

**UNIVERSITE LIBRE DE KIGALI**

**U.L.K**

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

B.P.2280 KIGALI



**LA COMMUNICATION INTERGENERATIONNELLE  
POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DES  
JEUNES FACE AU VIH/SIDA**

**Cas du District de NYARUGENGE / MVK**

**Mémoire présenté et défendu en vue  
de l'obtention du grade de Licencié en  
Sociologie  
Par NTEZIRIZAZA Théophile**

**Directeur : Dr Abbé MASABO François**

**Kigali, février 2004**

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

ARBEF	: Association Rwandaise pour le Bien Etre Familial
CARSA	: Christian Action for Reconciliation and Social Assistance
CDC	: Center for Disease Control
CD-ROM	: Compact Disk Read Only Memory
CNJR	: Conseil National de la Jeunesse au Rwanda
CNLS	: Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
CPLS	: Comité Provincial de Lutte contre le SIDA
FOJAS	: Forum des Jeunes Anti-SIDA
IEC	: Information-Education-Communication
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
JHU	: Johns Hopkins University
MIJESPOC	: Ministère de la Jeunesse, du Sport et de la Culture.
MINISANTE	: Ministère de la Santé
MVK	: Mairie de la Ville de Kigali
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCS	: Population Communication Services
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PSI	: Population Services International
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
RCA	: République Centre Africaine
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SOJ	: Structures Organisationnelles des Jeunes
SRA	: Santé Reproductive des Adolescents
TRAC	: Treatment Research AIDS Center
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	: Fond de Nations Unies pour l'enfance
ULK	: Université Libre de Kigali
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine

## TABLE DES MATIERES

Dédicace.....	ii
Remerciements.....	iii
Sigles et Abréviations.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux et figures.....	vi

<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
1.Choix et intérêt du sujet.....	2
2.Délimitation du sujet.....	2
3.Problématique.....	3
5.Hypothèses de travail.....	6
6.Objectifs de la recherche.....	7
7.Méthologie de la recherche.....	7
8.Subdivision du travail.....	11

## **CHAP.I. CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....12**

I.1.Définition des concepts.....	12
I.1.1.La communication.....	12
I.1.1.1.Définitions.....	12
I.1.1.2.Les formes de communication sociale.....	14
I.1.1.3.Les fonctions de la communication sociale.....	17
I.1.1.4.Les éléments fonctionnels de la communication sociale.....	19
I.1.2.Le comportement.....	23
I.1.2.1.Définition du comportement.....	23
I.1.2.2.Les facteurs qui influencent le comportement humain.....	23
I.1.3.Le changement social.....	24
I.1.3.1.Définition.....	24
I.1.3.2.Les facteurs du changement.....	24
I.1.3.3.Les conditions du changement.....	25

I.1.3.4. Les agents du changement.....	25
I.1.3.5. Les phases du changement.....	26
I.1.4. La jeunesse.....	27
I.1.4.1. Définitions et limites.....	27
I.1.4.2. La vie sexuelle des jeunes.....	28
I.1.4.3. L'éducation sexuelle des jeunes.....	29
I.1.4.4. Les obstacles à l'éducation sexuelle.....	29
I.1.5. Le VIH/SIDA.....	30
I.1.5.1. Historique.....	30
I.1.5.2. La différence entre le VIH et le SIDA.....	31
I.1.5.3. Traitement du VIH/SIDA.....	31
I.1.5.4. Prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA.....	32
I.1.5.5. Les modes de prévention du VIH/SIDA.....	33
I.2. La sensibilisation des jeunes à la prévention du VIH/SIDA.....	34
I.2.1. Institutions sociales de sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA.....	34
I.2.2. Quand la communication exerce t-elle un effet sur le comportement?...	37
I.2.3. Eléments influençant l'efficacité de la communication sociale.....	38
I.3. Information-Education-Communication (IEC) face au VIH/SIDA.....	41
I.4. Résumé de la partie théorique.....	42

## **DEUXIEME PARTIE:CADRE EMPIRIQUE**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>45</b>
--------------------------	-----------

