communiqués aux personnes qui les ont subi, en particulier en Afrique Subsaharienne.

Le dépistage présente cependant plusieurs avantages : il permet d'organiser son avenir et celui de ses enfants, d'en finir avec la peur et l'incertitude, et c'est également un moyen de prévenir l'infection et la réinfection et, pour la personne infectée, une chance de modifier son mode de vie et de faire quelque chose pour ralentir la progression de la maladie.

6. Les résultats de la recherche varient, mais ils indiquent que la transmission du virus se produit dans environ 30 pour cent des cas de grossesse.

La transmission, de la mère contaminée à l'enfant, peut se faire avant ou pendant la naissance, ou encore durant l'allaitement. La transmission périnatale du virus s'effectue dans des conditions qui sont encore mal connues.

Cependant, il est probable que la transmission du virus de la mère à l'enfant se produit quand cette dernière est dans la période de contagiosité aiguë, et après qu'elle présente les symptômes de maladies liées au VIH, dont le SIDA. Cela explique peut-être en partie les divergences observées dans les résultats d'études. Cependant, comme on observe des taux de transmission du virus plus faibles chez les femmes des pays industrialisés, il est possible que l'état général de santé et nutritionnel de la femme intervienne également.

Tous les enfants contaminés ne l'ont pas été pendant la période périnatale. Dans une étude faite au Sénégal, on a observé que 15 pour cent des enfants contaminés avaient une mère non infectée. Dans ces cas, l'infection a probablement eu lieu en raison de l'emploi de seringues non stériles ou lors d'une transfusion sanguine. Une étude plus ancienne menée à Kinshasa, montra que les enfants en bas âge infectés avaient subi, pendant les 10,8 premiers mois de leur vie, 44 injections en moyenne effectuées par des agents de santé traditionnels ou modernes, sans compter les vaccinations. La fréquence des injections dans le groupe de contrôle non contaminé était bien moindre.

7. Il est impossible de dire d'une personne asymptomatique, rien qu'en la regardant, qu'elle est infectée ou non.

Après la période d'infection aiguë, il peut se passer plusieurs années, peut-être dix ans ou plus, sans que des signes d'infection par le VIH ne puissent être observés. Cependant, quand la progression de la maladie commence, un spécialiste peut diagnostiquer cliniquement la présence du VIH.

8. La plupart des femmes contaminées appartiennent à la tranche d'âge 15 à 35 ans, tandis que l'infection se produit chez les hommes, en moyenne, quand ils sont plus âgés, dans la tranche de 20 à 40 ans.

Chez les femmes, l'infection par le VIH peut se produire dès le début de l'adolescence et les taux augmentent rapidement avec l'âge; le taux maximal étant atteint entre 20 et 25 ans. Chez les hommes, au contraire, le pic se trouve cinq ou dix ans plus tard. Cette différence d'âge se retrouve au niveau de l'incidence du SIDA. Les femmes ont généralement un SIDA avéré en moyenne entre 25 et 30 ans, et les hommes après 30 ans.

Cette différence d'âge au moment de la contamination montre bien que les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection par le virus. Etant jeunes, elles ne sont souvent pas en mesure d'insister pour que le partenaire ait un comportement sexuel sans risque, ni même que les rapports soient consensuels. Plusieurs indices prouvent également que le mauvais état de l'appareil génital (lésions, inflammation, sécrétions ou scarifications) peut faciliter la transmission du virus. L'appareil génital des jeunes femmes reste physiquement immature jusqu'à vingt ans environ. Avant cet âge, la transmission du virus à travers les membranes cellulaires de l'appareil génital est peut-être plus facile. Des indices toujours plus nombreux donnent à penser aussi que les femmes ménopausées sont également exposées à un risque plus grand d'infection par le virus, en raison de l'état de leur appareil génital.

9. Parler de sexe aux enfants n'encourage pas la promiscuité

Les enfants s'essaient à des activités inconnues des adultes, qu'ils soient informés ou non. Dans les pays scandinaves où une éducation sexuelle franche a été donnée depuis plusieurs années, il y a autant d'activité sexuelle chez les jeunes que partout ailleurs. Cependant, les taux de grossesse chez les adolescentes et de maladies sexuellement transmissibles ont diminué. L'information donne la possibilité aux enfants d'anticiper sur les dangers mais ne garantit pas que ceux-ci seront évités.

Les données de recherches sociologiques et d'études sur les taux de grossesse chez les adolescentes et des maladies sexuellement transmissibles menées à travers le monde nous disent que de nombreux enfants deviennent sexuellement actifs au milieu de leur adolescence. Ceci est vrai quelle que soit la culture ou la religion, bien que les enfants des zones urbaines soient souvent plus précoces que ceux vivant dans les zones rurales.

Pour un nombre inquiétant d'enfants, l'activité sexuelle commence par le viol ou l'inceste. Ceux qui violent ou attentent à la pudeur des enfants profitent souvent de leur ignorance et de leur naïveté. L'éducation sexuelle doit comporter non seulement une information sur les données biologiques mais aussi fournir des éléments pour renforcer l'estime de soi et la confiance en soi.

10. Dans leur majorité, les contaminations par le virus, à travers le monde, se sont produites à l'occasion de rapports hétérosexuels non protégés, avec pénétration.

Les estimations du Programme Mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS montrent que parmi toutes les personnes contaminées, à travers le monde, 60 pour cent l'ont été lors d'un rapport sexuel pénéo-vaginal, 15 pour cent par injection de drogue, 15 pour cent par un rapport anal et 10 pour cent par l'un des autres modes de transmission. Dans les pays d'Afrique, on estime que 80 à 90 pour cent des contaminations ont lieu lors d'un rapport hétérosexuel, entre 5 et 10 pour cent par la voie périnatale, et entre 5 et 10 pour cent par l'un des autres modes de transmission.

S'il est établi que le virus est présent dans les liquides de l'organisme, tels que la salive, les larmes, la sueur ou l'urine, les études montrent que le contact avec l'un de ces liquides ne suffit pas à transmettre le virus, à moins que ce liquide ne contienne du sang. La transmission du virus de personne à personne n'a pas lieu non plus à l'occasion de contacts superficiels (embrassades, baisers, poignées de main), ni par la sueur, la salive, la respiration, ou par l'échange de vêtements, de couverts, de gobelets, par le téléphone, le siège d'un w.c., l'argent, les lavabos, les piscines ou les bains. Le virus n'est pas non plus transmis par les insectes, les animaux, les aliments ou la boisson.

En matière de sensibilisation, il est souvent difficile de faire accepter ces faits sur la non-transmission du virus. Beaucoup de gens restent sceptiques.

11. La progression de l'infection par le VIH vers l'apparition des maladies liées au VIH et le SIDA est relativement lente.

Les données provenant d'études menées chez les hommes vivant avec le VIH, principalement aux Etats-Unis, montrent qu'en moyenne, dix ans après la contamination, 50 pour cent des personnes infectées vont développer le SIDA et certaines en mourront, 30 autres pour cent présenteront des symptômes de progression, et les 20 autres pour cent resteront asymptomatiques.

Il s'écoule environ deux ans entre le début d'un SIDA avéré et la mort du malade, mais, grâce à une amélioration du mode de vie et des traitements, ce délai peut être prolongé.

Toutefois, ces moyennes cachent le fait que beaucoup de personnes vivant avec le virus continuent à mener une vie productive et restent en bonne santé pendant plus de dix ans. En outre, certaines personnes chez qui un SIDA a été diagnostiqué continuent à bien se porter et à travailler pendant de nombreuses années. Les connaissances sur le sort ultérieur des personnes restées en bonne santé plus de dix ans après leur contamination sont limitées par le caractère nouveau de l'épidémie.

Certaines indications montrent que le temps qui s'écoule entre la contamination et l'apparition de maladies liées au VIH, ou entre le diagnostic du SIDA et le décès du malade, est peut-être plus court dans les pays en développement qu'en Occident, et plus court chez les femmes et les enfants.

On ne sait pas encore si toutes les personnes infectées mourront par suite de leur infection par le VIH, et aucun indice ne permet de savoir si l'être humain peut être naturellement immuniser contre le VIH.

La progression de la contamination à la maladie liée au VIH peut être retardée par une bonne alimentation, la réduction du stress et de l'anxiété, par un repos adéquat, par l'exercice, et par une conception positive de la vie. D'autres facteurs en revanche peuvent accélérer la progression : une exposition répétée au VIH, des maladies sexuellement transmissibles répétées, la toxicomanie, une consommation excessive d'alcool et le stress.

12. Le Programme mondial de lutte contre le SIDA estime qu'en l'an 2000, sur 10 personnes qui seront infectées, cinq seront des femmes.

La majorité de ces femmes auront des enfants à élever.

Les femmes sont de plus en plus contaminées et il est possible que vers le milieu des années 90, le taux de contamination des femmes soit égal à celui des hommes dans le monde. En Afrique subsaharienne, on compte déjà autant de femmes que d'hommes contaminés, et, dans certaines régions, les femmes infectées sont plus nombreuses.

En Asie, en Amérique Latine et aux Caraïbes, la proportion d'hommes et de femmes infectés par le VIH est à peu près la même, ou devient rapidement la même. Ailleurs, la proportion se rapproche également de l'égalité, quoique plus lentement. Aujourd'hui, en 1996, sur le plan mondial, 42% des nouveaux cas d'infection sont des femmes.

13. Un rapport sexuel non protégé n'entraîne pas toujours la transmission du virus.

Il n'y a pas transmission du virus chaque fois qu'une personne contaminée a un rapport sexuel non protégé avec pénétration avec une autre. Le Programme Mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS estime que, si la région génitale est en bon état, la transmission du virus n'a lieu que dans moins d'un pour cent des rapports sexuels non protégés avec pénétration. En revanche, si l'appareil génital présente des lésions ou des inflammations, la transmission peut être beaucoup plus fréquente.

La transmission sexuelle du VIH peut être évitée par l'utilisation correcte d'un préservatif de bonne qualité, ou encore par des pratiques sexuelles sans pénétration.

La transmission du virus dans le cas d'injections peut être évitée par l'emploi d'aiguilles stérilisées, le nettoyage du matériel à l'eau de javel, et en évitant l'échange de seringues.

Une sélection judicieuse des donneurs de sang et un dépistage systématique du sang utilisé pour les transfusions, des tissus et des organes à greffer permettront d'éliminer pratiquement les risques d'infection par ces voies.

Le risque de transmission du virus par le contact avec du sang contaminé, présent sur les instruments médicaux ou dans les déchets cliniques peut être notablement réduit par une bonne prophylaxie, notamment par une désinfection systématique des instruments, par la prudence dans l'emploi et la destruction d'instruments tranchants, et dans l'évacuation des déchets, et par le fait d'éviter tout contact avec le sang s'il y a une lésion de la peau ou d'une muqueuse.

La prise du médicament AZT par la femme infectée semble réduire le risque de transmission par voie périnatale. Néanmoins, la meilleure façon d'éliminer le risque de transmission périnatale est de tout faire pour empêcher que les femmes ne soient contaminées. Des études sur la transmission au cours de l'allaitement au sein indiquent que celle-ci survient lorsque la femme s'infecte pendant cette période. Il faut impérativement que les femmes en aient connaissance.

14. Le VIH n'est pas transmis à l'homme par les moustiques.

Lorsque le moustique pique, il suce le sang qui passe dans une partie de son abdomen. Ensuite, il injecte à la personne un liquide salivaire provenant d'une autre partie de son abdomen, pour remplacer le sang (c'est ce liquide qui est toxique pour l'homme et qui provoque les démangeaisons). Les moustiques ne peuvent injecter que de la salive et non du sang. Le paludisme n'est donc pas transmissible par le sang mais par la salive du moustique qui le propage ainsi.

Des données épidémiologiques précises démontrent que le moustique ne peut pas transmettre le VIH. En effet, des différences significatives des taux d'infection sont observées selon les groupes d'âge. Si le virus était transmissible par le moustique, on aurait eu des taux d'infection plus homogènes dans tous les groupes d'âge.

De nombreuses études menées auprès des familles de malades du SIDA révèlent que les personnes vivant dans la même concession que des personnes malades du SIDA n'ont pas plus de chance d'être infectés par le VIH que les membres d'une famille ne comportant pas de personnes malades du SIDA. Si les moustiques, punaises, poux et autres insectes d'une maison pleine de gens pouvaient propager le virus, l'on devrait s'attendre à rencontrer davantage de personnes infectées dans les concessions de malades du SIDA.

Le VIH est très fragile. Selon les estimations, la durée de vie du virus exposé à l'air est de quelques vingt minutes. Un moustique peut piquer une personne infectée par le VIH, être dérangé dans sa succion et aller piquer une autre personne. Mais même dans ce cas, si la deuxième piqûre du moustique intervient dans les vingt minutes au delà desquelles le virus meurt naturellement, la quantité du VIH dans le sang de la personne infectée et celle que contiendrait la partie aspiré par le moustique seraient trop petites pour transmettre la maladie.

15. On ne compte pas disposer d'un vaccin ou d'un traitement efficaces avant la fin de la décennie.

Des recherches sont en cours sur la mise au point de trois types de vaccins : 1) un vaccin prévenant l'infection, 2) un vaccin qui empêchera la progression de la maladie, et 3) un vaccin qui empêchera la transmission périnatale du virus. La variété des souches du virus et sa mutabilité amènent certains médecins à douter qu'un vaccin efficace, à un prix abordable, puisse être mis au point dans un avenir prévisible.

Même s'il y a un vaccin, sa diffusion effective de vaccins dans les pays en développement pose un certain nombre de problèmes. Il y a avant tout le coût du transport et de l'administration des vaccins, indépendamment du coût de ceux-ci. L'expérience acquise dans le traitement de la schistosomiase (bilharziose), où le médicament est fourni gratuitement par le fabricant et transporté dans la capitale du pays, montre que le simple coût du transport représente de cinq à huit dollars des Etats-Unis environ par an par personne traitée.

Des vaccins sont actuellement testés ou proposés dans un certain nombre de pays en développement. De nombreux essais de vaccins sont menés sur des militaires. Les questions éthiques associées à ces essais de vaccins et de traitements, en particulier la disponibilité permanente des vaccins ou médicaments efficaces dans les pays où l'essai est conduit, doivent d'urgence être résolues.

Certains médicaments antirétroviraux existent actuellement ou sont en cours de mise au point. Ces médicaments peuvent améliorer la qualité de la vie des malades, ou retarder la progression de l'infection. Cependant, ils ne constituent pas un moyen de guérison. Ils ne sont ni facilement disponibles ni d'un prix modéré dans les pays en développement. Le traitement des infections opportunistes liées à la contamination par le VIH (candidose, maladies de la peau et tuberculose, diarrhée, fièvre etc.), est d'importance critique si l'on veut améliorer la qualité de la vie et permettre aux malades de continuer à travailler et à faire vivre leurs familles. De faux espoirs quant à l'obtention rapide d'un vaccin ou d'un traitement seraient de nature à réduire l'efficacité des mesures destinées à changer les comportements. Il faut donc trouver un équilibre, dans la répartition des ressources rares, entre les mesures tendant à modifier les comportements, et les programmes d'essai de vaccins et de traitements d'autre part.

16. La probabilité de la transmission du virus lors d'un rapport sexuel non protégé avec pénétration augmente considérablement avec la présence de lésions, de scarifications, d'inflammations ou d'infections de la région génitale.

Les lésions génitales peuvent être le résultat d'une mauvaise hygiène, d'infections des voies génito-urinaires, de maladies sexuellement transmissibles, de traumatismes liés à l'activité sexuelle, à l'accouchement et à un avortement, de pratiques traditionnelles comme les mutilations génitales chez les femmes. La présence de certaines affections génitales peut accroître la probabilité de transmission, qui peut ainsi passer de moins de un pour cent à 50 pour cent dans le cas d'un rapport sexuel non protégé avec pénétration.

17. On estime qu'en l'an 2000, 90 pour cent des personnes contaminées par le VIH, vivront dans les pays en développement.

Le développement des connaissances sur l'ampleur de la diffusion du virus en Asie, dans les Caraïbes en Amérique Latine, a amené à réviser à la hausse les chiffres d'estimation de personnes contaminées dans les pays en développement. Jusqu'à une date récente, on estimait encore qu'en l'an 2000, entre 75 et 80 pour cent des contaminations nouvelles se produiraient dans ces pays, mais ces prévisions sont désormais de 90 pour cent. On prévoit en outre qu'en l'an 2000, une contamination sur quatre aura lieu en Asie.

Pour comprendre cela, il faut garder à l'esprit que 80 pour cent de la population mondiale et 80 pour cent des personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté se trouvent dans les pays en développement, et que les pays développés sont 50 fois plus riches que les pays en développement.

Décembre 1996

200
Entourer la réponse juste

1. L'OMS estime qu'un adulte sur 300, dans le monde, est infecté par le VIH.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
2. Il y a plus de gens dans le monde qui meurent de la malaria (le paludisme) que du SIDA.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
3. Les personnes infectées peuvent transmettre le virus pendant le reste de leur vie à d'autres personnes, en raison de leur comportement sexuel ou de consommateur de drogue par voie intraveineuse.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
8560 4. Chaque jour, 4.000 personnes dans le monde sont infectées par le VIH.	<input type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input checked="" type="radio"/> ne sais pas
5. La plupart des personnes infectées ne savent pas qu'elles le sont.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
6. Un enfant sur trois nés d'une femme infectée sera lui-même infecté.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
7. En regardant une personne on peut dire si elle est ou non infectée.	<input type="radio"/> vrai	<input checked="" type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
8. L'âge moyen au moment de l'infection est plus faible chez les femmes que chez les hommes.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
9. Parler de sexe avec les enfants les encourage à essayer.	<input type="radio"/> vrai	<input checked="" type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
10. La majorité des personnes infectées, dans le monde, l'a été à l'occasion d'un rapport hétérosexuel non protégé.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
11. Pour la plupart des gens, il s'écoule un laps de temps très court entre l'infection et l'apparition de maladies liées au VIH et au SIDA.	<input type="radio"/> vrai	<input checked="" type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
12. Cinquante pour cent de tous les nouveaux cas d'infection dans le monde se produisent chez des femmes.	<input type="radio"/> vrai	<input checked="" type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
13. Vous devenez toujours infecté par le VIH si vous avez un rapport sexuel non protégé, avec pénétration, avec une personne infectée.	<input type="radio"/> vrai	<input checked="" type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
14. Les moustiques transmettent le VIH.	<input type="radio"/> vrai	<input checked="" type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
15. La recherche biomédicale indique qu'un vaccin serait bientôt mis au point.	<input type="radio"/> vrai	<input checked="" type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
16. La transmission sexuelle du virus est facilitée par la présence d'infections sexuellement transmissibles.	<input checked="" type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input type="radio"/> ne sais pas
9090 17. En l'an 2000, 80 pour cent de toutes les personnes infectées vivront dans les pays en développement.	<input type="radio"/> vrai	<input type="radio"/> faux	<input checked="" type="radio"/> ne sais pas

ATELIER SUR LE VIH ET LE DEVELOPPEMENT
QUESTIONNAIRE
sur
LES PRINCIPAUX FAITS RELATIFS A L'EPIDEMIE D'INFECTIONS A
VIH

INSTRUCTIONS POUR LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire traite des principaux faits relatifs à l'épidémie d'infections à VIH. Il a été conçu de façon à vous aider à mesurer vos connaissances actuelles et votre compréhension de la pandémie. Veuillez commencer par lire les questions, et entourer votre réponse pour chacune d'elles. Après avoir terminé le questionnaire, vérifiez vos réponses au moyen de la fiche d'information jointe.

Les questions abordées dans le questionnaire et la fiche d'information seront ensuite discutées en plénière, avec l'aide de personnes-ressource.

Les principaux faits

- La plupart des personnes vivant avec le VIH ne le savent pas.
- Il est impossible de dire à première vue si une personne est contaminée par le VIH.
- Les personnes infectées par le virus peuvent le transmettre pour le reste de leur vie, par un nombre limité de voies connues.
- Le délai qui s'écoule entre la contamination par le virus (VIH) et l'apparition de symptômes varie d'une personne à l'autre, mais il se situe généralement entre 7 et 10 ans.
- Il n'existe pas encore de traitement curatif, ni de vaccin préventif pour l'infection par le VIH.
- La transmission sexuelle est le principal mode de transmission du virus.
- La présence d'une MST (Maladie Sexuellement Transmissible) peut faciliter la transmission sexuelle du virus lors d'un rapport sexuel.
- Le virus n'est pas transmis par les contacts qui ont lieu quotidiennement dans la vie familiale et sociale.
- La transmission du virus peut se faire lors d'un rapport sexuel, lors de l'utilisation de seringues non stériles, lors d'une transfusion de sang ou de produit sanguin, ou encore lors de la greffe d'un tissu ou organe en milieu hospitalier. Ces différents modes de transmission peuvent être évités grâce à des méthodes de prévention adaptés.
- Une fois contaminée, une personne peut rester en bonne santé et mener une vie active et productive pendant de nombreuses années encore.

Source: PNUD

PLUSIEURS ETAPES

AVOIR UNE MST

1. AVOIR DES SIGNES ET LES RECONNAITRE

2. RECHERCHER UNE AIDE MEDICALE

3. ETRE EXAMINE

4. ETRE DIAGNOSTIQUE

5. ETRE TRAITE

6. METTRE LE TRAITEMENT EN APPLICATION

7. GUERIR

PROBLEMES LIES AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DES MST

PROBLEMES A LA PREMIERE ETAPE

- les MST chez les femmes peuvent passer inaperçus : il n'y a pas de signes visibles de la maladie; elles peuvent ignorer qu'elles sont infectées.
- Certaines pensent que les pertes sont normales; elles manquent d'informations sur les MST;
- un manque de suivi médical

PROBLEMES A LA DEUXIEME ETAPE

- un manque d'informations concernant les structures de dépistage et de soins
- analphabétisme/non accès à l'école
- certaines qui considèrent que les MST sont des maladies honteuses, des maladies souvent négligées, cachées ou mal soignées
- les services de soins sont en général fréquentés par des prostituées; elles ne veulent pas qu'on les confondent avec elles
- elles sont pudiques : elles ne veulent pas s'exposer surtout devant un médecin
- ignorance des maladies
- manque d'information
- sources d'informations peu fiables (paires ...surtout pour les adolescents)

PROBLEMES A LA TROISIEME ETAPE

- Prestations de service (accueil discourtois, renvoi des adolescentes infectées)
- inaccessibilité des structures
- automédication, surtout chez les jeunes
- sources d'informations peu fiables (paires ...surtout pour les adolescents)

PROBLEMES A LA QUATRIEME ETAPE

- personnel médical peu ou mal formé

PROBLEMES A LA CINQUIEME ETAPE

- coût des dépistages et soins
- traitement indisponible, ou trop coûteux

PROBLEMES A LA SIXIEME ETAPE

- les femmes ne peuvent pas contrôler les activités sexuelles de leur mari ou partenaires et ne peuvent ni refuser d'avoir des rapports sexuels, ni exiger le port du préservatif avec elle ou d'autres partenaires
- non respect du traitement prescrit par le couple

PROBLEMES A LA SEPTIEME ETAPE

- problèmes d'efficacité des traitements des MST

35

Les Mst, laisser-passer du Vih

Une récente étude commandée par la Banque mondiale a montré que la tâche à laquelle doivent se consacrer les pays du Tiers-monde et en particulier l'Afrique, c'est le combat d'éradication des maladies sexuellement transmissibles (Mst). «Un passage obligé» pour inverser la tendance croissante de la pan-

démie du sida, estime le Dr Ibra Ndoye qui pilote le Pnls. En effet, poursuit-il, les Mst constituent, au Sénégal, autant chez les hommes que chez les femmes, «une porte ouverte à l'inflation du Vih». Sur le continent, explique-t-il, 50 à 80 % des femmes sont devenues stériles parce qu'elles ont contracté une Mst.