### **CHAP.II. LA PREVENTION DU VIH/SIDA PAR LA COMMUNICATION**

<b>INTERGENERATIONNELLE.....</b>	<b>46</b>
II.1. Description du milieu d'étude (District de Nyarugenge).....	46
II.2. Caractéristiques de la population étudiée.....	49
II.3. La prévention du VIH/SIDA par la communication sociale.....	50
II.4. L'éducation sexuelle des jeunes par leurs parents.....	53
II.5. Interprétation des données de l'enquête.....	56

II.6.Vérification de l'hypothèse.....	57
II.7.Conclusion du chapitre.....	60
<b>CHAP.III.LA SENSIBILISATION POUR LA PREVENTION AU SEIN DES CLUBS ANTI- SIDA.....</b>	<b>61</b>
III.1.Sensibilisation au sein des clubs anti-SIDA.....	61
III.2.La prévention pour le changement de comportement sexuel des jeunes.....	62
III.3.Interprétation des données.....	66
III.4.Vérification de l'hypothèse.....	67
III.5.Conclusion du chapitre.....	68
<b>CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>74</b>

## **INTRODUCTION GENERALE.**

Par diverses raisons, le SIDA est aujourd'hui admis par tous comme étant un problème de santé dans le sens classique du terme et un problème de développement. Il est très difficile de mesurer l'impact économique de la maladie. Mais il ne fait aucun doute que l'augmentation des dépenses de santé et la perte du revenu familial limitent les ressources. Ce qui accable davantage les victimes et ceux qui survivent à la malnutrition, à l'analphabétisme et à la maladie .

Ceci s'explique d'après le rapport global sur l'épidémie de l'ONUSIDA. Selon ce rapport la progression du VIH/SIDA et les ravages qu'entraîne le fléau dans les secteurs sociaux sensibles feront perdre dans cette partie du monde, plus de 20 ans d'efforts de développement.

Pour prendre l'exemple de l'éducation, une étude menée en RCA a fait ressortir qu'entre 1996 et 1998 le nombre de décès parmi les enseignants était équivalent au nombre des retraités. Pire, 107 écoles ont dû fermer en raison de la pénurie d'enseignants. A l'horizon 2005, les estimations relèvent que plus de 71000 enfants de 6 à 11 ans seront privés d'éducation primaire (ONUSIDA, 2000) par le SIDA.

Dans des séminaires et conférences ainsi que dans des médias, le problème du SIDA a été abordé. Il constitue toujours un véritable défi pour le monde et pour notre pays. Pour faire face à ce fléau beaucoup d'efforts ont été consentis par différents acteurs de la lutte contre le SIDA pour limiter son extension et réduire son impact. Malgré cela, le nombre de sujets infectés par le VIH ne cesse d'augmenter et surtout ceux qui constituent la force productive de notre pays, à savoir les jeunes. Ces derniers sont le groupe cible car ils disposent souvent d'informations limitées sur le sexe et leur développement sexuel et n'ont même pas souvent accès à l'assistance conseil de la part de leur environnement social . Et ne passons pas sous silence que dans notre culture la discussion sur la sexualité reste toujours un sujet tabou.

La conséquence en est que les jeunes sont de plus en plus exposés au VIH/SIDA et il est grand temps qu'ils adoptent un comportement adéquat pour la prévention qui reste la seule arme efficace dont on dispose. Cette jeunesse ne sera atteinte que grâce à une bonne communication intergénérationnelle. Ainsi la présente étude contribuera à l'étude de la communication intergénérationnelle pour le changement du comportement face au VIH/SIDA.

## **1. CHOIX ET INTERET DU SUJET**

### **➤ Intérêt personnel**

Conscient de l'ampleur des dégâts que cause le VIH/SIDA et ses conséquences dans des sociétés, cette étude est une contribution personnelle à la sensibilisation et à la conscientisation pour la prévention du SIDA surtout chez les jeunes qui constituent plus de la moitié de la population et la force productive de notre pays.

### **➤ Intérêt scientifique**

Sur le plan scientifique, cette recherche vise à cerner les expériences, les limites et les possibilités de la communication au service du bien-être social. Nous pensons que cette étude sera utile aux futurs chercheurs qui vont approfondir d'autres aspects de ce domaine.

### **➤ Intérêt social**

Vu que le SIDA est un véritable problème pour notre société, nous nous proposons de montrer comment la communication peut contribuer au changement de comportement des jeunes face à ce fléau.