WALF 1 NOV 95

Il y a bien d'autres conséquences néfastes, à savoir la maladie inflammatoire pelvienne, l'infection des nouveau-nés (syphilis congénitale), le cancer du col, la grossesse extra utérine, etc. Vu sous cet angle, avance le Dr Ndoye, il faut prendre conscience du fait que «quelque chose qui favorise la mort est mortelle». Par conséquent un changement de comportement s'impose. Ainsi en Tanzanie, une prise en charge correcte des Mst a entraîné une diminution notable de l'infection du Vih.

Or en matière de Mst, sur les 12 millions de cas de syphilis recensés dans le monde, l'Afrique subsaharienne en héberge 3,5 millions : 15 millions de gonococques sur 62 millions ; 30 millions de personnes infectées par le trichomonas sur 170 millions ; 15 millions d'infections de chlamidia sur 89 millions, etc.

A noter aussi les dangers de l'automédication. Car au Sénégal, sur cent hommes infectés par les Mst, 70 vont chez les guérisseurs. Du côté des femmes, on enregistre une proportion de 50 %.

Essai Triomphant sur le VIH en Afrique

Tim Radford

Pour une première expérience de ce genre, des scientifiques européens et africains ont montré que la propagation de l'infection VIH peut être ralentie. Ils ont confirmé - dans un article dans le LANCET- que les maladies sexuellement transmissibles favorisent l'expansion du SIDA.

Une étude dont le coût est estimé à deux millions de livres sterling pour une période de deux ans, a montré que la transmission du virus pourrait être réduite à près de 50% en traitant de manière intensive les autres maladies sexuellement transmissibles. Ceci est approprié dans un continent où 90% de l'infection VIH est faite de manière hétérosexuelle et où les taux d'infection dans les milieux urbains ont atteint 20%.

Cette recherche a regroupé le gouvernement tanzanien, les oeuvres médicales caritatives, l'Institut d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres et des milliers de villageois à Mwanza en Tanzanie. Selon David Mabey et Richard Hayes de l'Institut de Londres, les experts sur le Sida ont longtemps soupçonné que la propagation du VIH est favorisée par d'autres maladies vénériennes comme la syphilis et la blennorrhée (gonorrhée).

Avec l'aide des services médicaux africains, et l'appui financier de l'Europe, les chercheurs ont sélectionné 12 centres villageois de santé dans la région du Lac Victoria ou ses environs immédiats où le VIH se répand à un taux de 1% par an. Ils les ont divisés par groupes de deux villages présentant les mêmes caractéristiques au niveau du site et de la

population. Dans chaque groupe de deux l'un des villages a bénéficié d'un programme formation en matière de santé, d'éducation et d'approvisionnement en médicaments pour les traitements en conformité avec les possibilités de l'économie tanzanienne. Dans l'autre village, les choses furent laissées en l'état.

Les résultats, bien avant l'examen de la transmission du VIH furent extraordinaires. Beaucoup plus de personnes avec des symptômes sont allées en consultation, beaucoup de maladies furent correctement diagnostiquées et traitées avec brio pour une première fois. Certains cas furent orientés vers les spécialistes. Les centres villageois de santé ont soigné près de 99% des cas de MST à moindre coût.

Deux ans plus tard, les docteurs ont commencé à analyser la différence dans les taux d'infection pour des échantillonnages de 1000 personnes dans les 12 villages. Le résultat fut étonnant: la formation supplémentaire et l'approvisionnement en médicaments avaient réduit la transmission du VIH de 42%.

Selon le Professeur Mabey "nous avons fait une étude qui montre qu'une simple intervention dans un des pays les plus pauvres du monde a réussi à avoir un impact substantiel. Maintenant les donateurs n'ont plus d'excuse pour la rétention des ressources."

GUARDIAN WEEKLY
Septembre 10, 1995

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRINCIPAUX SIGNES
DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)
DR. GEORGES TIENDREBEOGO**

Les maladies sexuellement transmissibles apparaissent dans nos sociétés comme des "maladies honteuses". Elles sont très fréquentes et souvent négligées, cachées ou mal soignées. Pourtant... elles ouvrent la porte au virus (VIH) responsable de la maladie du Sida. Nous pouvons traiter ces maladies, les éviter et réduire la propagation du SIDA qui reste incurable pour le moment.

Syphilis vénérienne	<ul style="list-style-type: none"> • Débute par l'apparition d'un chancre (érosion ou petite ulcération) sur les organes génitaux externes ou la région anale; passe souvent inaperçu car indolore. • Phases suivantes: éruption cutanée puis complications neurologiques des années plus tard (démence).
Gonococcie	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Chez l'homme</u>: "Blennorragie" survient 4 à 6 jours après l'exposition et se traduit par des brûlures à l'émission d'urine: "chaude pisse"; émission d'urines troubles et la présence d'une goutte de pus au méat. Complications: difficultés à uriner (tardives). • <u>Chez la femme</u>: souvent aucun signe, il faut toujours la rechercher de parti pris chez la partenaire d'un sujet atteint de gonococcie.
Chancre mou	<ul style="list-style-type: none"> • Surtout chez l'homme: il siège sur le gland, le prépuce, le fourreau ou l'orifice anal; très douloureuse; l'ulcération a un fond sale
Herpès génitales	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions vésiculeuses multiples (boutons contenant de l'eau) en bouquet avec sensation de cuisson; démangeaisons. Les lésions laissent en place des érosions recouvertes de croûtes qui guérissent en 10 jours; l'herpès revient souvent...
Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> • Brûlures • Ecoulement clair, ressemble au sperme de l'homme
Trichomonas	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes jaunâtres abondantes malodorantes
Candidoses	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes blanchâtres (lait caillé), peu abondantes; démangeaisons nocturnes; douleurs lors des rapports sexuels; brûlures. Reviennent très fréquemment.

Sénégal

Statistiques, Décembre 1996

Nombre de cas de SIDA déclarés	2.168
Nombre de cas réels estimé à plus de	4.000
Nombre de personnes séropositives estimé à	60.000
Nombre d'orphelins estimé à	5.000

Projections, 1998

(Epimodel)

Malades du SIDA	10.041
Porteurs du VIH	90.944

Source Bulletin Epidémiologique.

Il est estimé qu'aujourd'hui
10 à 15%
de la population adulte d'Abidjan
est infecté

SERO PREVALENCE RATES OF
THE ADULT POPULATION
OF LUSAKA, ZAMBIA

1987	0-3%
1988	6-8%
1989	10-12%
1990	22-24%

LA COTE D'IVOIRE

1986: 118 cas déclarés

1992: 3863 cas déclarés

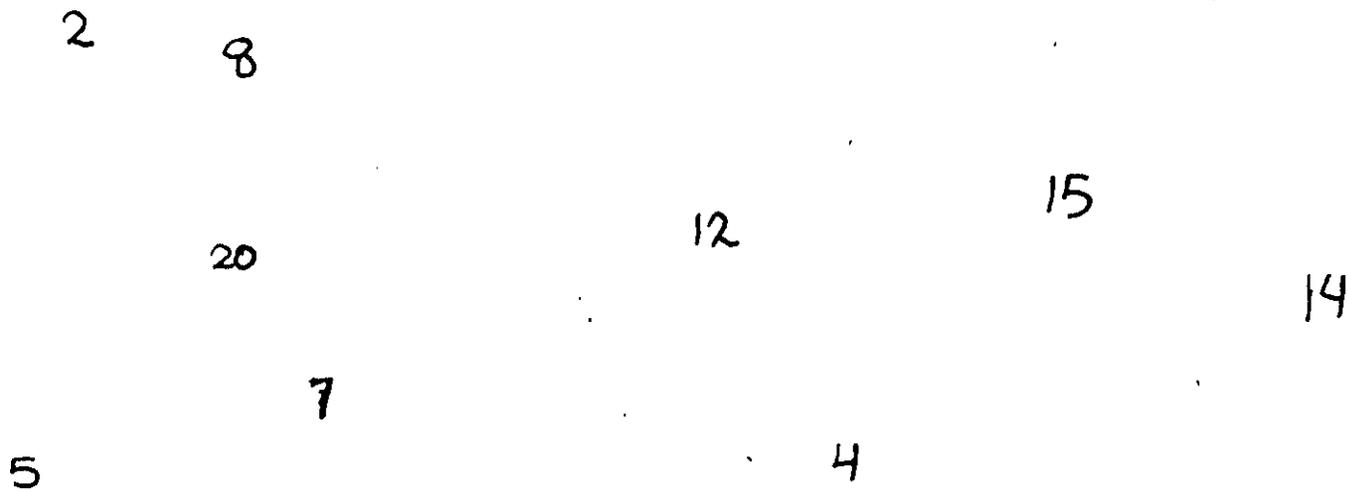
de 1986 à 1992:

Total cumulatif

14655 cas de SIDA

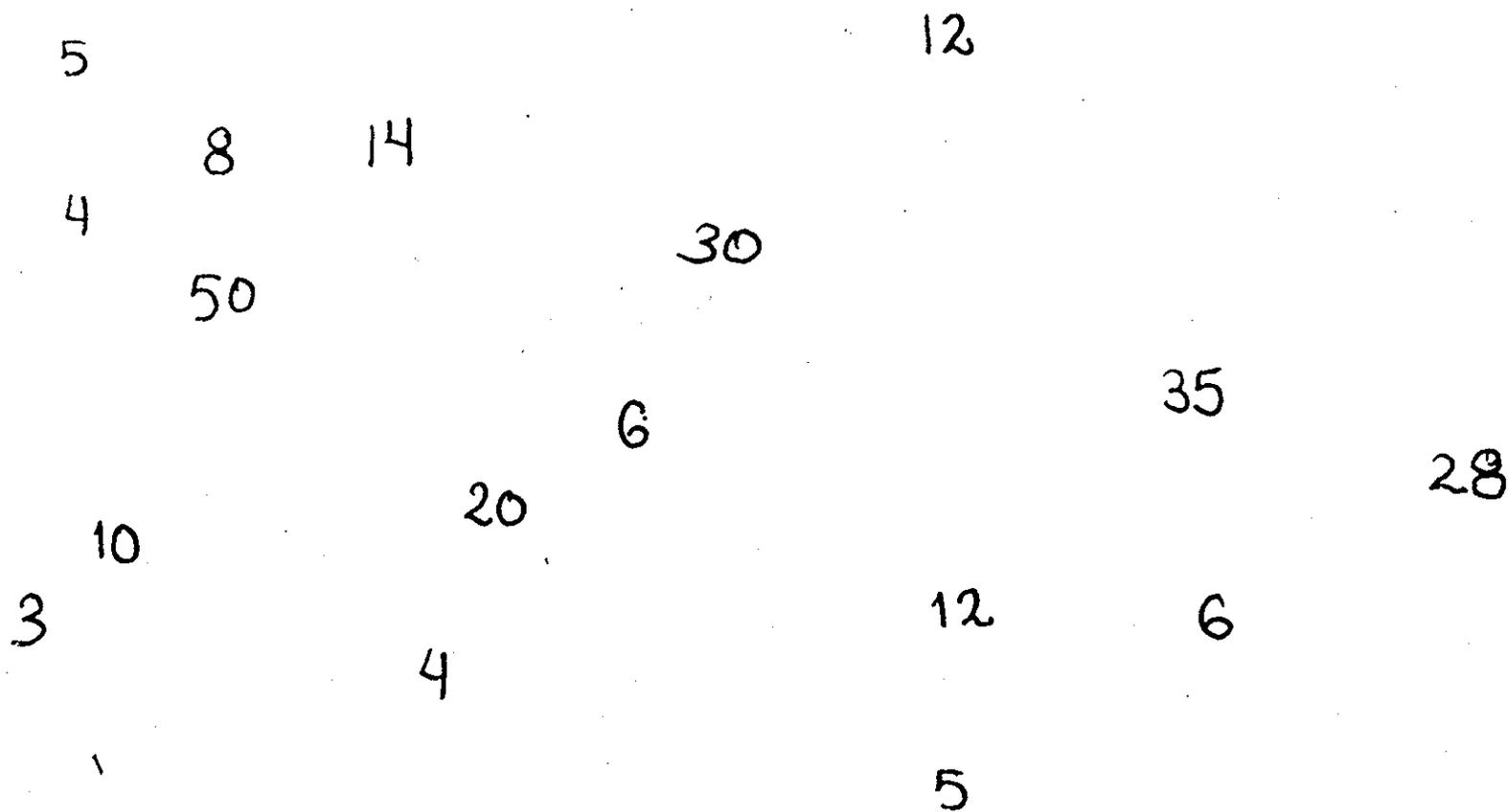
Prévalence de l'HIV
chez les adultes (%)

1987



Prévalence de l'HIV
chez les adultes (%)

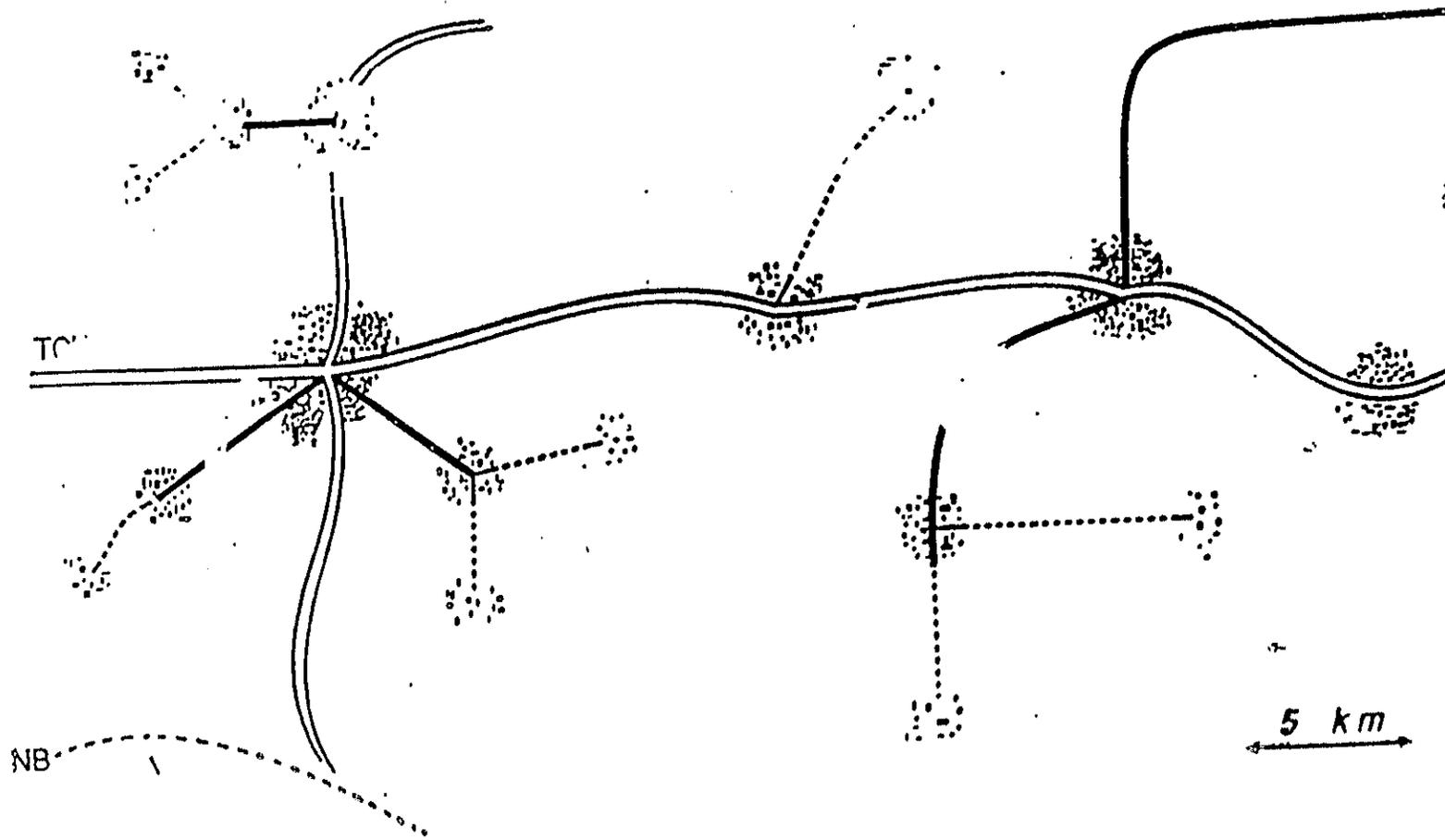
1990



6

ff

Carte d'une Zone Rurale



5

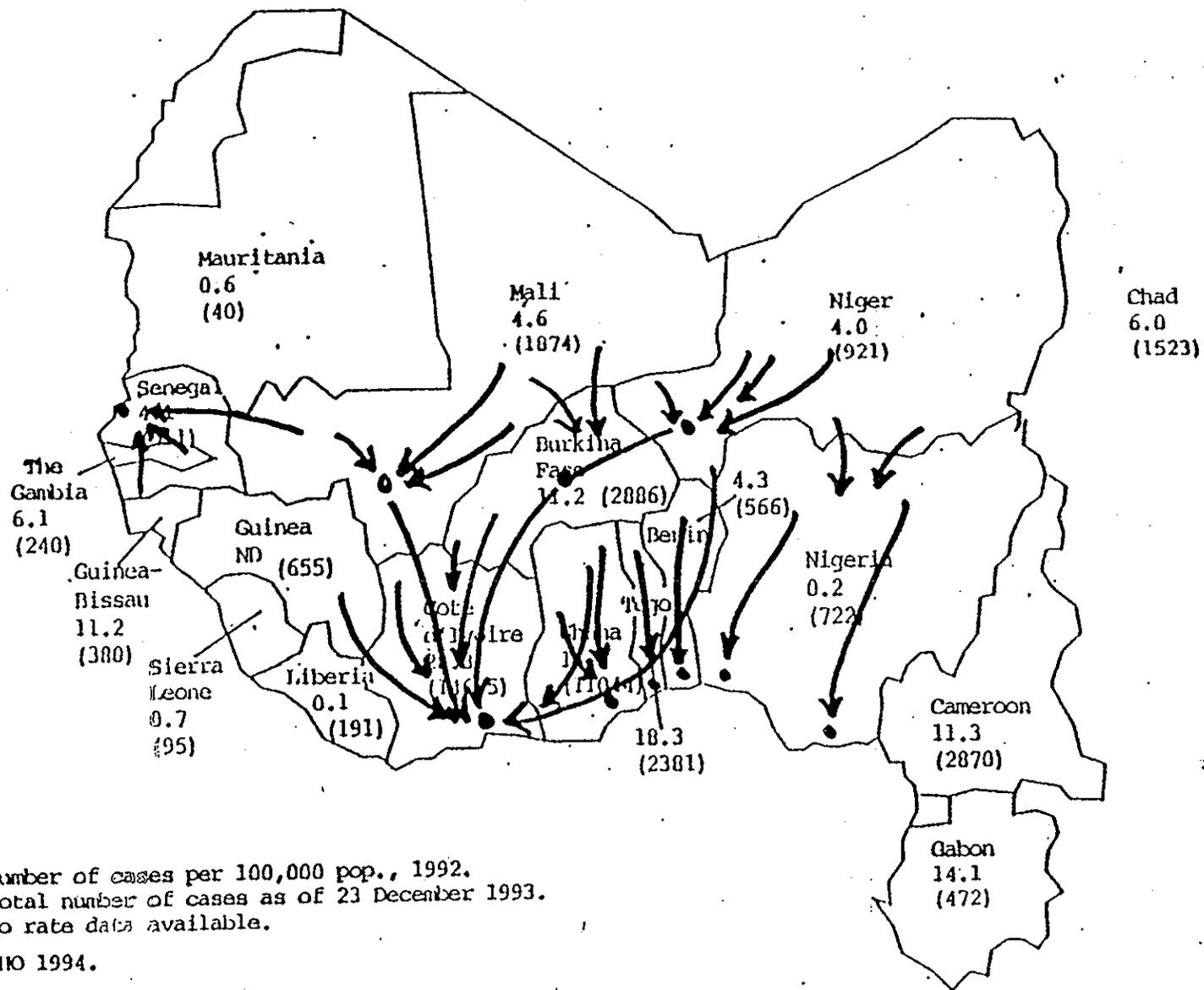
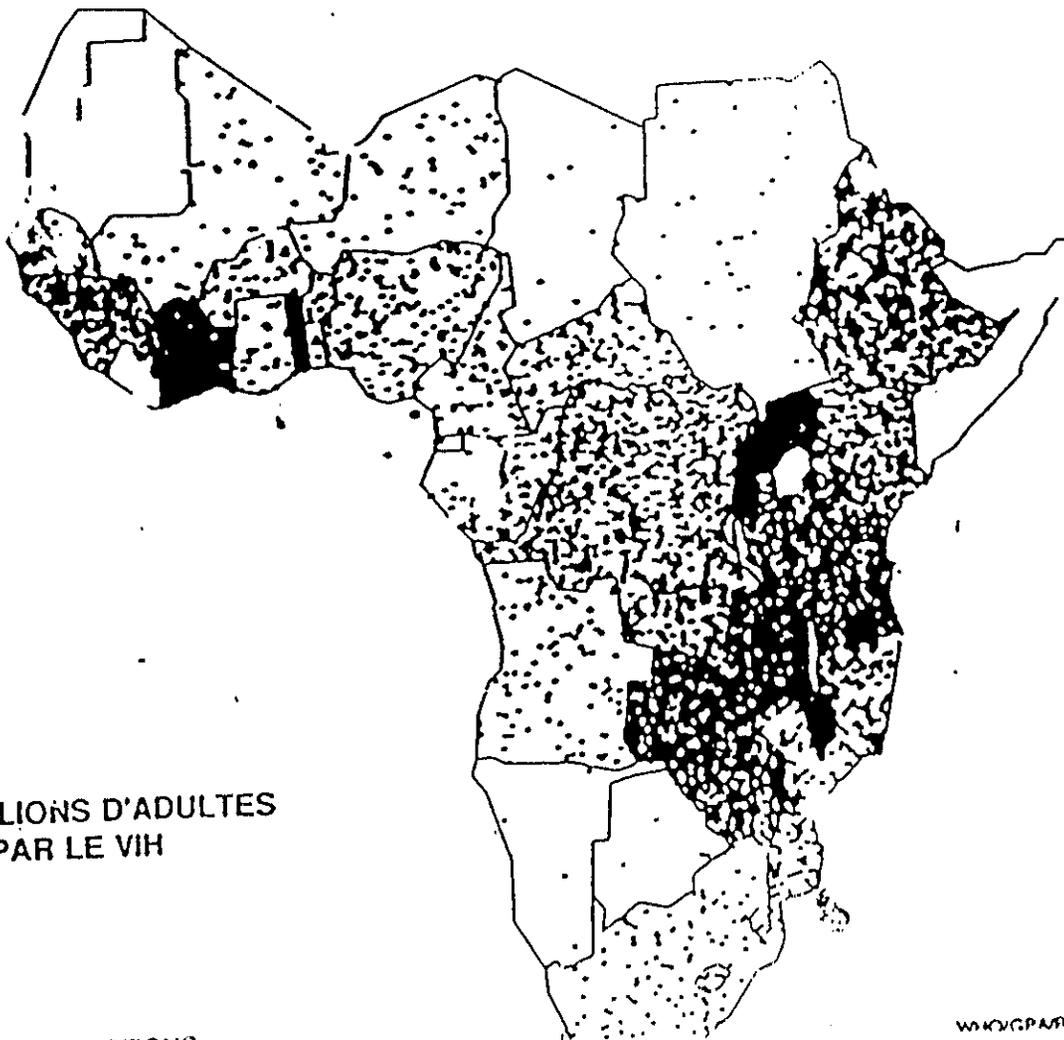