## **2. DELIMITATION DU SUJET.**

Les facteurs financier, matériel et temporel ne pouvant pas permettre notre étude au niveau national, elle s'est limitée à la Mairie de la Ville de Kigali, précisément au District de Nyarugenge. Aussi avons-nous préféré les jeunes de 15 à 25 ans, particulièrement ceux qui sont sous la responsabilité des parents et sont encore célibataires car ce sont eux qui constituent le Rwanda de demain.

Ils sont à un stade où ils affrontent de nouvelles et diverses expériences. Ces dernières et les risques qu'elles impliquent conditionnent leur développement. Mais en même temps les jeunes ont besoin d'être aidés pour faire face aux activités qui peuvent constituer un danger pour leur bien-être. Cette étude a été menée dans le cadre sociologique en analysant la communication sociale comme facteur de changement de comportement des jeunes face au VIH/SIDA. Ainsi, elle se limite à cet effet à la sociologie de la santé et de la protection sociale ainsi qu'à la sociologie de l'information et de la communication sociale.

### **3. PROBLEMATIQUE.**

Depuis la découverte du virus du SIDA en 1981, bien des recherches ont été menées sur cette maladie. Plusieurs auteurs n'ont cessé de démontrer son ampleur dans le monde en général et en Afrique subsaharienne en particulier.

Selon Daniel VANGROCNWCGHE (2000), il y avait déjà dans le monde 34,3 millions des personnes contaminées par le VIH/SIDA en l'an 2000.

Le nombre des séropositifs africains s'élevait à 24,5 millions; soit 71% de la population séropositive mondiale, et dans certaines grandes villes de l'Afrique orientale on comptait jusqu'à 33% des séropositifs parmi la population sexuellement active. L'étude faite en 2001 par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), a montré que sur le total de 40 millions des personnes infectées par le VIH/SIDA, 29 millions, soit 71,2%, étaient de la région de l'Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2001: 5).

Les derniers chiffres de la pandémie du SIDA dévoilés par l'ONUSIDA en 2002, sont encore plus catastrophiques qu'un an auparavant, révélant ainsi combien le SIDA est de plus en plus incontrôlable.

Ces chiffres indiquent que 42 millions de personnes dont 800.000 enfants ont été infectés par le VIH/SIDA: 3 millions d'hommes et 2 millions de femmes ont contacté le virus.

Quant à celles qui sont mortes des suites de SIDA, ils sont 3,1 millions dont 610.000 enfants, 1,9 millions d'hommes et 1,2 millions de femmes.

L'Afrique est la région la plus affectée, car près des  $\frac{3}{4}$  de personnes infectées habitent en Afrique subsaharienne (29,4 millions). L'Asie est la deuxième région du monde la plus touchée. On compte 6 millions de personnes concernées en Asie de l'Est et dans le Pacifique, 1,2 millions en Asie centrale et en Europe de l'Est.

Les régions sont représentées comme suit: Amérique latine: 1,5 millions; Amérique du Nord: 980.000; Europe de l'Ouest 570.000, Afrique du Nord et Moyen Orient 550.000; Caraïbes: 440.000; Australie et la Nouvelle Zélande: 150.000

Concernant notre pays, depuis près de deux décennies, l'infection au VIH/SIDA constitue un véritable défi. Le Rwanda fait partie aujourd'hui des 16 pays dans lesquels plus de  $\frac{1}{2}$  de la population d'âge variant entre 15 et 49 ans est infectée par le VIH (ONUSIDA, 2000:164). Il est parmi les 9 pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés par le SIDA avec un taux de prévalence de 12,75% au sein de la population de 15 à 49ans (Banque mondiale, 2000).

En 1997, le programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) estimait à environ 11,1% la proportion des sujets adultes contaminés par le VIH. Alors qu'en 1991 les données indiquaient des taux de seroprévalence de 27% en milieu urbain, de 8,5% en milieu semi-urbain et de 2,2% en milieu rural.

Les données recueillies en 1996 montraient des chiffres encore plus élevés: 27% en milieu urbain, 13% en milieu semi-urbain et 6,9% en milieu rural. D'après les données de séro-surveillance de 1998-1999, la prévalence de l'infection à VIH varie entre 2,3% en milieu rural et 18,2% milieu urbain. Au niveau de certains centres urbains, la prévalence atteint 28,6%. C'est le cas de la Ville de Kigali.

Néanmoins au Rwanda, comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, la forte prévalence de comportements sexuels à risque reste le principal facteur explicatif d'un niveau d'infection à VIH/ SIDA encore élevé.

En 2002 le Conseil National de la Jeunesse au Rwanda (CNJR) élaborera son plan d'action de 3ans de lutte contre le SIDA chez les jeunes.

Les activités prévues dans ce plan furent exécutées avec les concours de FOJAS (Forum des Jeunes Anti-Sida) réunissant les structures organisationnelles des jeunes (SOJ) et les clubs et associations Anti-sida.

Il est à noter que ce plan montre que les jeunes constituent le segment de l'effectif de la population rwandaise le plus important et l'un des groupes à très haut risque.

Diverses études faites par différents chercheurs comme celle faite par MUKANGWIJE Pulcherie par exemple, intitulée « *Comportement sexuel et utilisation du préservatif dans la prévention du VIH/SIDA* », ont montré que dans notre pays les individus ayant les partenaires sexuels multiples constituent les principales couches à risque pour le VIH/SIDA. Et notre jeunesse, parce que faisant partie de cette catégorie à partenaires sexuels multiples, constitue la couche nécessitant une intervention particulière .

En effet, pour que le SIDA soit abordé ouvertement, le public et surtout les jeunes qui constituent le groupe cible doivent être informés en mettant un accent particulier sur la communication en ce qui concerne la sexualité.

Ainsi, en plus de la communication autour du SIDA et de la sexualité qui reste encore objet du tabou, le réseau de distribution des préservatifs reste aussi limité et son usage insuffisant. C'est pourquoi, aborder ce tabou, c'est participer à la création d'un environnement dans lequel les interventions préventives deviendraient la norme. Concrètement, ceci veut dire que dans le processus de créer un environnement dans lequel la discussion sur la sexualité et autour de celle-ci, ainsi que la distribution pour une utilisation systématique et correcte des préservatifs, sont reconnues comme une règle, un principe et un idéal auxquels la majorité de cas devrait se conformer.

Le Rwanda, comme tous les pays chez qui sévit la maladie, ne cesse de fournir d'efforts par divers acteurs de la lutte contre le SIDA afin de limiter l'extension et réduire son impact comme nous l'avions dit ci-haut.

La majorité de la population est informée en ce qui concerne les modes de transmission et les moyens de prévention du VIH/SIDA. Mais, le nombre de sujets infectés par le VIH/SIDA ne cesse d'augmenter.

La communication envisagée pour la prévention du VIH/SIDA est essentiellement un problème de changement de comportement plus que celui d'information car celle-ci ne peut à elle seule réduire la vitesse de propagation du fléau .

Cela suppose le changement des attitudes et des opinions pour aboutir à des comportements favorables à l'égard de la prévention du VIH/SIDA.

C'est pourquoi un environnement motivant et sensibilisant les jeunes aux comportements sociaux et sexuels responsables devrait être créé; or de toutes les activités menées par les acteurs précités, peu révèlent l'importance de la communication intergénérationnelle pour le changement de comportement des jeunes face au VIH/SIDA..

Notre apport consistera alors à résoudre les problèmes suivants:

- ❖ Un comportement plus prudent chez les jeunes face à la prévention du VIH/SIDA peut-il être l'effet de la communication intergénérationnelle?
- ❖ Pourquoi chez les jeunes les croyances erronées sur l'usage du préservatif persistent-elles encore?
- ❖ Etant donné que bon nombre de personnes ne sont pas libres de discuter du sexe, y-a-il des moyens envisagés pour sortir la sexualité des sujets tabou ?

#### **4. HYPOTHESES DU TRAVAIL.**

Nous proposons deux hypothèses suivantes:

- La communication intergénérationnelle sur le VIH/SIDA aide les jeunes à adopter un comportement sexuel responsable.
- Les clubs anti-sida assurent chez les jeunes une meilleure sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA.

## 5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans ce travail, nous nous proposons d'atteindre trois objectifs qui nous permettront de répondre aux questions posées par notre recherche.