Figure 2. AIDS in West Africa

**TOTAL CUMULATIF ESTIME DES INFECTIONS A VIH
TOUCHANT DES ADULTES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
AU DEBUT DE 1991**

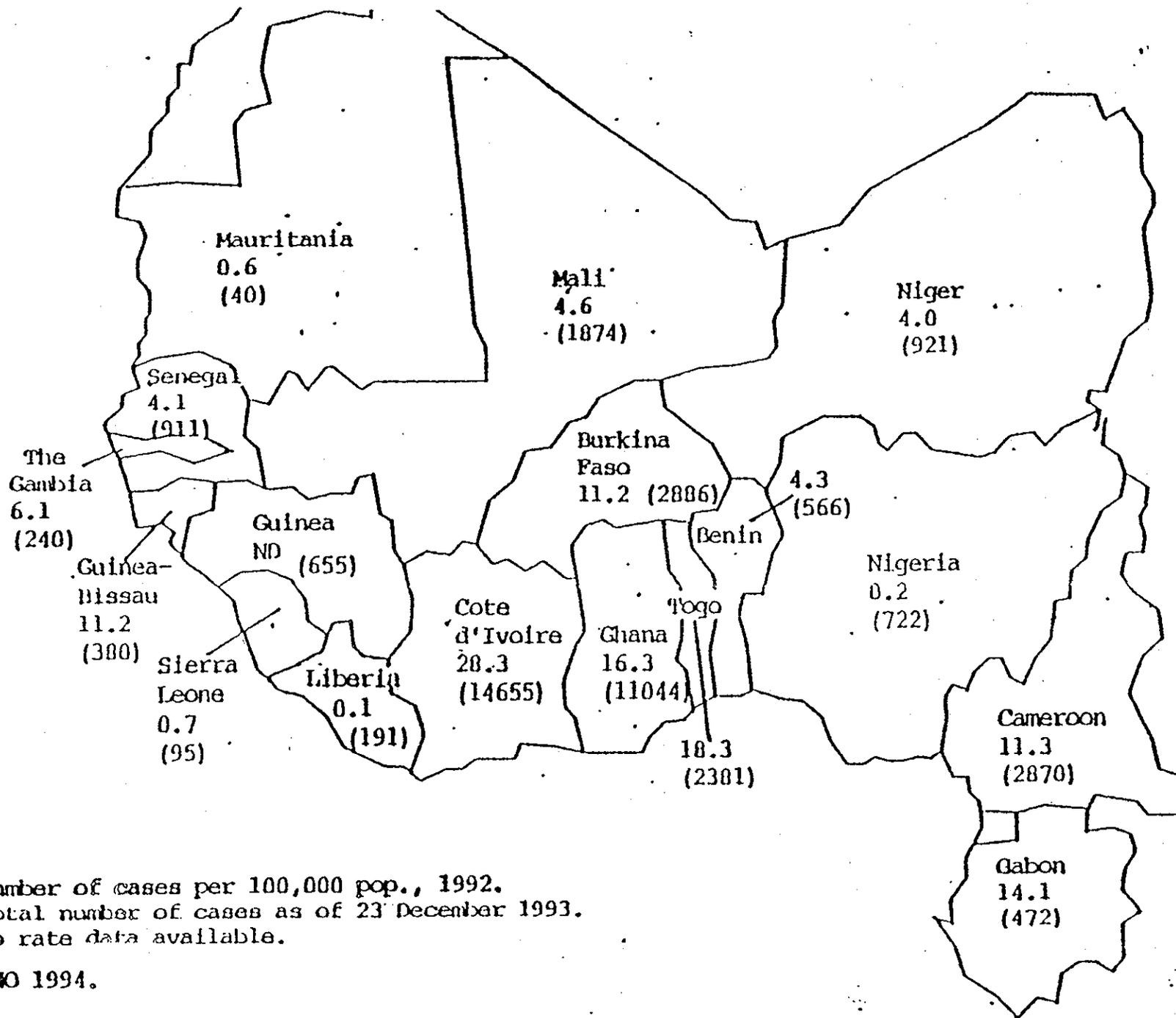


**PLUS DE 5 MILLIONS D'ADULTES
CONTAMINES PAR LE VIH**

1 POINT = 500 INFECTIONS

WIKIPEDIA/CSFI

27



PROJECTIONS MONDIALES AN 2000

25 à 30 MILLIONS D'ADULTES INFECTES

5 à 10 MILLIONS D'ENFANTS INFECTES

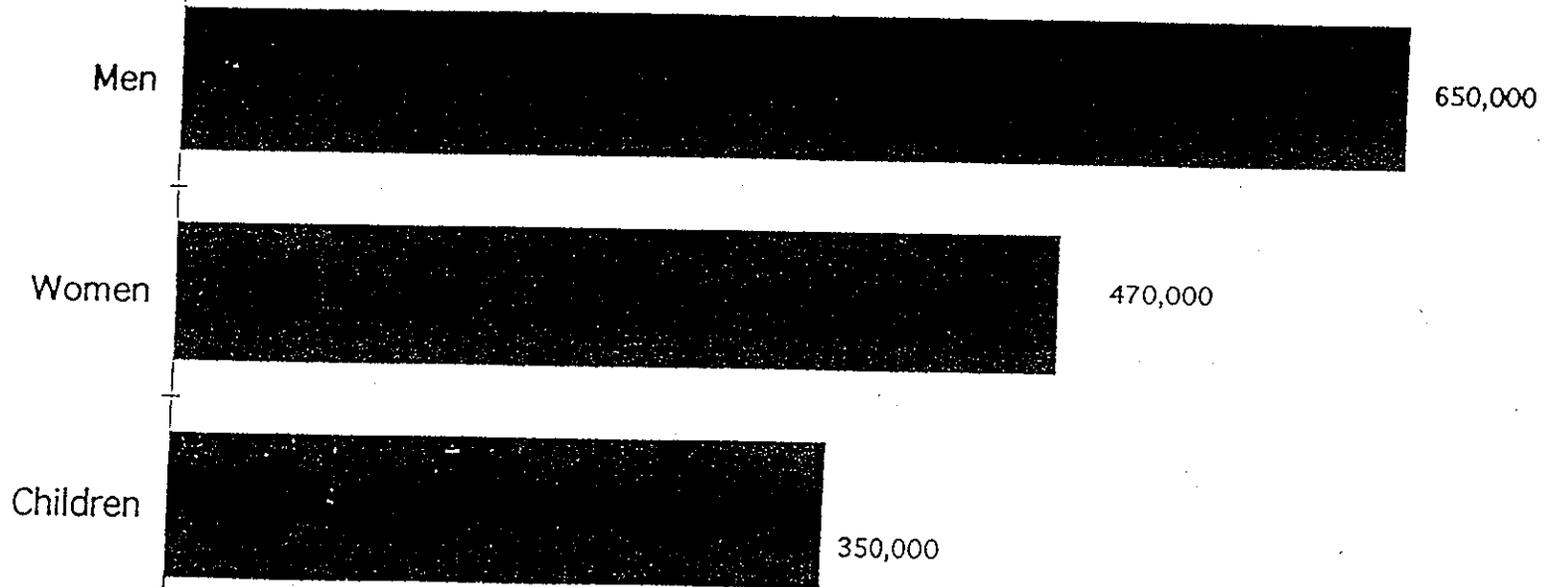
30 à 40 MILLIONS D'HOMMES, FEMMES ET
ENFANTS INFECTES PAR LE VIH
DONT PLUS DE 90% DANS LES PAYS
EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

JUSQU'A 10 MILLIONS DE CAS DE SIDA CHEZ LES
ADULTES

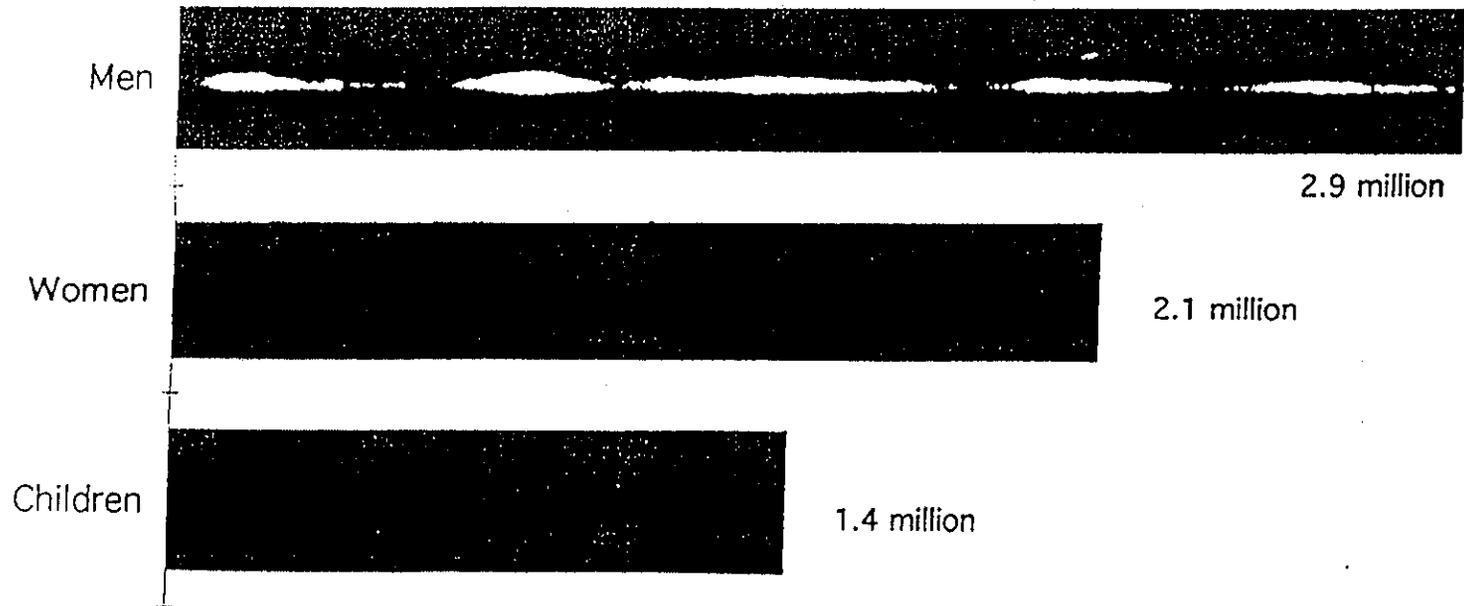
10-15 MILLIONS DE CAS DE SIDA

10-15 MILLIONS D'ENFANTS ORPHELINS AVANT
L'AGE DE 15 ANS DU FAIT DE LA MORTALITE
MATERNELLE PAR LE SIDA

HIV/AIDS deaths in 1996: 1.5 million

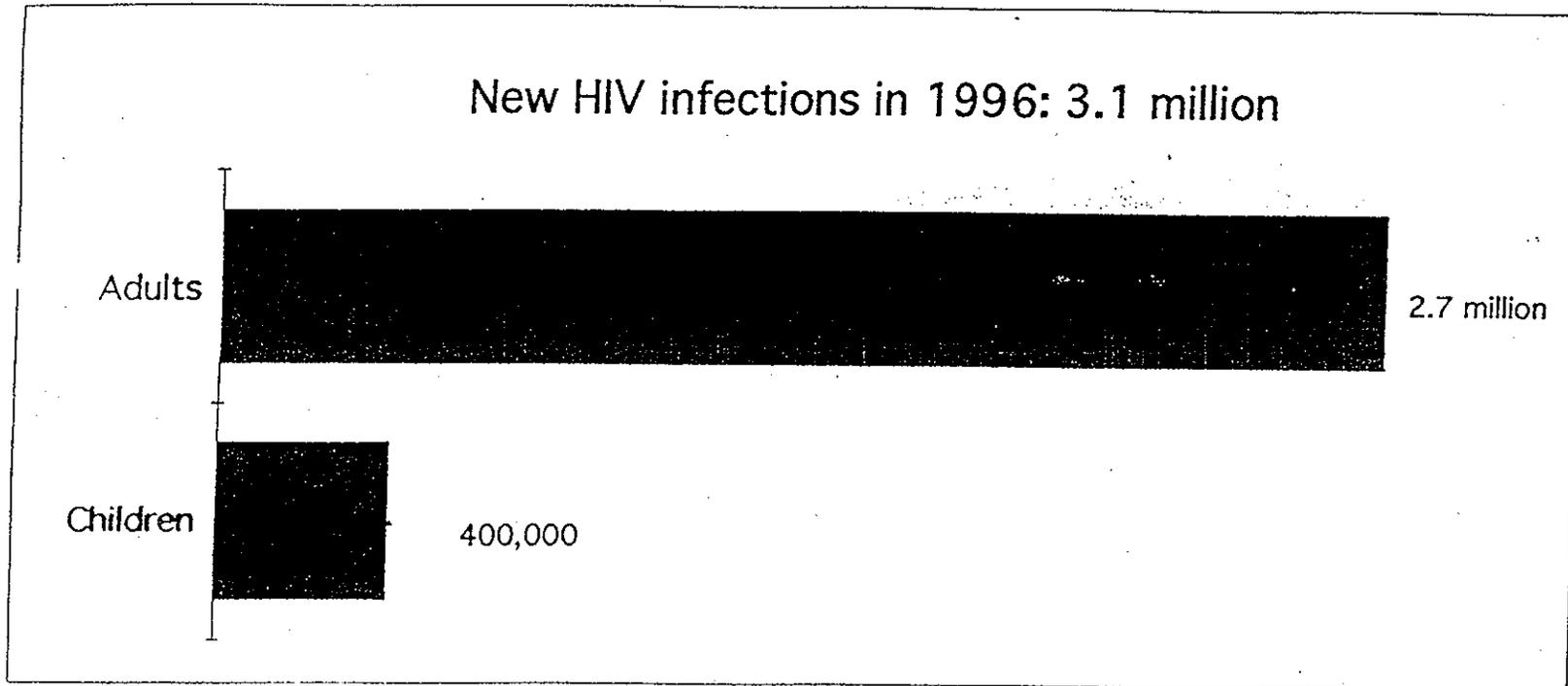


Cumulative HIV/AIDS deaths: 6.4 million

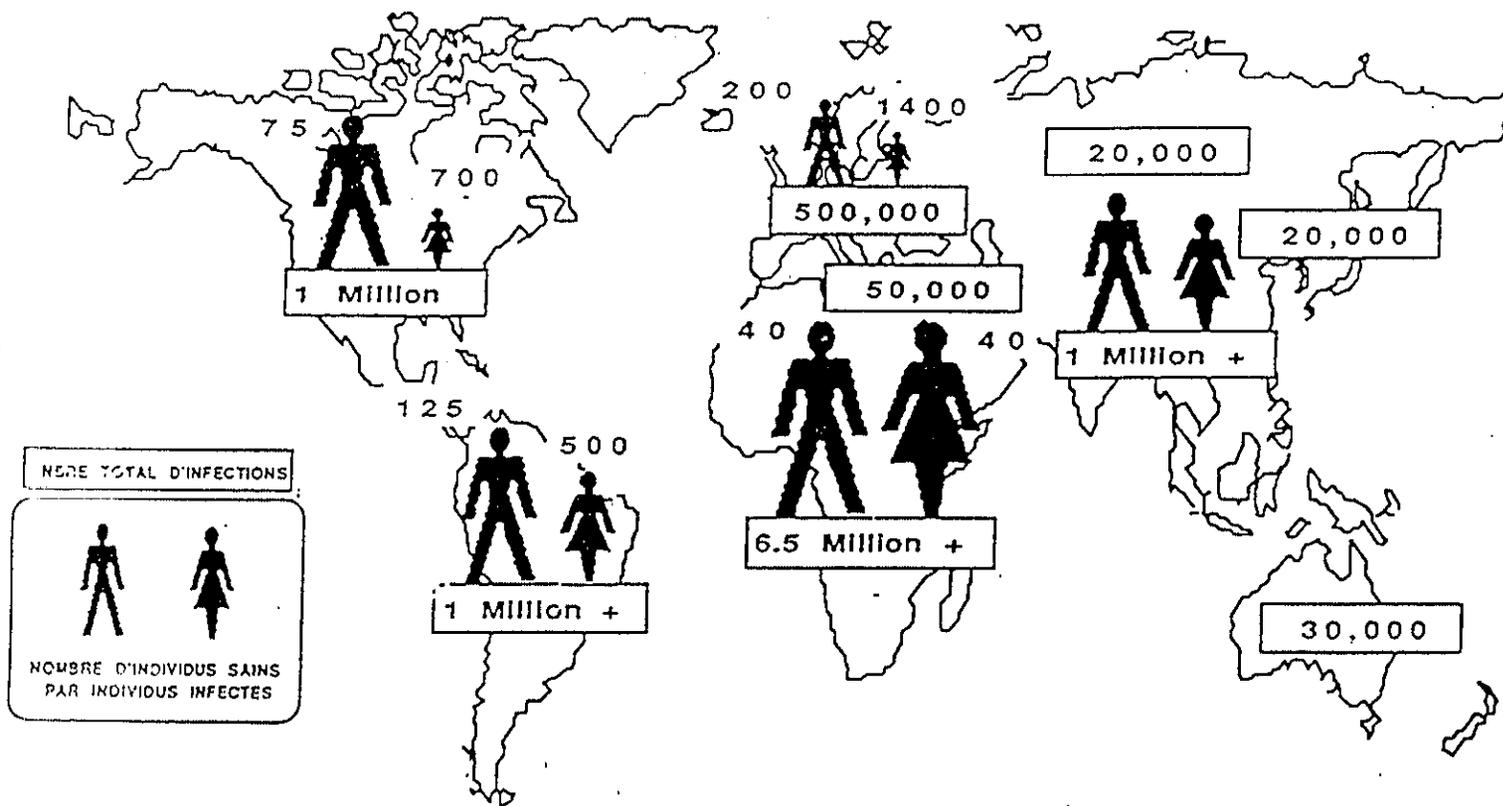


Source: WHO/UNAIDS Nov 1996

51

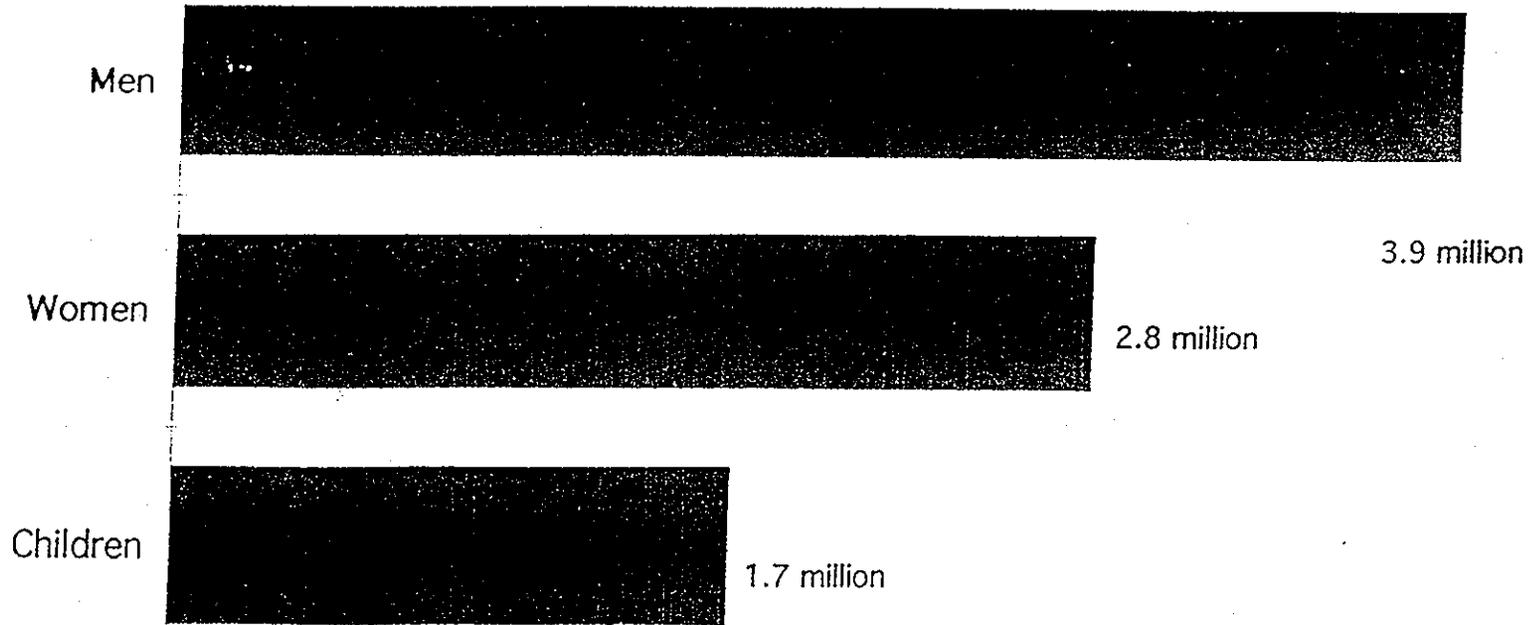


DISTRIBUTION MONDIALE ESTIMEE DE L'INFECTION
A VIH CHEZ LES ADULTES
JANVIER 1992



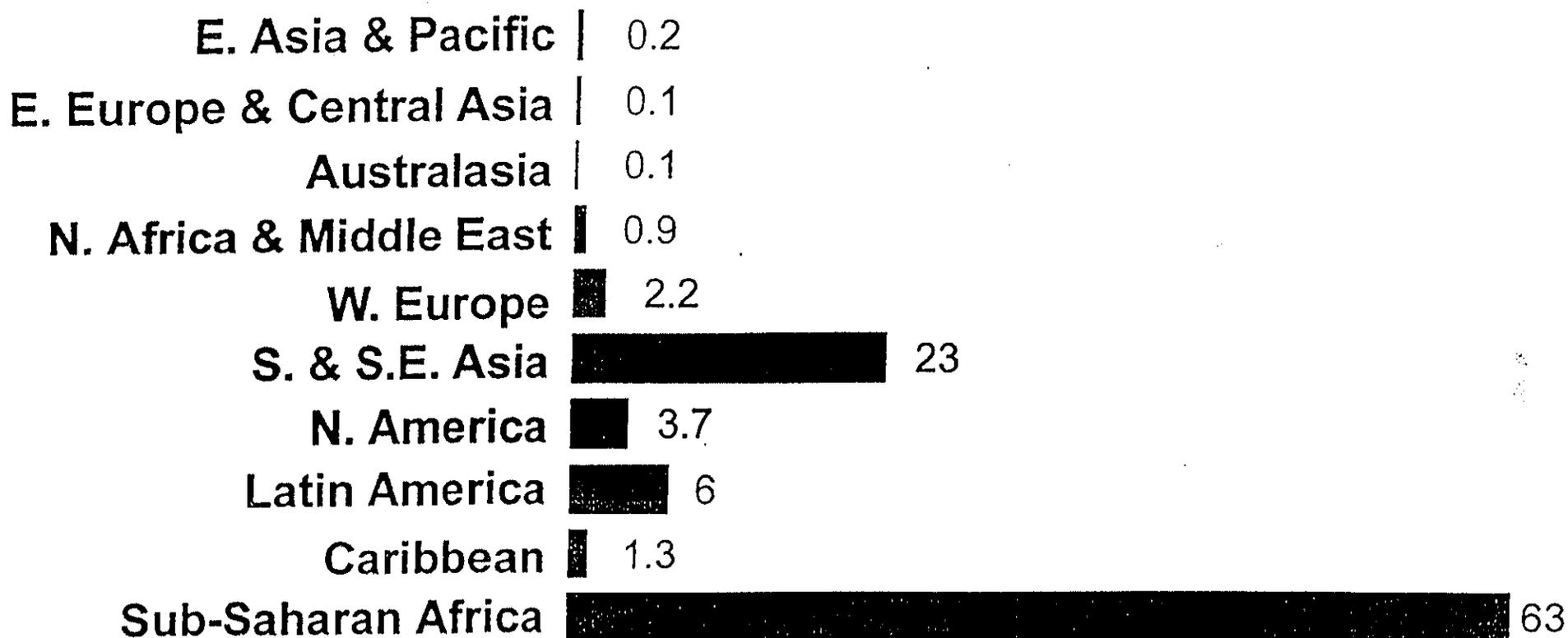
TOTAL MONDIALE - A PEU PRES 10 MILLIONS D'INFECTIONS A VIH
RAPPORT MONDIAL - 250 ADULTES SAINS POUR 1 INDIVIDU INFECTE