Les trois objectifs sont les suivants:

- Déterminer les effets de la communication intergénérationnelle sur le changement de comportement des jeunes envers le VIH/SIDA.
- Identifier les principales contraintes qui empêchent notre jeunesse à adopter des comportements sans risque vis-à-vis du VIH/SIDA.
- Faire des propositions et des mesures à prendre.

## 6. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.

Notre travail étant une analyse de la communication pour le changement de comportement face au VIH/SIDA, nous avons fait recours à quelques techniques et méthodes ( bien que d'autres ont intervenu durant le travail ) qui suivent:

### 7.1. Les techniques de recherche.

Les techniques de recherche auxquelles nous avons fait recours sont les suivantes :

- ❖ **La technique documentaire:** Elle nous a permis de préciser et de circonscrire les concepts clés de notre sujet d'étude et de fixer un cadre théorique du travail en recourant aux ouvrages et d'autres documents de différents chercheurs qui ont travaillé sur ce sujet.
- ❖ **La Technique d'interview:** Nous avons élaboré un questionnaire d'interview sur base de variables indépendantes et leurs indicateurs respectifs, liés aux objectifs et aux hypothèses de travail (voir annexe).

Les questions qui ont été soumises aux enquêtés sont de type fermé, semi-fermé et ouvert. Il s'agissait de répondre par oui ou non, de choisir parmi les réponses proposées celles qui semblent être plus convenables ou de répondre librement (voir annexes).

Notre questionnaire comprenait les questions relatives à l'identification des enquêtés et celles relatives au sujet de recherche. Une pré-enquête a été effectuée sur quelques jeunes dans le district de Nyarugenge dans le cadre de remodeler les questions les plus difficiles ou peu claires, d'ajuster le questionnaire aux personnes ressources ou de reformuler les hypothèses de travail si nécessaire.

L'enquête proprement dite a porté sur 96 jeunes venant de trois secteurs administratifs à savoir: CYAHAFI, BILYOGO et GITEGA (l'enquête s'est déroulée dans chacun des secteurs).

Concernant l'administration du questionnaire, JAVEAU. C (1985: 3) distingue deux types d'administration du questionnaire aux enquêtés:

- i) L'administration directe où l'enquêté écrit lui-même les réponses sur le questionnaire.
- ii) L'administration indirecte où l'enquêteur note les réponses que lui fournit l'enquêté.

Nous avons opté pour les deux techniques. Nous avons distribué les questionnaires aux enquêtés sachant lire et écrire. Pour ceux qui ne savent pas lire et écrire, nous avons procédé à pré-coder les réponses fournies et nous nous gardions toujours de lire les réponses aux enquêtés.

- ❖ **La Technique d'entretien:** afin de mieux collecter plus d'informations, nous avons également fait recours à cette technique qui consiste à entrer en contact direct et personnel avec les sujets pour obtenir des explications et des éclaircissements non obtenus autrement. Ainsi, nous avons eu des entretiens avec différents acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA dans le district d'étude ainsi qu'avec quelques parents.

❖ **La technique d'échantillonnage:** l'établissement d'un échantillon consiste à reproduire une sorte de modèle réduit de la population à étudier afin d'expliquer le tout par les parties (BRIMO.A,1972:103): «L'échantillon » c'est-à-dire l'ensemble des personnes à interroger est extrait d'une population plus large appelée selon Claude JAVEAU « population parente », « univers », « population de référence », « population- mère ».

L'Univers de notre population était estimé à 27.940 jeunes. Ne pouvant pas interroger tout le monde à défaut de moyens matériel et financier, nous avons tiré un échantillon représentatif de la population-mère ci-haut mentionnée de la manière exposée ci-dessous.

Du fait que les six secteurs qui composent le district de NYARUGENGE présentent globalement les mêmes caractéristiques, nous avons tiré au hasard au sens statistique du terme trois secteurs parmi eux. Nous nous sommes intéressés aux jeunes de 15 à 25 ans .

La table de détermination de la taille de l'échantillon d'Alain BOUCHARD nous a permis d'obtenir l'effectif de l'échantillon pour notre étude. Cette table stipule que quand l'univers de l'échantillon est inférieur à 1.000.000 d'individus, on fait correspondre un échantillon de 96 individus ,étant donné une marge d'erreur de 10%. Ainsi, notre univers étant inférieur à 1.000.000 d'individus, il a fallu appliquer la formule appropriée pour trouver la taille de l'échantillon corrigée.