Cumulative AIDS cases: 8.4 million



65

Figure 5.
Percentage of total number of
adults living with HIV, by subcontinent, mid 1996
(Global total: 21.8 million)



5

Figure 4.
Adult HIV prevalence rates (%)
by subcontinent, mid 1996

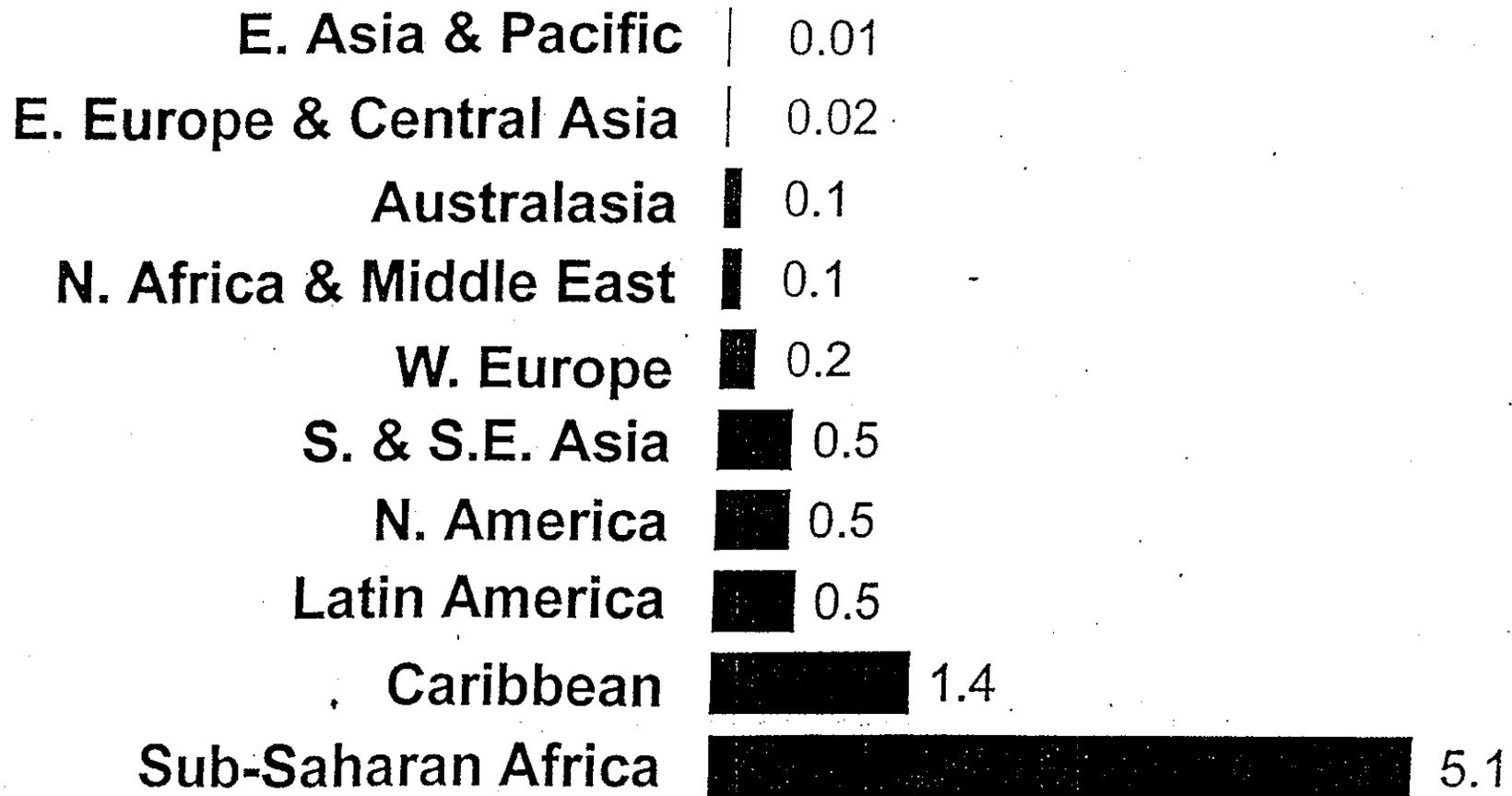
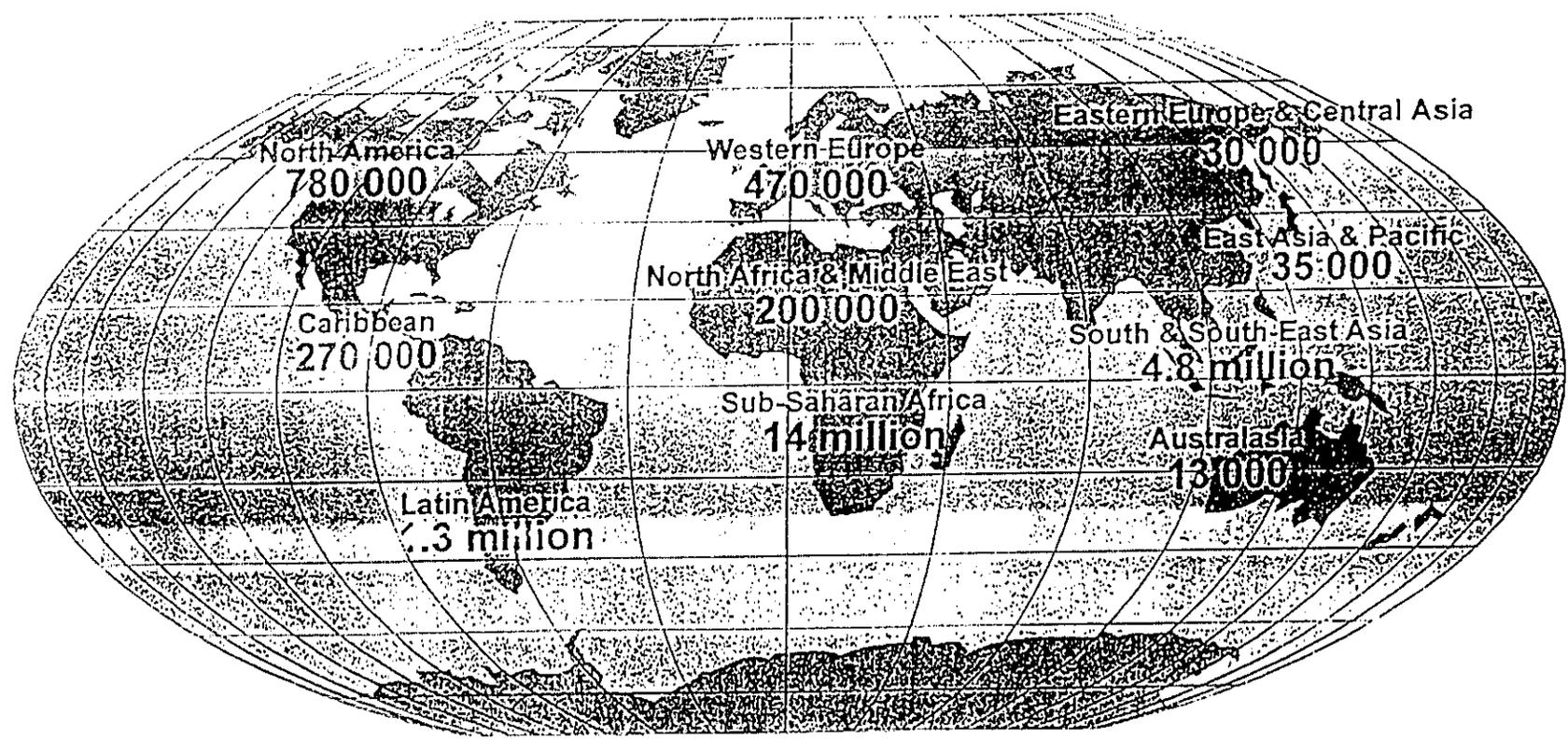


Figure 3
UNAIDS/WHO/UNAIDS/WHO/UNAIDS/WHO

Estimated mid-1996 distribution of adults and children living with HIV/AIDS (global total: 21.8 million*)



*Because of rounding, the figures may not tally.



UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV / AIDS

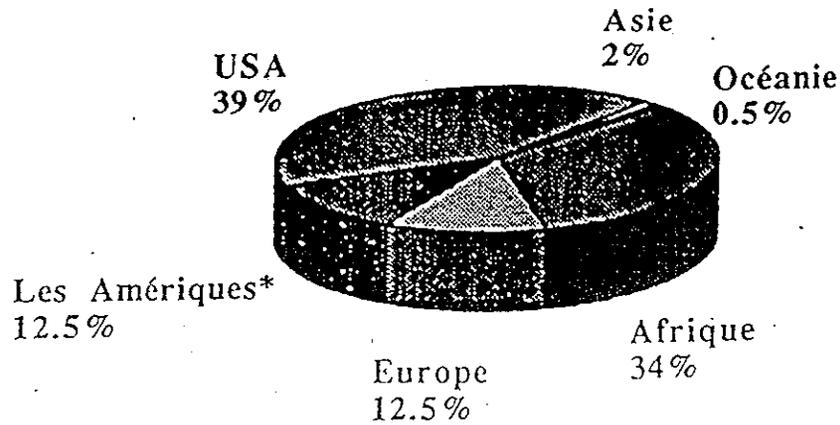
UNAIDS/WHO/UNAIDS/WHO/UNAIDS/WHO 30 June 1996

Figure no. 2

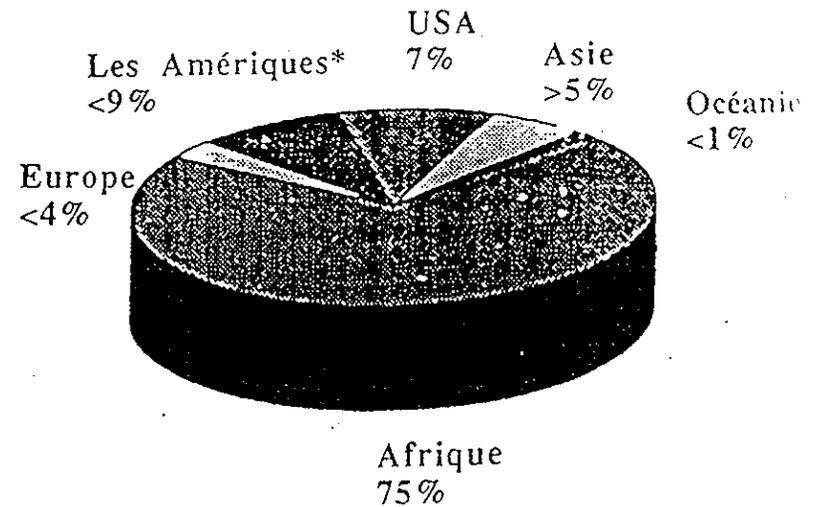
Nombre total de cas de SIDA chez les adultes et les enfants depuis la fin des années 70/début des années 80 jusqu'en fin 1995

Déclarés: 1 291 810

Estimés: 6 000 000



* Sans les USA

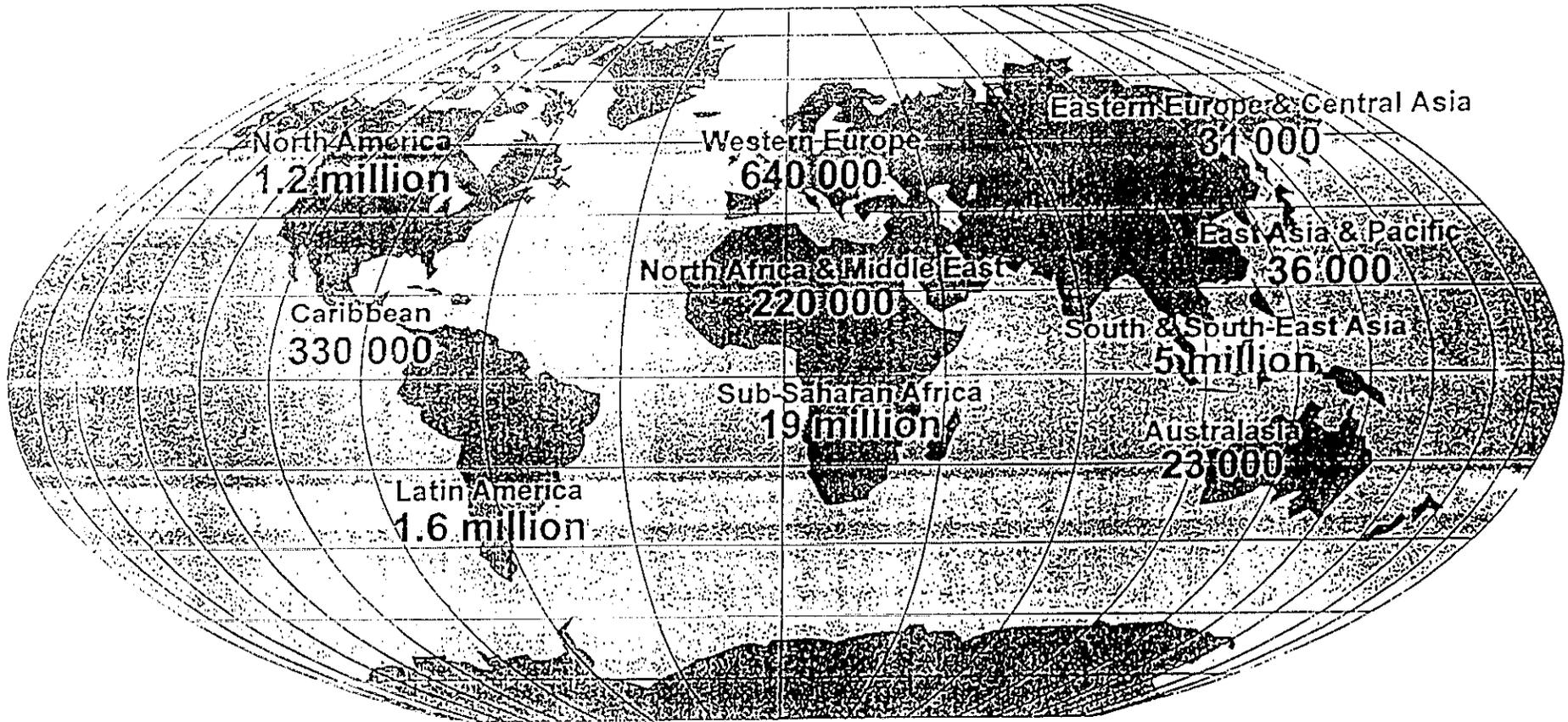


WHO Global Programme on AIDS

BEST AVAILABLE COPY

Figure 2.

Estimated distribution, as of mid 1996,
of adults and children infected with HIV since the late 1970s
(global total: 27.9 million*)



*Because of rounding, the figures may not tally.



UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV / AIDS

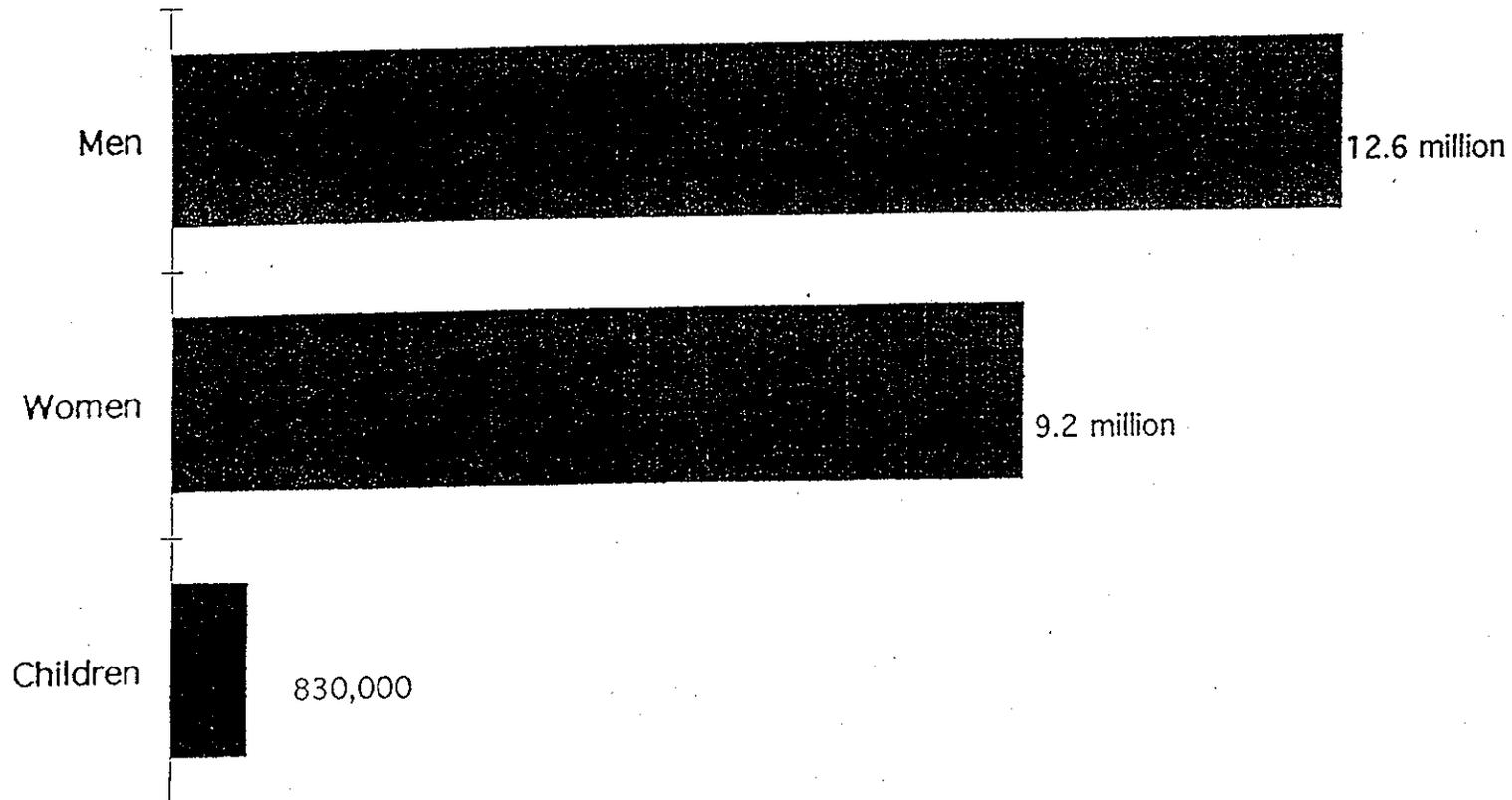
UNAIDS/CDS/SG/96017-1bw 30 June 1996

BEST AVAILABLE COPY

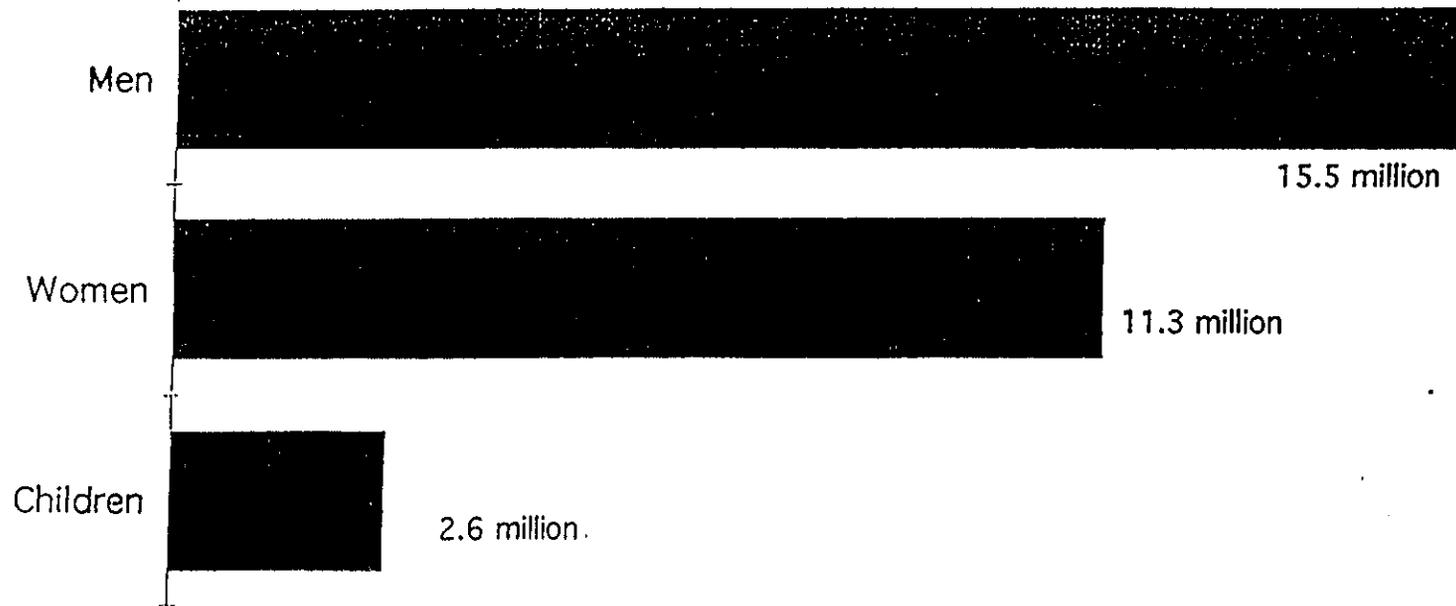
59

UNAIDSCHARTS

People living with HIV/AIDS: 22.6 million

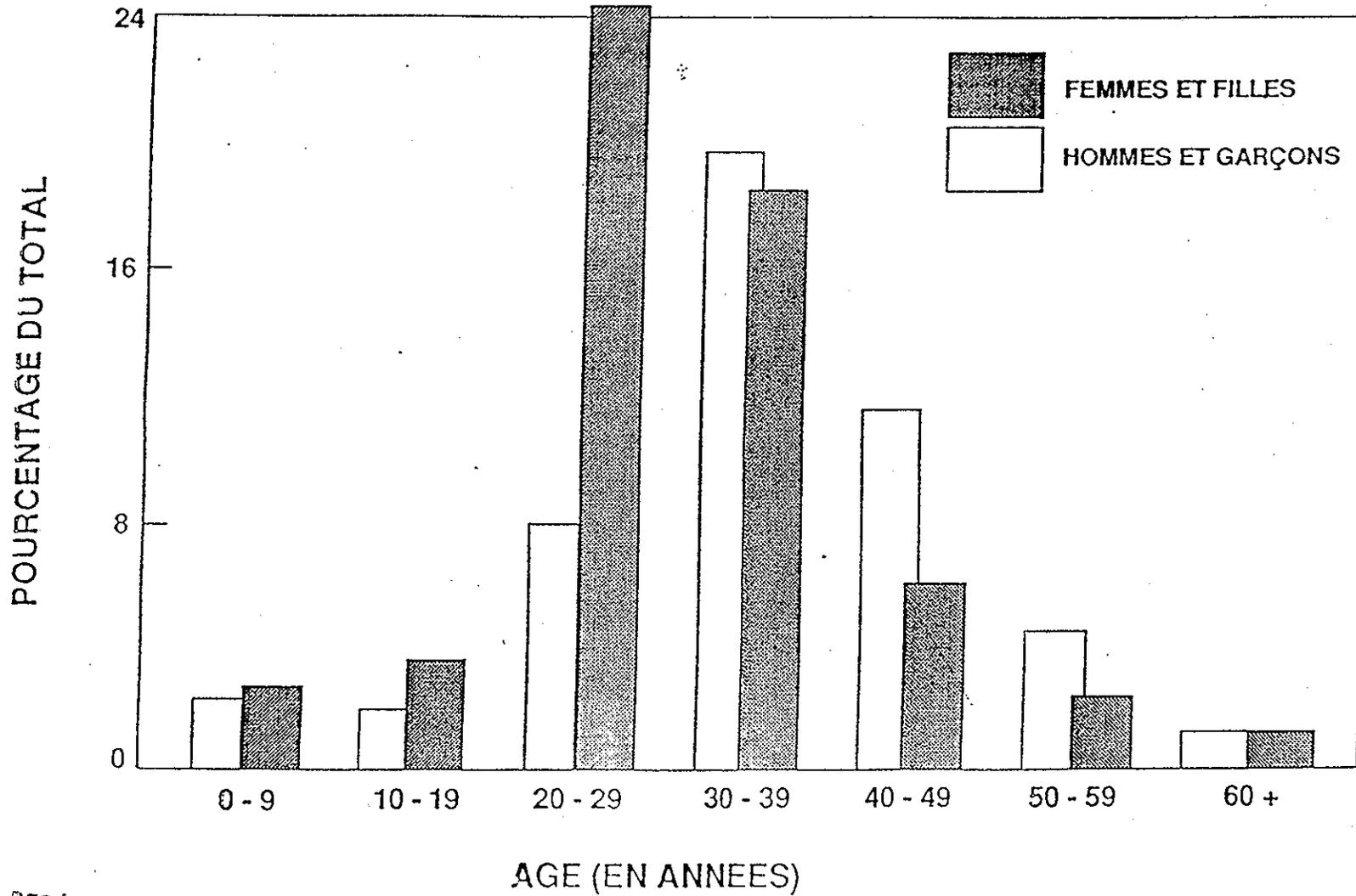


Cumulative (since 1981) HIV infections:
29.4 million



BEST AVAILABLE COPY

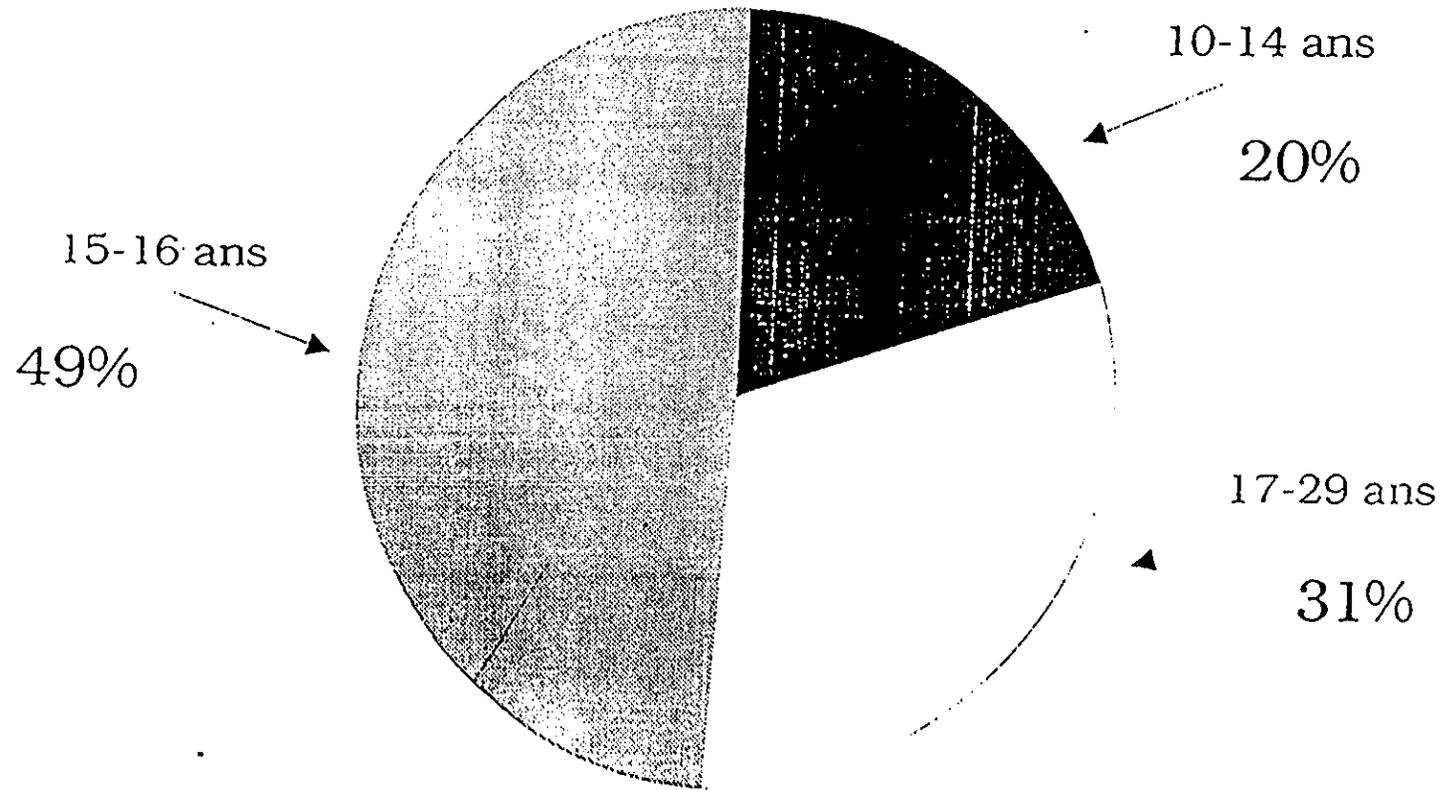
LES 500 PREMIERS CAS DE SIDA DIAGNOSTIQUES A L'HÔPITAL MAMA YEMA DE KINSHASA (ZAIRE) EN 1986



BEST AVAILABLE COPY

62

A LA PREMIERE GROSSESSE 7 FEMMES SUR 10 ONT MOINS DE 17 ANS



Etude sur la mortalité maternelle au Sénégal 1990 - Projet PNUD/OMS Ministère de la Santé

BEST AVAILABLE COPY

63

PRINCIPAUX MODES DE TRANSMISSION DU VIH
SITUATION DANS LE MONDE ET EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

MODE DE TRANSMISSION	EFFICACITE ESTIMEE	% INFECTION DANS LE MONDE	TOTAL AFRIQUE SUBSAHARIENNE
<u>Rapports sexuels</u>	0.1% - 1.0%		
◦ Vaginaux		60%	80%
◦ Anaux		15%	faible
<u>Voie Sanguine</u>			
◦ Transfusion	> 90%	5%	10%
◦ Injection de drogue	0.5% - 1.0%	10%	faible
◦ Autres (ex. tatouage)	< 0.5%	faible	faible
<u>Voie Périnatale</u> (de la mère enceinte à l'enfant)	20% - 40%	10%	10%

64

ESTIMATION DES PERSONNES INFECTEES
DU VIRUS DU SIDA
SELON L'EPIMODEL GPA/OMS
1 9 9 3

	POPULATION	SEROPOSITIFS VIII	CAS DE SIDA	PERSONNES NON-INFECTES
0-14	3 750 805	1 175	680	3 748 950
15-19	815 040	3 436	17	811 950
20-49 "FEM"	1 376 878	29 077	572	1 347 229
20-49 "HOM"	1 202 790	15 860	1 938	1 184 992
50 (+)	767 570	4 494	262	762 814
TOTAL	7 913 090	54 042	3 468	7 855 500
ORPHELINS DE MERE :			4 704	

65

Les conséquences économiques du SIDA

Quelques exemples:

- La mort due au SIDA d'environ 10% des 5.600 employés de la Compagnie Ougandaise des Chemins de Fer durant ces dernières années, et un taux de renouvellement annuel du personnel de 15% .
- Un coût estimé de 8 millions de \$ US (environ 4.000.000.000 F CFA) pour remplacer les camionneurs en Thaïlande qui sont morts du Sida. Près de 4.2% de la population active adulte seraient infectée par le virus qui cause le Sida.
- La perte d'enseignants tanzaniens estimée à 14.460 d'ici à l'an 2010 et à 27.000 d'ici à l'an 2020. Selon la dernière projection, l'épidémie pourrait réduire de 14% le nombre d'inscriptions d'élèves pour l'enseignement primaire par rapport aux mêmes inscriptions si le Sida n'existait pas.
- A Kinshasa-au-Zaire, un coût moyen de \$90 (soit environ 45.000 F CFA) pour chaque traitement hospitalier d'un enfant atteint du Sida. Ce montant est 3 fois supérieur au revenu mensuel d'une famille.
- Dans les pays en voie de développement on compte en moyenne 17 attaques de maladies infectieuses pour un adulte atteint du Sida, et 6,5 attaques pour un enfant, avant la phase terminale. Le coût du traitement de ces maladies infectieuses épuise souvent le revenu des ménages.
- Un accroissement prévu dans le nombre d'enfants qui quittent l'école à la recherche d'un emploi suite à la mort d'adultes soutiens de famille. L'épidémie pourrait soit transformer l'agriculture commerciale en agriculture de subsistance dans certains pays ou faire substituer les travaux agricoles très intensifs par ceux moins intensifs, ce qui donne souvent, une production agricole moins nutritive.

Traduction d'un article tiré du Washington Post
(The Seattle Times World November, 1994)

Appendix 6. Waves of consequences of HIV/AIDS

FIGURE 1

Les vagues de conséquences de l'Epidemie à VIH

EPICENTRE	1ERE VAGUE	2EME VAGUE	3EME VAGUE	4EME VAGUE
PROPAGATION DU VIRUS	TRAUMATISME MALADIE ET MORT	SURVIVANTS	IMPACT SOCIAL ET ECONOMIQUE	IMPACT POTENTIEL A LONG TERME
----->	----->	----->	----->	----->
Description				
Propagation discrète, mais nombre croissant de personnes devenant infectés	Traumatisme psychologique Apparition d'infections opportunistes à VIH, nombre croissant de malades et de morts.	Chagrin et deuil, Enfants, vieillards et autres personnes abandonnées sans soutien.	Epuisement de la force de travail, impact négatif sur les secteurs productifs et sociaux, diminution des revenus, pertes de la force militaire.	Possibilité de troubles sociaux et politiques, indigence, désintégration sociale et économique.
----->	----->	----->	----->	----->
Facteurs déterminants				
Inégalités de : richesse pouvoir autonomie. Normes sexuelles et valeurs communautaires Etat de la région génitale. Attitudes envers les hommes Mobilité. Environnement éthique et légal.	Ampleur de la propagation Attitudes envers les personnes affectées. Environnement éthique et légal.	Diffusion en grappes de l'infection dans les familles et les communautés. Gradients de dépendance. Attitudes envers les survivants. Environnement éthique et légal.	Morbidité chez les adultes productifs Distribution en grappes selon la profession et la géographie. Différenciation des rôles selon le genre sexuel. Structure du marché de travail et de l'économie.	Efficacité et type des premiers programmes et politiques d'action. Distribution en grappes selon la profession et la géographie. Gradients de dépendance.

Appendix 6

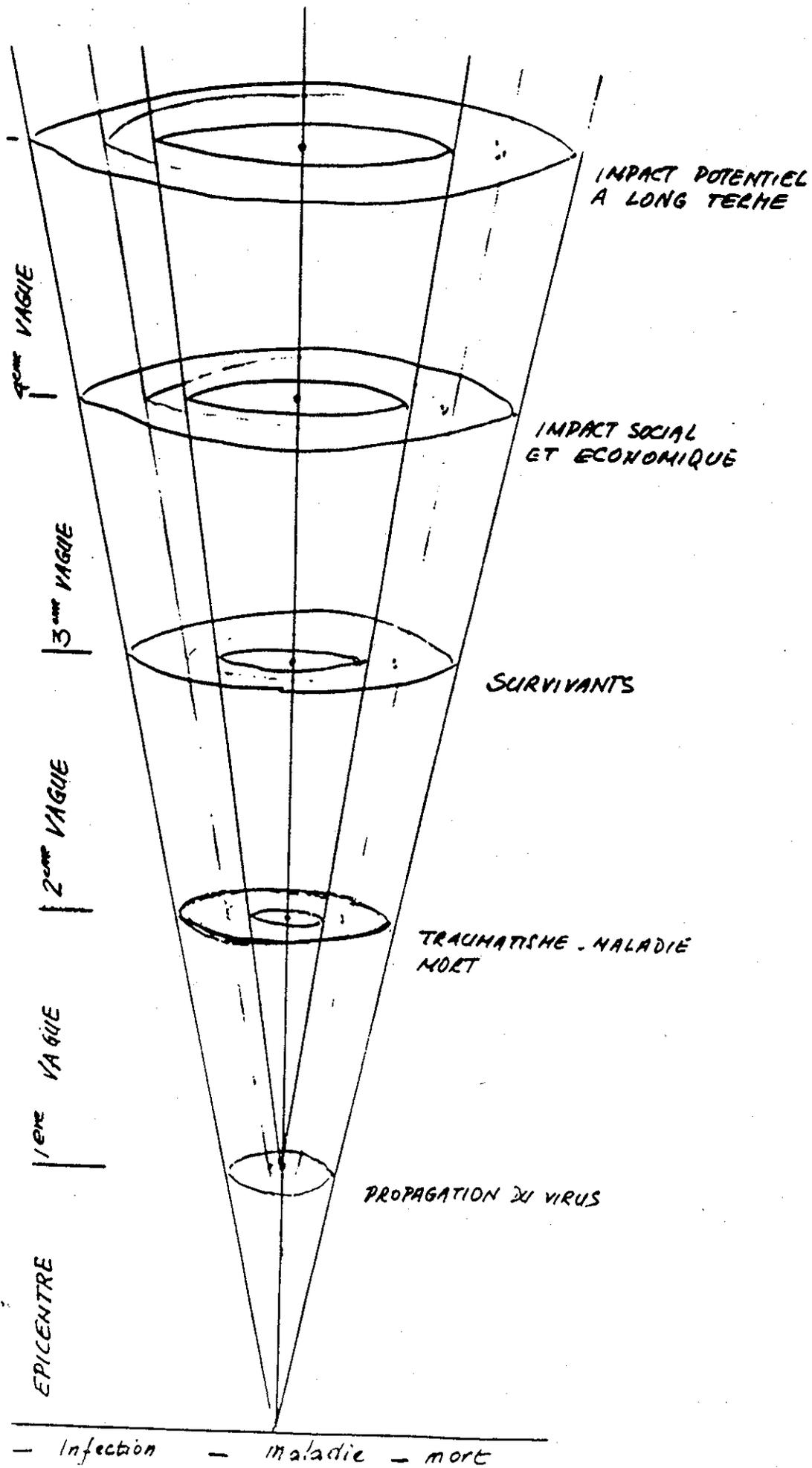
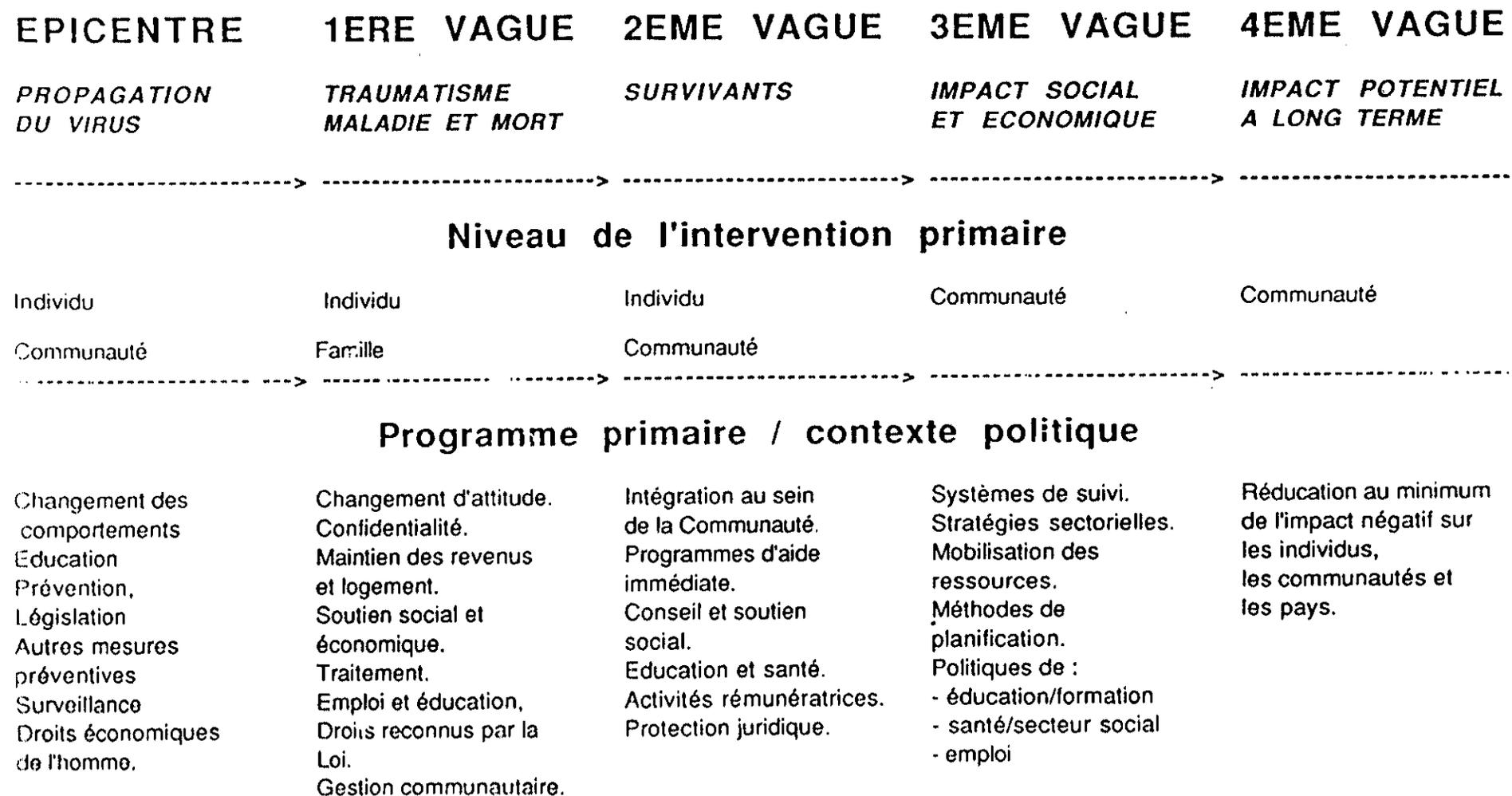


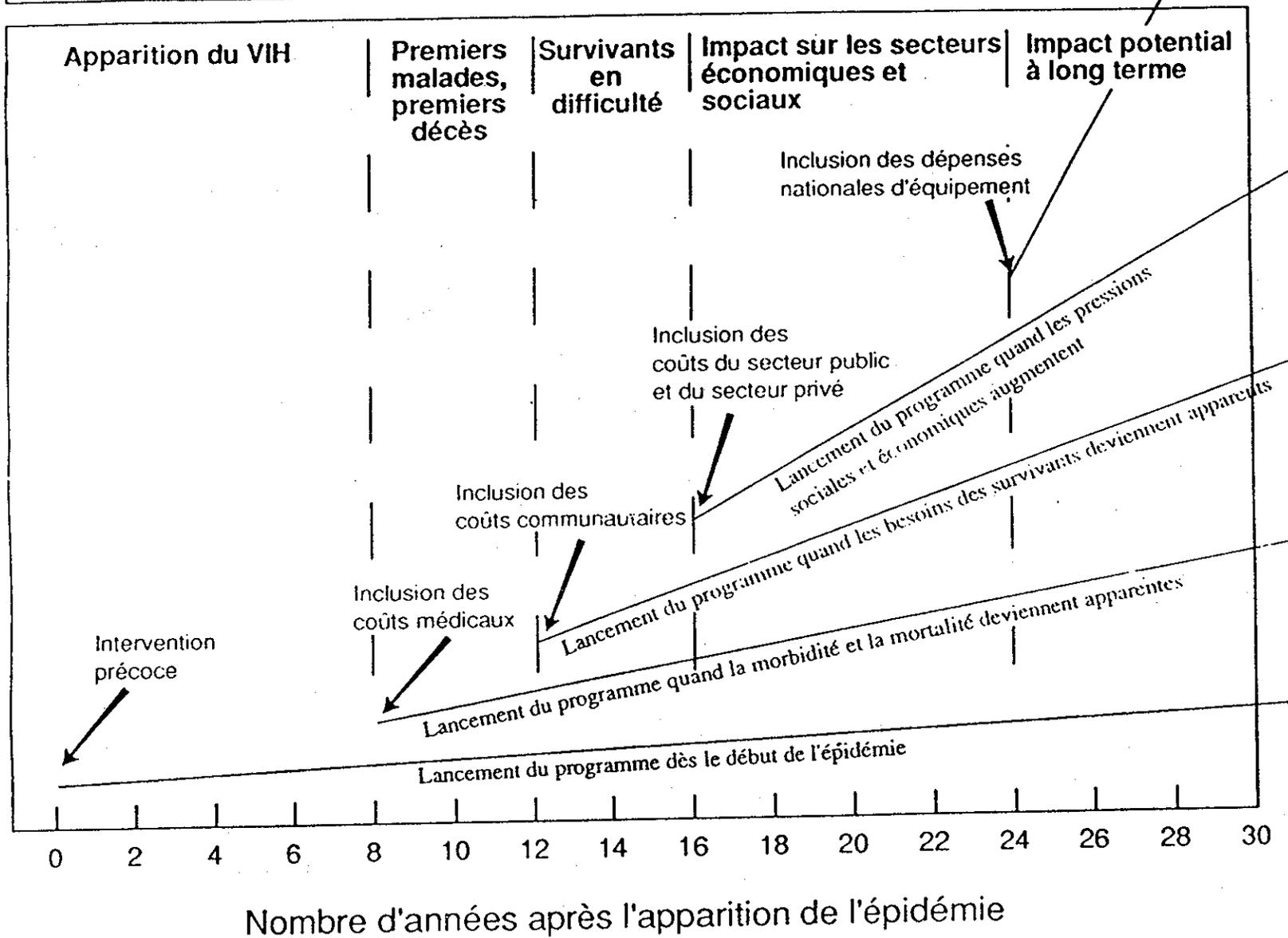
FIGURE 3

Programmation de la réponse à l'Epidémie et ses conséquences



↙

COÛT RELATIF DU LANCEMENT D'UN PROGRAMME EFFICACE DE LUTTE CONTRE LE VIH



Plans d'Action Individuel et Familial

Contexte

L'existence du virus parmi nous a des implications pour ceux qui ont une vie sexuelle active. Chaque personne doit décider comment elle va se protéger de l'infection. Nous sommes également concernés par le bien être des autres, et plus particulièrement ceux qui nous sont proches.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants auront :

- * développé un plan d'action individuel afin de se protéger de l'infection ou de la réinfection;
- * une meilleure compréhension de l'efficacité de certains moyens de protection contre la transmission par voie sexuelle, ainsi que des facilités et contraintes qui leur sont propres;
- * développé un plan d'action pour leur famille et leurs amis les plus proches;
- * une meilleure compréhension des approches susceptibles d'aider les autres à se protéger eux-mêmes.

Le Cycle de la Vie

- infirmité (divorce...)

De mission de parents
Début de

Naissance---(...)-->l'activité--->/ /--->Infection-----(...)---->Maladie----(...)---->Mort----->Survivants

- gavage médicamenteux sexuelle
- précoce physique - aphrodisiaques Intra-utérin

FACTEURS QUI CONTRIBUENT AUX RAPPORTS SEXUELS PRECOSES	FACTEURS QUI FACILITENT L'INFECTION	FACTEURS QUI ACCELERENT LA PROGRESSION DE L'INFECTION A LA MALADIE	FACTEURS QUI ACCELERENT LA PROGRESSION DE LA MALADIE A LA MORT	FACTEURS QUI NUISENT AU BIENETRE SOCIO-ECONOMIQUE ET LEGAL DES SURVIVANTS
<ul style="list-style-type: none"> - pauvreté, nécessité - mariage forcé et précoce - ignorance - curiosité - manque d'information - promiscuité - Absence de communication et Education sexuelle au niveau famille et à l'école - Ecole de la rue - Influence de médias - pédophilie - matérialisme des parents + jeunes - viols, incestes - travail dans la rue - de jeunes filles - proxénétisme - influence des pairs - pulsions sexuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport violent - rapport anal - Rapport non protégé - multi partenariat - Alcool drogue - MST (ignorance mauvais traitements) - Transfusion Sang - Scarification - Excision - circoncision - non circoncision - rapport précoce (Jeune fille et immaturité biologique) - partage de seringues (drogue etc...) - Levirat et autres pratiques traditionnelles - polygamie - Accès limité de préservatifs et de tests. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress, fatigue • Surmenage • absence de suivi • manque de soins • usages de cutanés (Cigarettes, colas, café noir) • alcool • mauvaise alimentation (équilibre et quantité) • Ignorance de son statut serologique • Repu sur soi • surinfection • reinfection • Grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatalisme • Rejet • Demission • découragement • coût des médicaments • non accès aux soins (maladies opportunistes) • manque d'offre de solidarité familiale, abandon des malades • manque de formation professionnelle des personnel médicaux • manque de structures adaptées • MST 	<ul style="list-style-type: none"> • Rejet social • manque de la solidarité communautaire. • fragilité économique • perte de la personne qui soutenait famille • Insuffisance de services de protection sociale • manque de protection légale • Reinsertion • parents rapaces • exploitation des enfants • fragilité psychologique

• Witte Yexode

- Solidarisme élanuy
- Familial
- Nalissance - (...) →
- Lolins Habitat
- litta / prehaque tradishonnelles

Le Cycle de la Vie

• Accelar mise en oeuvre des strategies (lourdeur administr) → Mort → Survivants

Debut de l'infection sexuelle

Infection

(...) → Maladie

(...) → Mort

→ Survivants

• Faire entendre la voix de PVH
• Depuis institutionnel

<p>• RETARDER LE POINT DE RAPPORT SEXUEL</p> <p>• Education par pairs</p>	<p>• PREVENIR L'INFECTION</p> <p>• Contribuer à l'ÉOC - sentir l'ischon entre pratiques traditionnelles</p>	<p>• RETARDER LA MALADIE AUSSI LONGTEMPS QUE POSSIBLE</p> <p>• implication des personnes de 3ème age</p>	<p>• RETARDER LA MORT AUSSI LONGTEMPS QUE POSSIBLE</p>	<p>• ASSURER LE BIEN-ÊTRE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET LEGAL DES SURVIVANTS</p>
<p>Responsabilité parentale</p> <p>Legiférer et sensibiliser</p> <p>Strategies d'information ciblées et décentralisées</p> <p>Educacion formelle et non formelle</p> <p>Developper EVF</p> <p>Sensibiliser la parenté</p> <p>Contre d'information et écoute pour jeunes (projection de films et autres)</p> <p>Contrôle sur l'importation des films et revues sur tous supports</p> <p>Developper des activités pérennes de revues</p> <p>Service d'encadrement et de protection sociale des jeunes travailleurs</p>	<p>• Info grand public et surtout des jeunes et urbain</p> <p>• implication des leaders d'opinion, éducateurs familiaux</p> <p>• Sensibilisation: impli cation des jeunes, personnes vivant avec le VIH, les pairs, les familles</p> <p>• Promouvoir educacion sexuelle (MST)</p> <p>- Accual: le personnel de formations sanitaires encourager élaboration de programmes de prise en charge de MST</p> <p>- Sensibiliser la decision sur la necessite de renforcer la securite transjuronnela</p>	<p>• renforcement de l'IEC dans la lutte contre le SIDA</p> <p>• prise en charge psychologique de la personne infectée: création de centres appropriés avec médicaments subvencionnés</p> <p>• réhabilitation des valeurs familiales</p> <p>• Alimentation équilibrée et hygiène de vie (avec l'aide de l'entourage)</p> <p>• demystifier le dépistage (rendre accessible, demystifier)</p> <p>• réhabiliter le préservatif.</p> <p>• renforcement de l'accès aux préservatifs</p> <p>• DBE: (urbain et rural)</p> <p>• renforcement de programmes de PF (accessibilité géographique, économique)</p> <p>• formato du corps médical avec accent particulier sur le counselling</p> <p>• renforcement de la lutte contre les MST (multiplication de labos diagnostiques)</p> <p>• créate de réseaux de solidarité entre associations de PVH dans les pays</p> <p>• implicato des médias dans l'éducato du public et des personnes vivant avec le VIH</p>	<p>• création de centres appropriés avec médicaments subvencionnés</p> <p>• réhabilitation des valeurs familiales</p> <p>• Alimentation équilibrée et hygiène de vie (avec l'aide de l'entourage)</p> <p>• demystifier le dépistage (rendre accessible, demystifier)</p> <p>• réhabiliter le préservatif.</p> <p>• renforcement de l'accès aux préservatifs</p> <p>• DBE: (urbain et rural)</p> <p>• renforcement de programmes de PF (accessibilité géographique, économique)</p> <p>• formato du corps médical avec accent particulier sur le counselling</p> <p>• renforcement de la lutte contre les MST (multiplication de labos diagnostiques)</p> <p>• créate de réseaux de solidarité entre associations de PVH dans les pays</p> <p>• implicato des médias dans l'éducato du public et des personnes vivant avec le VIH</p>	<p>• Solidarité inter-survivants</p> <p>• solidarité familiale et de la communauté (entourage)</p> <p>• prise en charge par l'état et organismes humanitaires + communauté</p> <p>• campagne de sensibilisation sur la nécessité d'implication collective</p> <p>• combattre les préjugés, mythes</p> <p>• prendre des dispositions légales pour venir en aide aux survivants</p> <p>• prendre des dispositions spéciales pour la protection des enfants sur le plan héritage</p> <p>• assurer l'intégration socio-culturelle des enfants en veillant à adapter par les familles</p> <p>• mettre en confiance les survivants et leur montrer leur capacité à s'assurer</p>

à partir des acquis

Le Centre de l'Analyse

Contexte

L'impact de l'épidémie est extrêmement complexe. Il est à prévoir à de nombreux niveaux : (individus, familles, communautés, organisations, entreprises, nations et échelon international). Il peut prendre des formes très diverses, aux plans psychologique, culturel, social, juridique, stratégique, moral, écologique, politique et économique. Ces différents aspects vont constituer l'impact global de l'épidémie, que l'on ne saurait systématiser de façon simpliste.

Objectifs

Les objectifs de cette session sont de permettre aux participants

- d'étudier les chaînes causales des effets de l'épidémie afin de mieux comprendre l'impact potentiel de l'épidémie sur le développement au niveau communautaire et au niveau national;
- d'acquérir les compétences nécessaires en planification de stratégies, pour réduire au minimum l'impact à venir de l'épidémie;
- d'identifier l'importance des besoins en planification.

CENTRE DE L'ANALYSE
SCENARIO: LA FILLE DE 15 ANS

Imaginons une fille de 15 ans. Elle a dû quitter l'école pour soigner son père. Celui-ci est en train de mourir du SIDA. Elle a déjà perdu un frère en bas âge.

Elle sait que son père a eu de nombreuses partenaires, et que c'est ainsi qu'il a été contaminé. Il a infecté sa mère qui est maintenant toujours fatiguée et souvent malade. Ils l'ont su lorsque son frère, malade depuis la naissance, a fait l'objet d'un diagnostic révélant le SIDA.

Son père souffre de diarrhées chroniques. Elle doit nuit et jour le nettoyer, changer et laver son linge et il y a cette odeur écoeurante. Elle n'a pas le temps d'aller chercher l'eau elle-même, et sa cadette arrive toujours en retard à l'école parce qu'elle doit faire la queue à la borne-fontaine. Souvent même, elle ne va pas à l'école en raison de tout le travail à faire.

Elle a cinq jeunes frères et soeurs. Ils n'ont pas de parents à la ville. La famille de ses parents habite loin. La jeune fille est très inquiète, car elle ne sait pas comment tous les enfants pourront rester ensemble et trouver à manger une fois leurs parents morts. Déjà, ils ont faim, car le père ne peut plus travailler et la mère est trop souvent trop faible pour faire la cuisine et s'occuper de l'échoppe de la famille au bord de la route.

CENTRE DE L'ANALYSE:
SCENARIO: LE SECTEUR DES TRANSPORTS

Les taux d'infection par le VIH parmi le personnel du secteur des transports sont élevés. On estime que 40 pour cent des camionneurs vivent avec le virus, ce chiffre pouvant atteindre 80 pour cent dans certains groupes ethniques. Nombreux sont ceux qui sont déjà morts, mais ils ont pu être remplacés. De nombreux mécaniciens, dans les gros villages où s'arrêtent les camions, tombent également malades et meurent. Eux, en revanche, sont plus difficiles à remplacer.

L'état des routes se dégrade, car les ouvriers chargés de les réparer eux aussi tombent malades et beaucoup sont rentrés dans leurs villages.

Les taux d'infection sont également élevés chez les marins et on en ressent les conséquences dans les deux principaux ports du pays.

Selon une rumeur, 13 des 28 pilotes du pays vivent également avec le virus. Chez le personnel navigant, nombreux sont ceux qui sont déjà malades ou qui sont déjà morts. Ces derniers sont plus faciles à remplacer que les pilotes.

Le Cycle de la Vie

Contexte

Une fois que les processus qui facilitent le changement d'attitude et de comportement chez les individus et les communautés sont mieux compris, une approche de la programmation peut être développée. Le Cycle de la Vie est un outil de programmation qui peut être utilisé pour identifier la période appropriée et le contexte nécessaire pour des interventions efficaces. Cet outil permet d'engager un processus de programmation intégré.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants auront :

- * été familiarisés avec un outil de programmation intégré;
- * acquis une meilleure compréhension du contexte et de la période appropriée pour des interventions efficaces.

Le Cycle de la Vie

Naissance ---- (...) ----> Début de l'activité sexuelle ----> / / ----> Infection ---- (...) ----> Maladie ---- (...) ----> Mort -----> Survivants

Programme VIH et Développement
PNUD New York
Projet RAF/91/004, Dakar

Le Cycle de la Vie

Naissance---(...)--> Début de l'activité sexuelle / /---> Infection-----(...)----> Maladie----(...)-----> Mort-----> Survivants

FACTEURS QUI CONTRIBUENT AUX RAPPORTS SEXUELS PRECOSES	FACTEURS QUI FACILITENT L'INFECTION	FACTEURS QUI ACCELERENT LA PROGRESSION DE L'INFECTION A LA MALADIE	FACTEURS QUI ACCELERENT LA PROGRESSION DE LA MALADIE A LA MORT	FACTEURS QUI NUISENT AU BIEN-ETRE SOCIO-ECONOMIQUE ET LEGAL DES SURVIVANTS
				<p><i>solidarity</i> <i>mise en charge</i> <i>individual males strengthen them</i> <i>ukw mwa hui kwi</i> <i>combat prejudices</i></p>

while we talk about getting state to take care, the same individuals should

Le Cycle de la Vie

Début de
Naissance---(...)--->l'activité--->/ /--->Infection-----(...)--->Maladie----(...)----->Mort----->Survivants
sexuelle

RETARDER LE PREMIER R APPOINT SEXUEL	PREVENIR L'INFECTION	RETARDER LA MALADIE AUSSI LONGTEMPS QUE POSSIBLE	RETARDER LA MORT AUSSI LONGTEMPS QUE POSSIBLE	ASSURER LE BIEN-ETRE SOCIO-ECONOMIQUE ET LEGAL DES SURVIVANTS

Appendix 7. Testimonies of people living with HIV/AIDS

Appendix 7



Temoignages de personnes vivant avec le VIH

- votre perception de la façon dont l'information sur le SIDA est traitée ou véhiculée
- en quoi vous touche-t-elle? en bien? en mal?
- rôles des médias et des personnes vivant avec le VIH dans la dissémination d'informations sur l'épidémie VIH/SIDA

Exercice: Principes Directeurs

A partir des exercices précédents, les participants vont dégager des principes généraux qui vont guider les actions dans le traitement de l'information en matière de SIDA. A la fin de cette séance, on devrait disposer d'un charte des redactions en matière de SIDA

Session: Comment traduire les principes directeurs en action

Cette session sera basée sur les échanges d'expériences et les principes directeurs identifiés. Pour chaque principe directeur, il s'agira de réfléchir à deux ou trois exemples d'actions d'informations

Présentation: Projet PopMédia

Rappel sur le projet PopMédia avec la présentation du texte sur la perspective globale du supplément presse sur le SIDA

Réflexions sur la forme et le contenu local des suppléments - par pays

Chaque pays (journalistes et responsables IEC, va, à partir de cette perspective globale, dégager des idées d'articles ou d'émissions spécifiques à leurs réalités nationales.

Appendix 8. Panel on Media coverage of AIDS

**POLITIQUE DE FINACEMENT DE LA LUTTE
CONTRE LE SIDA/SIDA EN AFRIQUE**

Une inégalité préoccupante

Le séminaire « Médias et SIDA » organisé par SidAlerte Internationale du 24 au 28 février à Abidjan a enregistré des thèmes enrichissants qui ont débouché parfois sur des débats houleux. Toutefois l'intervention sur les politiques et la recherche en matière de développement de vaccin et d'essais vaccinaux anti-VIH nous amène à nous interroger sur la réelle politique de financement de la lutte en Afrique.

Plus de 70% des personnes infectées par le VIH/SIDA au Sud du Sahara disposent de très peu de moyens pour envisager un éventuel traitement. Ce qui révèle bien que le fort taux de mortalité lié au SIDA en Afrique est plus la conséquence de la pauvreté. En plus de cette réalité, l'Afrique ne dispose que de 4% de fonds globaux pour la recherche. Pire, selon l'intervention du Dr Sibili Yelibi du réseau africain de recherche sur le Sida, ce sont les pourvoyeurs du Nord qui définissent les priorités des recherches aux chercheurs africains. Par conséquent contrairement à leurs homologues africains déjà amputés de certaines insuffisances sociales, culturelles et économiques, se trouvent ainsi soumis à la résignation. Il se sentent obligés de se soumettre aux recommandations des « financiers » pour pouvoir exister.

Et cette triste réalité révèle le déséquilibre qui existe entre le Nord et le Sud. Le Nord où les chiffres de séroprévalence se stabilisent, où les séropositifs arrivent à vivre plusieurs années encore, où les malades disposent d'antiretroviraux. Tandis qu'en Afrique, les chiffres vont sans cesse croissants, la population craint de se faire dépister par crainte de découvrir une mort imminente, l'Afrique où les malades ignorent à la limite l'existence des antiretroviraux. La dernière journée mondiale du Sida qui avait pour thème « Unis dans l'espoir » semble là illusoire et utopique de par le choix du thème. Fort de ce qui précède, comment parler d'union et d'espoir alors qu'il existe une inégalité flagrante entre les personnes infectées par le VIH à travers le monde. Pour espérer, il aurait fallu que le Nord redéfinisse sa politique de financement de la lutte en Afrique. Les organismes internationaux : Banque Mondiale USAID, Mission Européenne... ayant participé au séminaire ont fait échos de leur participation financière. Mais la plupart d'entre eux font des prêts et non des dons aux gouvernements africains. Encore que ces dons s'étendant aux problèmes de santé publique ne suffisent pas à financer réellement les programmes de lutte contre le Sida.

Ceci entraînant cela, les chercheurs africains restent limités dans l'évolution de la lutte contre la pandémie. Or l'Afrique aurait pu au niveau de la recherche apporter certainement une révolution qui pourrait faire partager l'espoir des malades du monde entier.

Elisa VAHA

Soir Info

Technicité médicale et antiprotéases

On a vite fait de focaliser la lutte contre le Sida sur la disponibilité des antiprotéases, surtout depuis la dernière conférence mondiale à Vancouver. Oubliant que la seule disponibilité de ces médicaments ne suffira pas à mettre sous traitement les malades africains.

Le docteur Coulibaly Issa Malick Directeur Exécutif du PNLs/MST/TUB de Côte d'Ivoire a relevé cette réalité devant les journalistes du Togo, de l'Afrique du Sud, du Mali, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Gabon et du Sénégal, réunis en séminaire international à Abidjan du 24 au 28 février dernier. Ils réfléchissent sur le rôle des médias dans la lutte contre le Sida et les moyens de fonctionnement d'un Service de Presse sur l'initiative de SidAlerte Internationale.

Au delà de l'achat des antiprotéases que les gouvernements des pays africains ne peuvent se permettre, le docteur Coulibaly s'interroge sur le niveau de la technologie médicale existant. L'Afrique a-t-elle le niveau de technicité requis pour suivre ses malades qui seront mis sous antiprotéases ?

Pour le Directeur Exécutif du PNLs c'est la grande interrogation qui devrait préoccuper au lieu qu'on s'attarde sur la question simpliste de l'approvisionnement en médicaments contre le Sida.

BAKAYOKO ZEGUELA

Ivoir' Soir (Côte d'Ivoire)

Les médias dans la lutte anti-Sida : l'expérience ivoirienne

« Médias et SIDA » c'est le thème du séminaire international qui s'est tenu à Abidjan du 24 au 28 février dernier à l'initiative de l'ONG SidAlerte Internationale.

En matière de lutte contre le SIDA que font les médias et quelles sont leurs limites ?

Telle était la préoccupation au centre des débats du séminaire international initié par SidAlerte à Abidjan du 24 au 28 février. A cet effet l'expérience ivoirienne dans la lutte anti-Sida se présente comme une situation évolutive, en nette progression.

En 1985 quand la Côte d'Ivoire enregistrait son premier cas officiel du Sida, le sujet relevait encore du tabou, aussi bien dans la presse que dans le discours gouvernemental. Le début des années 1990 fut le déclic ; les statistiques sur les cas de Sida se faisaient de plus en plus inquiétantes. Les oeillères sont tombées et l'on a reconnu la réalité de la maladie en Côte d'Ivoire. De façon concomitante, la communauté scientifique a compris l'échec de la médicalisation à outrance du Sida, et la lutte contre la pandémie est devenue multidisciplinaire.

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a alors orienté ses activités en incluant un volet IEC (Information Education-Communication). Un autre type de collaboration pouvait ainsi commencer avec les médias dont le paysage s'était entre temps élargi. De 1985 à aujourd'hui le paysage médiatique ivoirien est passé d'un quotidien (fraternité Matin) et d'un hebdomadaire (Ivoire Dimanche) à une dizaine de quotidiens et une douzaine d'hebdomadaire auxquels s'ajoutent les médias audiovisuels étatiques et privés.

Entre les organismes de lutte contre le Sida et la presse la collaboration est, dès lors, franche.

Actuellement il n'y a aucune activité sur le Sida qui n'associe pas la presse. Celle ci joue sa partition ; mais les attentes quant à son implication efficiente dans cette lutte restent encore peu satisfaites. Ceci pour plusieurs raisons :

- 1- Les quotidiens ivoiriens font pour la plupart l'information générale où la grande partie est consacrée à l'information politique. Sur la dizaine des quotidiens trois seulement ont une page plus ou moins spécialisée en santé. Il s'agit de Ivoir'Soir, Soir Info et le Jour. Parce que la majorité des responsables des organes de presse estiment que la santé est un sujet pas « vendable » encore moins le Sida qui, pensent-ils effraie les lecteurs.
- 2- L'accès aux personnes ressources est quelque peu difficile. Par exemple les laboratoires de recherche n'ont pas de cellule de relations publiques ; ce qui pourtant pourrait faciliter le contact entre la presse et eux.
- 3- Les barrières psychologiques qui sont liées à la représentation que les populations ont du VIH/SIDA : le Sida est toujours considéré comme une maladie honteuse qui jette l'opprobre sur la personne qui en souffre. Conséquence, on ne peut réaliser un reportage qui met en scène à visage découvert une personne séropositive par exemple.
- 4- L'attitude très passive des journalistes eux-mêmes. De façon générale, les journalistes ivoiriens ne prennent pas souvent l'initiative de la recherche de l'information. Ils attendent qu'on leur fasse appel. C'est ici que se pose le problème de la spécialisation des journalistes pour les questions de santé.

NICK ZEDENN
La Voie (Côte d'Ivoire)

ZIMBABWE

Les orphelins du SIDA du Zimbabwe atteindront le nombre de 600 000 vers l'an 2000

Le Zimbabwe comptera plus de 600 000 orphelins du fait du SIDA dans les années 2000 selon Margaret Mehlomakulu, Directeur en chef du Programme National de Coordination du SIDA. Elle ajoute que le SIDA deviendrait un lourd fardeau pour le gouvernement et les communautés car elles devront restreindre leurs ressources disponibles pour en consacrer une partie à la prise en charge des orphelins. Mehlomakulu a demandé aux professionnels de la santé de travailler avec la population pour aider à la prévention de l'infection à VIH chez les jeunes.

SIDALERTE INTERNATIONALE SERVICE DE PRESSE

Lyon : « Clinton donne dix ans à l'Amérique pour mettre au point un vaccin anti-SIDA . Le Président des Etats-Unis appelle les pays riches à participer financièrement à la recherche » Extrait de LE MONDE, 20/05/97, de Franck NOUCHI.

Voeu pieux ou réel projet d'envergure ? Lors d'un discours prononcé dimanche 18 mai à l'université noire de Baltimore (Maryland), le Président Bill Clinton a fixé pour but à l'Amérique la mise au point dans les dix ans d'un vaccin anti-SIDA, comparant ce défi celui qui avait été lancé dans les années 60 par John F. Kennedy pour la conquête de la lune. M. Clinton a annoncé qu'il allait « enrôler » les autres pays riches « dans un effort mondial » pour élaborer ce vaccin, lors du « sommet des Huit » qui réunira le mois prochain à Denver (Colorado) les sept puissances industrialisées membres du G7- Allemagne, Canada, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Italie et Japon - et la Russie. Selon un document de la Maison Blanche, M. Clinton appellera chacun des participants à ce sommet de Denver « à s'engager à fournir les investissements nécessaires (...) pour accélérer la recherche afin de développer un vaccin contre le SIDA et à en faire une priorité scientifique et en matière de santé publique ».

« La question n'est plus de savoir si nous pouvons développer un vaccin anti-SIDA, mais simplement de savoir quand », a déclaré, le Président américain, qualifiant la mise au point de ce vaccin de « nouveau but national pour la science ». Lyrique, Bill Clinton a rappelé qu'il y a trente six ans, « le Président Kennedy regarda vers les cieux [et] nous fixa l'objectif d'atteindre la lune ». Le premier homme posa le pied sur la lune en 1969, huit ans après que Kennedy eut fixé à l'Amérique cette « nouvelle frontière ».

Malgré l'importance qu'il a donnée à cette initiative, M. Clinton n'a annoncé aucune augmentation du budget actuel de la recherche dans ce domaine. La seule mesure concrète porte sur la création de recherche et de développement d'un vaccin qui sera établi à Bethesda (Maryland).

Le discours du Président des Etats-Unis s'adresse tout autant à l'opinion publique américaine qu'aux nombreux dirigeants de pays en voie de développement qui s'inquiètent actuellement d'un risque de ralentissement de l'effort de recherche. Plusieurs Chefs d'Etat, en particulier africains, ont ces derniers mois fait part de leur crainte de voir abandonner les programmes d'expérimentation de vaccins, tout se passant comme si les Etats financeurs, rassurés par les progrès importants réalisés en matière de traitement du SIDA (nouvelles antiprotéases), jugeaient dorénavant peu rentable la recherche d'un vaccin. Pour autant, de l'avis même des chercheurs la mise au point d'un vaccin universel, efficace contre toutes les souches du virus du SIDA, reste encore aléatoire et de nombreuses difficultés techniques, tenant en particulier à l'extrême variabilité génétique du virus, restent encore à surmonter. Selon Onusida, 3,1 millions de personnes auraient été infectées par le VIH en 1996, ce qui porte à 22,6 millions le nombre de personne qui actuellement dans le monde, vivent après avoir été contaminées par le virus du SIDA. 90% d'entre elles vivent dans les pays en voie de développement. On estime aux Etats-Unis le coût d'une trithérapie (association de plusieurs médicaments antirétroviraux actifs contre le VIH à 12 000 dollars par patient et par an.

Débat sur le financement des soins pour les PWA

Au cours de sa première intervention au CCP de l'ONUSIDA (Comité de Coordination du Programme) Arnaud Marty Lavauzelle, président de la Fédération AIDES en France et représentant des ONG d'Europe au CCP, a souligné que l'ONUSIDA devait s'intéresser à la prise en charge des malades et pas seulement à la prévention.

Pierre M'Plé, représentant du Congo, qui siège comme l'un des trois représentants de l'Afrique subsaharienne, est intervenu plusieurs fois pour souligner l'inquiétude des pays quant au désengagement financier du système des Nations Unies pour ce qui concerne les financements. En effet, les financements qui allaient aux programmes nationaux sous l'ancien GPA (Programme Global SIDA), sont en phase d'être éliminés dans le nouveau programme. M. le Dr. M'Pele a également appelé l'ONUSIDA à agir pour que les PWAs des pays en développement puissent avoir accès aux antiviraux.

G. Upham, au nom de SidAlerte Internationale, observateur au CCP, a suggéré que l'ONUSIDA joue un rôle de lobby sur deux questions clefs pour les pays en développement : le financement de la lutte contre la TB. première manifestation opportuniste chez les personnes VIH+, et la recherche d'un vaccin, seule solution à long terme.

La résolution finale du CCP reprend certaines de ces suggestions en disant que l'ONUSIDA devrait plaider pour l'accès aux traitements des PWA dans les PED.

SidAlerte Service de Presse - Juin 96

Les médias dans la lutte anti-Sida : l'expérience ivoirienne

« Médias et SIDA » c'est le thème du séminaire international qui s'est tenu à Abidjan du 24 au 28 février dernier à l'initiative de l'ONG SidAlerte Internationale.

En matière de lutte contre le SIDA que font les médias et quelles sont leurs limites ?

Telle était la préoccupation au centre des débats du séminaire international initié par SidAlerte à Abidjan du 24 au 28 février. A cet effet l'expérience ivoirienne dans la lutte anti-Sida se présente comme une situation évolutive, en nette progression.

En 1985 quand la Côte d'Ivoire enregistrait son premier cas officiel du Sida, le sujet relevait encore du tabou, aussi bien dans la presse que dans le discours gouvernemental. Le début des années 1990 fut le déclic ; les statistiques sur les cas de Sida se faisaient de plus en plus inquiétantes. Les oeillères sont tombées et l'on a reconnu la réalité de la maladie en Côte d'Ivoire. De façon concomitante, la communauté scientifique a compris l'échec de la médicalisation à outrance du Sida, et la lutte contre la pandémie est devenue multidisciplinaire.

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a alors orienté ses activités en incluant un volet IEC (Information Education-Communication). Un autre type de collaboration pouvait ainsi commencer avec les médias dont le paysage s'était entre temps élargi. De 1985 à aujourd'hui le paysage médiatique ivoirien est passé d'un quotidien (fraternité Matin) et d'un hebdomadaire (Ivoire Dimanche) à une dizaine de quotidiens et une douzaine d'hebdomadaire auxquels s'ajoutent les médias audiovisuels étatiques et privés.

Entre les organismes de lutte contre le Sida et la presse la collaboration est, dès lors, franche.

Actuellement il n'y a aucune activité sur le Sida qui n'associe pas la presse. Celle ci joue sa partition ; mais les attentes quant à son implication efficiente dans cette lutte restent encore peu satisfaites. Ceci pour plusieurs raisons :

- 1- Les quotidiens ivoiriens font pour la plupart l'information générale où la grande partie est consacrée à l'information politique. Sur la dizaine des quotidiens trois seulement ont une page plus ou moins spécialisée en santé. Il s'agit de Ivoir'Soir, Soir Info et le Jour. Parce que la majorité des responsables des organes de presse estiment que la santé est un sujet pas « vendable » encore moins le Sida qui, pensent-ils effraie les lecteurs.
- 2- L'accès aux personnes ressources est quelque peu difficile. Par exemple les laboratoires de recherche n'ont pas de cellule de relations publiques ; ce qui pourtant pourrait faciliter le contact entre la presse et eux.
- 3- Les barrières psychologiques qui sont liées à la représentation que les populations ont du VIH/SIDA : le Sida est toujours considéré comme une maladie honteuse qui jette l'opprobre sur la personne qui en souffre. Conséquence, on ne peut réaliser un reportage qui met en scène à visage découvert une personne séropositive par exemple.
- 4- L'attitude très passive des journalistes eux-mêmes. De façon générale, les journalistes ivoiriens ne prennent pas souvent l'initiative de la recherche de l'information. Ils attendent qu'on leur fasse appel. C'est ici que se pose le problème de la spécialisation des journalistes pour les questions de santé.

NICK ZEDENN
La Voie (Côte d'Ivoire)

ZIMBABWE

Les orphelins du SIDA du Zimbabwe atteindront le nombre de 600 000 vers l'an 2000

Le Zimbabwe comptera plus de 600 000 orphelins du fait du SIDA dans les années 2000 selon Margaret Mehlomakulu, Directeur en chef du Programme National de Coordination du SIDA. Elle ajoute que le SIDA deviendrait un lourd fardeau pour le gouvernement et les communautés car elles devront restreindre leurs ressources disponibles pour en consacrer une partie à la prise en charge des orphelins. Mehlomakulu a demandé aux professionnels de la santé de travailler avec la population pour aider à la prévention de l'infection à VIH chez les jeunes.

POLITIQUE DE FINACEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA/SIDA EN AFRIQUE

Une inégalité préoccupante

Le séminaire « Médias et SIDA » organisé par SidAlerte Internationale du 24 au 28 février à Abidjan a enregistré des thèmes enrichissants qui ont débouché parfois sur des débats houleux. Toutefois l'intervention sur les politiques et la recherche en matière de développement de vaccin et d'essais vaccinaux anti-VIH nous amène à nous interroger sur la réelle politique de financement de la lutte en Afrique.

Plus de 70% des personnes infectées par le VIH/SIDA au Sud du Sahara disposent de très peu de moyens pour envisager un éventuel traitement. Ce qui révèle bien que le fort taux de mortalité lié au SIDA en Afrique est plus la conséquence de la pauvreté. En plus de cette réalité, l'Afrique ne dispose que de 4% de fonds globaux pour la recherche. Pire, selon l'intervention du Dr Sibili Yelibi du réseau africain de recherche sur le Sida, ce sont les pourvoyeurs du Nord qui définissent les priorités des recherches aux chercheurs africains. Par conséquent contrairement à leurs homologues africains déjà amputés de certaines insuffisances sociales, culturelles et économiques, se trouvent ainsi soumis à la résignation. Il se sentent obligés de se soumettre aux recommandations des « financiers » pour pouvoir exister.

Et cette triste réalité révèle le déséquilibre qui existe entre le Nord et le Sud. Le Nord où les chiffres de séroprévalence se stabilisent, où les séropositifs arrivent à vivre plusieurs années encore, où les malades disposent d'antiretroviraux. Tandis qu'en Afrique, les chiffres vont sans cesse croissants, la population craint de se faire dépister par crainte de découvrir une mort imminente, l'Afrique où les malades ignorent à la limite l'existence des antiretroviraux. La dernière journée mondiale du Sida qui avait pour thème « Unis dans l'espoir » semble là illusoire et utopique de par le choix du thème. Fort de ce qui précède, comment parler d'union et d'espoir alors qu'il existe une inégalité flagrante entre les personnes infectées par le VIH à travers le monde. Pour espérer, il aurait fallu que le Nord redéfinisse sa politique de financement de la lutte en Afrique. Les organismes internationaux : Banque Mondiale USAID, Mission Européenne... ayant participé au séminaire ont fait échos de leur participation financière. Mais la plupart d'entre eux font des prêts et non des dons aux gouvernements africains. Encore que ces dons s'étendant aux problèmes de santé publique ne suffisent pas à financer réellement les programmes de lutte contre le Sida.

Ceci entraînant cela, les chercheurs africains restent limités dans l'évolution de la lutte contre la pandémie. Or l'Afrique aurait pu au niveau de la recherche apporter certainement une révolution qui pourrait faire partager l'espoir des malades du monde entier.

Elisa VAHA

Soir Info

Technicité médicale et antiprotéases

On a vite fait de focaliser la lutte contre le Sida sur la disponibilité des antiprotéases, surtout depuis la dernière conférence mondiale à Vancouver. Oubliant que la seule disponibilité de ces médicaments ne suffira pas à mettre sous traitement les malades africains.

Le docteur Coulibaly Issa Malick Directeur Exécutif du PNL/MST/TUB de Côte d'Ivoire a relevé cette réalité devant les journalistes du Togo, de l'Afrique du Sud, du Mali, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Gabon et du Sénégal, réunis en séminaire international à Abidjan du 24 au 28 février dernier. Ils réfléchissent sur le rôle des médias dans la lutte contre le Sida et les moyens de fonctionnement d'un Service de Presse sur l'initiative de SidAlerte Internationale.

Au delà de l'achat des antiprotéases que les gouvernements des pays africains ne peuvent se permettre, le docteur Coulibaly s'interroge sur le niveau de la technologie médicale existant. L'Afrique a-t-elle le niveau de technicité requis pour suivre ses malades qui seront mis sous antiprotéases ?

Pour le Directeur Exécutif du PNL c'est la grande interrogation qui devrait préoccuper au lieu qu'on s'attarde sur la question simpliste de l'approvisionnement en médicaments contre le Sida.

BAKAYOKO ZEGUELA

Ivoir' Soir (Côte d'Ivoire)

SIDALERTE INTERNATIONALE SERVICE DE PRESSE

Lyon : « Clinton donne dix ans à l'Amérique pour mettre au point un vaccin anti-SIDA . Le Président des Etats-Unis appelle les pays riches à participer financièrement à la recherche » Extrait de LE MONDE, 20/05/97, de Franck NOUCHI.

Voeu pieux ou réel projet d'envergure ? Lors d'un discours prononcé dimanche 18 mai à l'université noire de Baltimore (Maryland), le Président Bill Clinton a fixé pour but à l'Amérique la mise au point dans les dix ans d'un vaccin anti-SIDA, comparant ce défi celui qui avait été lancé dans les années 60 par John F. Kennedy pour la conquête de la lune. M. Clinton a annoncé qu'il allait « enrôler » les autres pays riches « dans un effort mondial » pour élaborer ce vaccin, lors du « sommet des Huit » qui réunira le mois prochain à Denver (Colorado) les sept puissances industrialisées membres du G7- Allemagne, Canada, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Italie et Japon - et la Russie. Selon un document de la Maison Blanche, M. Clinton appellera chacun des participants à ce sommet de Denver « à s'engager à fournir les investissements nécessaires (...) pour accélérer la recherche afin de développer un vaccin contre le SIDA et à en faire une priorité scientifique et en matière de santé publique ».

« La question n'est plus de savoir si nous pouvons développer un vaccin anti-SIDA, mais simplement de savoir quand », a déclaré, le Président américain, qualifiant la mise au point de ce vaccin de « nouveau but national pour la science ». Lyrique, Bill Clinton a rappelé qu'il y a trente six ans, « le Président Kennedy regarda vers les cieux [et] nous fixa l'objectif d'atteindre la lune ». Le premier homme posa le pied sur la lune en 1969, huit ans après que Kennedy eut fixé à l'Amérique cette « nouvelle frontière ».

Malgré l'importance qu'il a donnée à cette initiative, M. Clinton n'a annoncé aucune augmentation du budget actuel de la recherche dans ce domaine. La seule mesure concrète porte sur la création de recherche et de développement d'un vaccin qui sera établi à Bethesda (Maryland).

Le discours du Président des Etats-Unis s'adresse tout autant à l'opinion publique américaine qu'aux nombreux dirigeants de pays en voie de développement qui s'inquiètent actuellement d'un risque de ralentissement de l'effort de recherche. Plusieurs Chefs d'Etat, en particulier africains, ont ces derniers mois fait part de leur crainte de voir abandonner les programmes d'expérimentation de vaccins, tout se passant comme si les Etats financeurs, rassurés par les progrès importants réalisés en matière de traitement du SIDA (nouvelles antiprotéases), jugeaient dorénavant peu rentable la recherche d'un vaccin. Pour autant, de l'avis même des chercheurs la mise au point d'un vaccin universel, efficace contre toutes les souches du virus du SIDA, reste encore aléatoire et de nombreuses difficultés techniques, tenant en particulier à l'extrême variabilité génétique du virus, restent encore à surmonter. Selon Onusida, 3,1 millions de personnes auraient été infectées par le VIH en 1996, ce qui porte à 22,6 millions le nombre de personne qui actuellement dans le monde, vivent après avoir été contaminées par le virus du SIDA. 90% d'entre elles vivent dans les pays en voie de développement. On estime aux Etats-Unis le coût d'une trithérapie (association de plusieurs médicaments antirétroviraux actifs contre le VIH à 12 000 dollars par patient et par an.

Débat sur le financement des soins pour les PWA

Au cours de sa première intervention au CCP de l'ONUSIDA (Comité de Coordination du Programme) Arnaud Marty Lavauzelle, président de la Fédération AIDES en France et représentant des ONG d'Europe au CCP, a souligné que l'ONUSIDA devait s'intéresser à la prise en charge des malades et pas seulement à la prévention.

Pierre M'Plé, représentant du Congo, qui siège comme l'un des trois représentants de l'Afrique subsaharienne, est intervenu plusieurs fois pour souligner l'inquiétude des pays quant au désengagement financier du système des Nations Unies pour ce qui concerne les financements. En effet, les financements qui allaient aux programmes nationaux sous l'ancien GPA (Programme Global SIDA), sont en phase d'être éliminés dans le nouveau programme. M. le Dr. M'Pele a également appelé l'ONUSIDA à agir pour que les PWAs des pays en développement puissent avoir accès aux antiviraux.

G. Upham, au nom de SidAlerte Internationale, observateur au CCP, a suggéré que l'ONUSIDA joue un rôle de lobby sur deux questions clefs pour les pays en développement : le financement de la lutte contre la TB, première manifestation opportuniste chez les personnes VIH+, et la recherche d'un vaccin, seule solution à long terme.

La résolution finale du CCP reprend certaines de ces suggestions en disant que l'ONUSIDA devrait plaider pour l'accès aux traitements des PWA dans les PED.

SidAlerte Service de Presse - Juin 96

FICHES TECHNIQUES - SFPS/IEC

KIT INTÉGRÉ D'IEC

Ce kit s'adresse aux personnels des cliniques, aux prestataires de service, aux services de santé, aux travailleurs sur le terrain (agents de santé communautaire, ONG, agents de développement...). Pour les aider à mieux utiliser le matériel d'IEC, mieux informer leurs clients, améliorer la qualité de leurs services.

Le kit comprend du matériel d'IEC dans trois domaines: planification familiale, prévention du Sida, santé de la mère et survie de l'enfant.

PLANIFICATION FAMILIALE

Une affiche en couleurs "Famille planifiée, famille heureuse": elle présente une famille heureuse, de taille réduite, vivant dans le bien-être grâce à la planification familiale. Cinq méthodes modernes sont présentées. Affiche conçue pour le grand public (5 exemplaires).

Une affiche en couleurs "Si j'avais su..." sur les grossesses en milieu scolaire: elle représente une jeune élève enceinte donnant dos à l'établissement scolaire. La jeune fille, pensive, se dit "si j'avais su..." Affiche conçue pour les jeunes (5 exemplaires).

Un dépliant, sept volets, deux couleurs présentant des messages concernant les avantages de la planification familiale. Au verso sont présentées les méthodes contraceptives modernes (100 exemplaires).

Un jeu de douze planches mobiles en couleurs présentant des méthodes contraceptives. Ces planches peuvent être utilisées individuellement ou en séquence. Dans ce cas elles racontent l'histoire d'un couple qui se rend au centre de santé pour s'informer sur les différentes méthodes de planification contraceptives modernes (1 exemplaire).

SIDA

Une affiche en couleurs, en direction des couples adultes. "Avant et pendant le

mariage, et en dehors du foyer, utilisons le condom". Un couple adulte s'apprête à entrer dans une chambre à coucher. L'homme tient une boîte de condom à la main. Affiche grand public (5 exemplaires).

Une affiche en couleurs, "Le condom doit toujours être au rendez-vous": un jeune couple dans une chambre à coucher. Affiche conçue pour les jeunes (5 exemplaires).

Un dépliant en couleurs, trois volets d'informations sur le Sida: il présente les modes de contamination et les gestes utiles qui doivent être faits pour éviter de contracter le VIH/SIDA. Ce dépliant est destiné au grand public (100 exemplaires).

Un autocollant générique, destiné surtout aux jeunes. Il fait la promotion du condom d'une manière générale: "Le SIDA ne passera pas par moi, fais comme moi, protège-toi avec un condom" (100 exemplaires par kit).

Une cassette audio avec des spots éducatifs et des chansons d'artistes célèbres sur le Sida et la Planification Familiale (1 exemplaire).

TRO/SURVIE DE L'ENFANT

Un jeu de huit planches mobiles en couleurs qui peuvent être utilisées individuellement ou en séquence. Elles racontent alors l'histoire d'un jeune couple dans sa vie de tous les jours qui est confronté aux problèmes des MST, des conduites à avoir pendant la grossesse, de l'allaitement maternel, des maladies diarrhéiques, et même de la fidélité dans le couple (1 exemplaire).

Une affichette recto/verso en couleurs. Une face présente la Thérapie de Réhydratation Orale (T.R.O.), l'autre présente les Sels de Réhydratation Orale (S.R.O.) (1 exemplaire).

Un GUIDE D'UTILISATION du Kit qui présente tous les éléments. Il donne aussi des suggestions pour pouvoir les utiliser sur le terrain ainsi que des messages clés.

Tout ce matériel est présenté dans UN ÉLÉGANT SAC EN PAGNE, COMPARTIMENTÉ, aux couleurs rappelant celles du projet SFPS. Il permet de ranger tous les éléments du Kit.

Prix unitaire: 50 US \$

FICHE TECHNIQUE - SFPS/IEC

SERIE RADIO YAMBA-SONGO

Yamba - Songo est l'histoire de deux recherches : celle d'un père et celle d'un fils. Le volet IEC du Projet SFPS produit, avec le concours de Atelier Théâtre Burkinabé (ATB), une série radiophonique en 26 épisodes.

Songo, jeune homme de 21 ans vivant au Cameroun apprend que celui qu'il considèrerait comme son père ne l'était pas. Décidé à savoir qui est son père, il se lance à la recherche de ce dernier. Pour tout indice : un vague nom, Yamba et un collier que celui-ci aurait remis à sa mère il y a plus de 20 ans. Du Cameroun au Burkina Faso en passant par le Nigéria, le Bénin, le Togo et la Côte d'Ivoire, Songo connaîtra des hauts et des bas. De son côté, Yamba, le présumé père, vit une situation difficile. Il n'a pas dit-il des enfants, il n'a que dix filles. C'est le drame de Yamba. Décidé coûte que coûte à avoir un garçon, Yamba est prêt à toutes les extrémités.

En vue de maximiser les possibilités d'exposition des groupes cibles aux messages contenus dans cette série, il est prévu un plan de diffusion articulé à deux niveaux :

La diffusion régionale : Ayant une couverture et une audience transnationales, Radio Africa No 1 est la seule station de radiodiffusion africaine capable de couvrir tout l'Afrique francophone. Selon les statistiques de Africa No 1, l'audience de cette station est estimée à environ cinquante millions d'auditeurs situés en Afrique francophone et en Europe. La diffusion débutera le 28 mai à raison de deux (2) diffusions par semaine à savoir le Mercredi de 6H15 à 6H30 GMT et le Dimanche de 19H05 à 19H20 GMT.

La diffusion nationale : 4 accords de diffusion avec des stations de radiodiffusion au Togo, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso ont été finalisés.

Pour le Togo, ce plan prévoit la diffusion sur les antennes de la radio nationale de la série radiophonique en raison de 2 passages par semaine, le vendredi entre 6 H 00 et 8 H 00 et le samedi entre 19 H 00 et 21 H 00 et deux autres diffusions le Mardi entre 6H00 et 8H00 et le Jeudi entre 19H00 et 20H00 sur Radio KARA.

Au Cameroun, la radio nationale assurera la diffusion de cette série en synchronisation avec les stations régionales. En effet, la particularité du Cameroun fait que la station-mère sise à Yaoundé synchronise ses programmes avec ceux des dix stations régionales de telle sorte que tout le pays pendant plus ou moins quatre heures par jour suit les nouvelles en provenance de la station de radiodiffusion de Yaoundé. Comme dans les autres pays, la diffusion se fera deux fois par semaine dans le courant de la journée (12 H 00-14 H 00) et dans la soirée 18 H 00-21 H 00. La diffusion démarrera le 28 mai 1997.

En Côte d'Ivoire, la chaîne nationale sera chargée de la diffusion de la série. Les accords prévoient de diffuser la série deux fois par semaine le mercredi entre 12 H 25 et 12 H 45 et le dimanche ou samedi entre 19 H 00 et 21 H 00.

Au Burkina Faso, la série est diffusée par la chaîne nationale et la station privée Horizon FM. Pour la radio privée, la diffusion de chaque épisode a lieu deux fois par semaine, soit le vendredi entre 10H00 et 11H00 et le dimanche entre 09H00 et 10H00 à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Les horaires de diffusion de la chaîne nationale sont : Jeudi entre 6H et 7H et Dimanche entre 19H et 20H.

La rédaction de cette série a été assurée par des dramaturges ivoirien (Alexis D. Zigré), burkinabé (Prosper Kompaoré), togolais (Koadzo L. Elitza), camerounais (Louise Belinga), zairois (Eddy Momat), américain (Claudia Vondrasek). Le casting a été fait des comédiens originaires des pays prioritaires du projet SFPS.

En vue de mesurer l'efficacité de ce programme, une recherche de base a été faite dans tous les pays où le Projet intervient.

Appendix 9. HIV workshop and development

ATELIER VIH ET DEVELOPPEMENT POLITIQUE LINGUISTIQUE DU PNUD EN MATIERE DE VIH
--

Généralités

Le langage utilisé doit être inclusif et éviter de créer ou renforcer une mentalité (ou approche) Eux/Nous.

Par exemple, un terme comme "intervention" place l'orateur(trice) en dehors du groupe de personnes pour/avec qui il/elle travaille.

Il est préférable d'utiliser un vocabulaire tiré de celui de la paix et du développement humain plutôt que de celui de la guerre.

Exemple : il faut trouver des synonymes à des vocables tels que "Campagne", "lutte", "surveillance", etc.

Les termes descriptifs doivent être ceux préférés ou choisis par les personnes décrites elles-mêmes.

Exemple : "travailleuse sexuelle" est souvent préféré à "prostituée" par les personnes concernées; "personnes vivant avec le VIH" ou "vivant avec le SIDA" sont préférés à "victimes" "sidéens" ou "seropositifs" par la majorité des personnes infectées.

Tout discours devra tenir compte de la question du genre. Aussi, les termes employés seront-ils ceux préférés par les personnes privées de pouvoir.

Les termes utilisés devront être strictement exacts.

Exemple : "SIDA" ne sera employé que pour décrire un état diagnostiqué. Sinon il faudra parler d' "infection à VIH", "épidémie de VIH", "maladie ou état lié(e) au VIH", etc.

Il faut choisir des termes adéquats pour donner une information précise.

Exemple : les différents modes de transmission du VIH et options pour un changement de comportement protecteur doivent être explicitement indiqués.

Politique linguistique en matière de VIH

Au delà de leur sens littéral, les mots de par leur choix et leur usage font les messages. Les discussions de questions relatives au VIH sont souvent très tendues en raison des tabous et préjugés sous-jacents aux différentes cultures. L'utilisation prudente du langage permet d'éviter de conforter les préjugés et d'éclaircir les questions essentielles des droits et de la dignité de la personne humaine qui sont très souvent les premiers à souffrir de l'épidémie.

Il est dans la politique linguistique du PNUD d'utiliser :

- "Personnes vivant avec le VIH" et non "personnes ayant le SIDA" sauf s'il s'agit d'états médicalement diagnostiqués conformément à la définition clinique de la maladie. Ainsi, une personne présente un diagnostic de SIDA ou n'en présente pas. Les termes "SIDA avéré" ou "état pré-SIDA" sont inexacts en soi.

- "Personnes vivant avec l'infection à VIH" et non "infectées par le VIH" ou "porteurs(ses) du VIH ou du virus" parce que l'accent doit être mis sur les personnes et non le virus ou l'infection.
- "Personnes vivant avec le SIDA" et non "victimes du SIDA" ou "souffrant du SIDA" parce qu'encore une fois l'accent doit être mis sur la personne et non son état clinique. Par ailleurs, les termes "victimes" et "souffrant" comportent une connotation d'impuissance.
- "...Vivant avec le SIDA" et non "...mourant du SIDA" puisque l'on vise à souligner le fait que la personne continue à prendre part aux activités de la vie.
- "Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes" et non "homosexuels", "bisexuels" ou "pédérastes" parce que de nombreux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ne s'identifient pas comme homosexuels, etc. Il est par ailleurs inconvenant d'étiqueter une personne sur la base de ses inclinations sexuelles.
- "Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes" et non "lesbiennes", parce que de nombreuses femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes ne s'identifient pas comme lesbiennes. Il est de même inconvenant d'étiqueter une personne sur la base de ses inclinations sexuelles.
- "Travailleuse sexuelle commerciale" et non "prostituée" parce que ceci est l'expression utilisée par les femmes qui font ce travail. La nature de la "prostitution" diffère d'un pays à l'autre et d'une culture à l'autre. L'expression "travailleuses sexuelles" tout court est inappropriée puisque certaines d'entre elles opèrent pour de l'argent et d'autres pour la sécurité et sont donc des "travailleuses sexuelles non-commerciales".
- "Personnes ayant l'hémophilie" et non "les hémophiles" parce qu'on ne doit pas identifier un individu par sa maladie.
- "Nous" et non "Eux" puisque nous vivons tous dans le contexte de l'épidémie.
- "Vivant dans la pauvreté" et non "frappés par la pauvreté" puisque cette dernière expression implique l'impuissance et l'incapacité d'être autrement.
- "La population" et non "le grand public", "la majorité hétérosexuelle", "les personnes normales" etc., parce que l'on est tous membres de la population, nul ne doit en être exclu ou isolé du fait de son comportement ou de son inclination sexuelle.
- "Comportements à risque" et non "groupes à risque". En effet, dans le contexte de l'épidémie d'infections à VIH, c'est le comportement qui met l'individu devant le risque d'infection par le VIH plutôt que son appartenance à un groupe.
- "Les enfants vivant dans des familles affectées par le VIH" et non "rendus orphelins par le SIDA". La signification du mot "orphelin" varie selon les pays (dans les pays africains, il désigne souvent un enfant qui a perdu un de ses parents). "Orphelin" sous-entend également impuissance et peut être avilissant. Son association avec "SIDA" peut engendrer la discrimination.
- "Ouvrer pour la vie" et non "lutter contre le SIDA" parce que l'utilisation d'un langage combatif ou militaire ne favorise pas une attitude attentionnée.
- "Personne" et non "malade du SIDA". "Malade du SIDA" désigne la personne à travers son état de santé et malade n'indique pas une personne mais plutôt quelqu'un qui compte sur ou dépend d'un médecin.
- "Bébés ayant une infection à VIH" et non "bébés innocents..." parce que cela suggère qu'il y a une autre personne coupable ou qui a contracté l'infection délibérément.



Réseau Africain sur l'Ethique, le Droit et le VIH

Déclaration de Dakar

1er Juillet 1994

- RECONNAISSANT l'impact de l'Epidémie du VIH sur tous les aspects de la Vie Humaine;
RECONNAISSANT le besoin d'une réponse urgente;
RECONNAISSANT que la valeur fondamentale du respect des Droits de la Personne, du respect de la Vie Humaine et du respect de la Dignité Humaine doit constituer le fondement de TOUTE ACTION,
NOUS, participants à la Consultation Inter-Pays du Réseau Africain sur l'Ethique, le Droit et le VIH, affirmons que toute action, qu'elle soit entreprise au niveau individuel, institutionnel, professionnel ou gouvernemental, en réponse à l'épidémie du VIH, doit être guidée par les principes suivants :
- 1. PRINCIPE DE LA RESPONSABILITE**
Chaque individu, gouvernement, communauté, institution, entreprise privée et média doit être conscient de sa responsabilité et doit l'exercer de manière active et continue.
 - 2. PRINCIPE DE L'ENGAGEMENT**
Chaque personne est affectée, directement ou indirectement, et doit donc se sentir concernée par l'épidémie et y répondre en s'engageant avec courage et espoir en l'avenir.
 - 3. PRINCIPE DU PARTENARIAT ET DE LA CONCERTATION**
Tous les individus, couples, familles, communautés et nations doivent travailler ensemble avec empathie, afin d'œuvrer à la réalisation d'une vision commune et partagée. Ces partenariats doivent refléter et promouvoir activement la solidarité, l'inclusion, l'intégration, le dialogue, la participation et l'harmonie.
 - 4. PRINCIPE DE RENFORCEMENT DES CAPACITES D'ACTION**
Le renforcement des capacités d'action de tous les individus, en particulier les femmes, les pauvres, les analphabètes et les enfants, est essentiel et doit guider toute action. Le renforcement du pouvoir d'agir passe par la reconnaissance du droit au savoir, à l'information, à la technologie, à la liberté de choix et par l'accès aux moyens économiques et financiers.
 - 5. PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION**
Toute personne directement affectée par l'épidémie doit rester partie intégrante de sa communauté avec le même droit au travail, au logement, à l'éducation, aux services sociaux, avec le droit de se marier, la liberté de mouvement, de croyance et d'association, avec le droit au conseil, aux soins et au traitement, à la justice et à l'équité.
 - 6. PRINCIPE DE LA CONFIDENTIALITE ET DU RESPECT DE LA VIE PRIVEE**
Toute personne directement affectée par l'épidémie a droit à la confidentialité et au respect de sa vie privée. Il ne peut y être apporté de restriction que dans des circonstances exceptionnelles.
 - 7. PRINCIPE D'ADAPTATION**
Chaque individu ou communauté doit promouvoir un changement et une adaptation des conditions socio-culturelles pour une réponse efficace.
 - 8. PRINCIPE DE L'UTILISATION D'UN LANGAGE ADAPTE**
Le langage doit respecter la dignité humaine et refléter l'inclusion: il doit être sensible aux questions de genre: il doit être précis et compréhensible.
 - 9. PRINCIPE DE L'ETHIQUE DANS LA RECHERCHE**
Les intérêts des individus et communautés faisant l'objet de travaux de recherche sont primordiaux. La recherche doit être effectuée sur la base d'un consentement libre et éclairé sans intrusion dans la vie privée et sans coercition. Les résultats de la recherche doivent être mis à la disposition de la communauté pour une action appropriée et opportune.
 - 10. PRINCIPE DE L'INTERDICTION DU DEPISTAGE OBLIGATOIRE**
Tout dépistage du VIH sans un consentement éclairé préalable doit être proscrit. Par ailleurs, le dépistage du VIH ne doit pas être exigé pour avoir accès au travail, au voyage ou à tout autre service.

Cette déclaration a été rédigée et approuvée par les participants à la Consultation Inter-Pays du Réseau Africain sur l'Ethique, le Droit et le VIH parrainée et organisée à Dakar, Sénégal, du 27 juin au 1er juillet 1994, par le Projet Régional du PNUD «Impact Socio-Economique du VIH en Afrique Subsaharienne», en collaboration avec la Division VIH et Développement du PNUD à New York. Ont participé à la Consultation les délégations des pays africains suivants : Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Ouganda, République Centrafricaine, Rwanda, Sénégal et Zambie); des personnes ressource provenant de divers horizons, ainsi que des représentants du Programme Mondial de Lutte contre le SIDA et du Bureau Régional de l'Afrique de l'OMS, du Bureau de la Politique et de l'Evaluation du Programme du PNUD, de la Division VIH et Développement du PNUD, des Projets Régionaux du PNUD pour l'Afrique et l'Asie, des Réseaux sur l'Ethique, le Droit et le VIH d'Asie et d'Amérique Latine, ainsi que des représentants de AFRICASO (African Council of AIDS Service Organizations), de l'Association des Juristes Africains (AJA), de ENDA Tiers Monde, de l'Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida (OPALS), de l'ORSTOM et du Réseau Africain des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (RAP+).

Pour plus d'information, contacter le Projet Régional VIH et Développement, PNUD, BP 154, Dakar, SENEGAL

*Appendix 10. Les Principes Directeurs (Charter for
the media when writing on HIV/AIDS)*

LES PRINCIPES DIRECTEURS

1. **Respect des droits de la PVIH**
Les médias doivent se montrer plus responsables face aux conséquences des informations à publier, et respecter la confidentialité.
2. **Information et sensibilisation des journalistes sur le SIDA**
Les médias doivent s'efforcer de spécialiser les journalistes en matière de SIDA et les utiliser effectivement.
3. **Souci de l'exactitude des faits et des chiffres**
Les médias doivent veiller à la crédibilité des sources et à la restitution honnête des faits et témoignages.
4. **Approche communautaire du traitement de l'information**
Les médias ne doivent pas seulement se limiter à la PVIH mais aussi s'intéresser, avec l'accord de la PVIH, à son entourage.
5. **Collaboration entre structures spécialisées, médias et PVIH**
Les médias doivent développer des relations avec les acteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA pour la collecte de la bonne information.
6. **Le traitement de l'information sur le SIDA, doit s'éloigner de la banalité et des faits divers**
7. **Association MST/SIDA dans le traitement de l'information**
8. **Utilisation d'un langage adapté**
9. **Engagement à accorder une place plus importante aux informations sur VIH/SIDA**
10. **Toute forme de discrimination visant à assimiler la maladie à un groupe, une ethnie, un pays ou une communauté est à proscrire**
Les médias doivent veiller à susciter l'espoir, la solidarité envers les personnes vivant avec le VIH et éviter les stéréotypes dans la présentation de l'information qui incitent à la xénophobie, et à la marginalisation.

RECOMMANDATIONS

- respect de la déontologie/Ethique des journalistes
- responsabilité des journalistes sur la nécessité de préparer et de protéger les PVIH.
- trouver un juste équilibre entre le besoin de vendre des journaux (sensationnel) et le respect de la vie des PVIH.
- faire appel aux instances de régulation de la presse (exemple l'Observatoire) en cas de non respect des principes/termes des contrats entre medias et PVIH.
- prendre en compte les besoins des PVIH et de la lutte contre le SIDA dans le traitement de l'information sur le sida.
- servir d'organe de sensibilisation sur les vrais besoins des PVIH.
- instaurer un dialogue public.
- nécessité de former/recycler les rédactions.

LACUNES IDENTIFIEES

Manque d'engagement des journalistes

- pas de rubrique santé
- couverture insuffisante
- qualité de la couverture - ne contribue à la lutte
- déficit de sensibilisation/formation des journalistes
- non-utilisation des journalistes formés

Recherche du sensationnel

- déformation des infos/détournement des objectifs du PVIH interviewé
- difficultés d'accès à la critique, et au droit de réponse
- Non-respect de la vie privée des PVIH avec repercussions négatives (sur la personne, sa famille, son entourage, l'image de la communauté des PVIH [criminelisation], la lutte contre le SIDA)
- Risque de décourager ceux qui sont prêts à parler : retour dans la clandestinité --> invisibilité de l'épidémie

On passe à côté des questions essentielles pour la lutte :

- la vie avec le VIH
- les vrais besoins des PVIH (soutien, accès aux soins et aux médicaments)
- la solidarité et l'espoir
- les avantages du test

Manque de préparation ou de transparence

- manque de compréhension par les PVIH de la façon de travailler des journalistes et des droits des personnes interviewées

Besoin de collaboration plutôt que de relation utilisateur/utilisé

COMMENT TRADUIRE LES PRINCIPES EN ACTIONS AU NIVEAU DES MEDIAS

1. Restitution des travaux du seminaire d'Abidjan dans les redactions et au niveau des associations de journalistes
2. Identifier des personnes-ressources et des structures pour la mise en place d'un reseau permanent de contacts (structures specialisées, formations sanitaires, ONG, PNLs, organisations internationales, associations de personnes vivant avec le VIH, centres de documentation,...) et l'élaboration d'un canevas d'activites.
3. Organiser, en collaboration avec des partenaires specialisés (responsables d'IEC, personnes vivant avec le VIH, PNLs,) des ateliers d'information et de sensibilisation des journalistes
4. Utiliser, de façon rationnelle, les journalistes formes en les responsabilisant, en leur confiant des dossiers et en leur donnant les moyens ou outils de production.
5. Créer des banques de données dans les rédactions et les réactualiser periodiquement.
6. Rassembler et distribuer un glossaire des termes specifiques et langage approprié.
7. Traiter l'information sur le SIDA avec beaucoup plus de rigueur : en evitant de rapporter ce qui n'est pas verifié et en multipliant les sources d'information. Ce qui requiert la vigilance du redacteur en chef.
8. Mener des actions de plaidoyer auprès des directeurs de publication pour des espaces santé (pages spéciales).
9. Privilegier les enquêtes et reportages sur le SIDA et eviter de les ranger dans la rubrique des faits divers.
10. Confectionner des produits de sensibilisation (spots, emissions satiriques, sketches, BD, ...).
11. Produire des articles
 - pour inciter les politiques à asseoir des textes de lois protegeant les droits des personnes VIH
 - pour dénoncer le manque de solidarité avec les PVIH et montrer les exemples de solidarité existant ailleurs
 - pour souligner les vrais besoins des PVIH en matière de soutien et accès aux soins et aux medicaments
 - pour expliquer les MST et mettre en evidence les relations entre SIDA et MST

Appendix 11. Evaluation questionnaire

**ATELIER SUR "SIDA ET LES MEDIAS
EN AFRIQUE DE L'OUEST"
ABIDJAN, COTE-D'IVOIRE 15 - 19 Juin 1997**

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION

(Encadrer le chiffre retenu)

QUESTIONNAIRE	MODALITES REPONSES	
Q1 L'accueil lors de ce séminaire était-il ?	BIEN ORGANISE	1 — 61%
	ASSEZ BIEN ORGANISE	2 — 38%
	MAL ORGANISE	3
Q2 L'hébergement était-il ?	CONVENABLE	1 — 92%
	PAS CONVENABLE	2 — 7%
Q3 Quelle appréciation faites-vous du lieu du séminaire	CONVENABLE	1 — 91%
	PAS CONVENABLE	2 — 8%
Q4 La restauration était-elle ?	EXCELLENTE	1 — 53%
	ACCEPTABLE	2 — 46%
	MAUVAISE	3
Q5 Les horaires de travail étaient-ils ?	CONVENABLES	1 — 76%
	PAS CONVENABLES	2 — 23%
Q6 Les documents de travail étaient-ils ?	SUFFISANTS	1 — 100%
	PAS SUFFISANTS	2
Q7 Les documents de travail étaient-ils ?	DE BONNE QUALITE	1 — 100%
	DE QUALITE MOYENNE	2
	DE MAUVAISE QUALITE	3
Q8 Le temps imparti pour les diffé- rents travaux était-il ?	SUFFISANT	1 — 92%
	INSUFFISANT	2 — 7%
Q9 La gestion du temps lors des tra- vaux vous a-t-elle paru ?	CORRECTE	1 — 84%
	APPROXIMATIVE	2 — 7%
	MAUVAISE	3 — 7%
Q10 Comment avez-vous trouvé l'organi- sation de la salle de travail ?	EXCELLENTE	1 — 75%
	DEROUTANTE	2
	ORIGINALE	3 — 25%
	INADEQUATE	4

QUESTIONNAIRE	MODALITES REPONSES	
Q11 Les séances plénières étaient-elles ?	BIEN CONDUITES ASSEZ BIEN CONDUITES MAL CONDUITES	1 2 3
Q12 En vous référant aux attentes et objectifs exprimés au début du séminaire, pouvez-vous dire que vos attentes et objectifs ont été	ENTIEREMENT COMBLES PARTIELLEMENT COMBLES PAS DU TOUT COMBLES	1 2 3
Q13 Que pensez-vous des animateurs de séances ?	EXCELLENTS BONS PEUVENT MIEUX FAIRE NULS	1 2 3 4

92%
7%

100%

92%
7%

Q15 Quelles sont vos idées pour organiser et améliorer un atelier du même genre ?

MERCI

104

Support for Analysis and Research in Africa (SARA)
Academy for Educational Development
1255 23rd Street NW
Washington DC, 20037
Tel: 202-884-8700
Fax: 202-884-8701 USA
E-mail: sara@aed.org