Enfin, notre univers étant fini, à savoir 27.940 jeunes, la formule qui a été appliquée pour trouver la taille de l'échantillon est la suivante:

$$n_c = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \left\{ \begin{array}{l} N = \text{la taille de l'Univers qui correspond à 27940 jeunes.} \\ n = \text{la taille de l'échantillon pour un univers infini, lequel} \\ \text{correspond à 96 individus.} \\ n_c = \text{la taille de l'échantillon corrigée.} \end{array} \right.$$

Alors,

$$N_c = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = n \times \frac{N}{N+n} = \frac{N \times n}{N+n}$$

Si nous remplaçons N et n par leurs valeurs respectives, nous obtenons :

$$\frac{27940 \times 96}{27940+96} = \frac{2682240}{28036} = 95,6 = 96 \text{ jeunes.}$$

De ces 96 jeunes, nous avons également procédé à la stratification pour représenter les garçons et les filles.

\* **Echantillonnage stratifié**

Parmi 27940 personnes qui constituent la population-mère, les garçons étaient estimés au nombre de 15624 ( c'est-à-dire 56% ) et 12316 filles ( c'est-à-dire 44% ) .

En cherchant la représentation de l'effectif des garçons et des filles qui ont été enquêtés, nous avons procédé comme suit:

$$\Rightarrow \text{garçons : } \frac{56 \times 96}{100} = 53,7 = 54.$$

$$\Rightarrow \text{filles : } \frac{44 \times 96}{100} = 42,2 = 42$$

Nous avons alors interrogé au hasard 54 garçons et 42 filles du District de Nyarugenge.

## 7.2. Les méthodes de recherche.

Quant aux méthodes de recherche auxquelles nous avons fait recours, elles sont les suivantes:

- ❖ **La méthode dialectique:** Elle nous a permis de rechercher dans la culture rwandaise des éléments qui caractérisent les relations entre parents et enfants. Ceci nous a permis de déceler les contradictions autour du dialogue sur la sexualité au sein des familles.
- ❖ **La méthode structuro-fonctionnelle:** La jeunesse étant considérée comme un sous ensemble faisant partie d'une société, il ne peut être appréhendée et interprétée que par rapport à son aspect global ou total, car un élément n'aurait pas de sens en dehors d'une totalité. Les faits qui se déroulent au sein du groupe des jeunes sont donc des faits sociaux totaux.

- ❖ **La méthode interactionniste systémique:** Ici la communication sera définie comme la participation d'un individu (des jeunes) à un système d'interaction qui le relie à d'autres (Alex MUCCHIELI et Jeanine G, 1988).

## **7. SUBDIVISION DU TRAVAIL**

Outre l'introduction générale, la conclusion générale et les recommandations, notre étude a été divisée en deux parties principales. La première partie constitue le cadre conceptuel qui définit les termes clés et donne des informations sur l'infection au VIH/SIDA, ainsi que sur le processus du changement de comportement pour la prévention de la maladie.

La deuxième partie s'intéresse au cadre pratique, où il est question de la vérification des hypothèses après l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête.

## **PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE**

## CHAP.I. CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Ce premier chapitre traite des éléments capables d'éclairer le lecteur sur le présent travail. Il définit à cet effet des concepts clés afin d'assurer une plus large compréhension et d'établir un accord sur les termes choisis.

### I.1.Définition des concepts

#### I.1.1. La communication.

##### I.1.1.1. Définitions.

Le concept de communication connaît plusieurs acceptations indépendamment des auteurs. Pour les non spécialistes, communiquer peut signifier tout simplement le fait de transmettre un message d'un individu à un autre. C'est ainsi que le dictionnaire Robert pour tous de la langue française précise que communiquer peut signifier faire partager, comme dans l'expression communiquer ses sentiments, révéler, avoir quelque chose à partager, etc.(LEGRAIN. M,1995)

Au point de vue étymologique, le mot communiquer en latin COMMUNICARE, signifie mettre en commun et/ou être en relation avec. Et comme le mentionne WILLET, cité par A.LARAMEE (1996:107), la plupart des définitions usuelles de la communication révèlent globalement les caractéristiques suivantes:

- La communication est considérée comme le produit de l'échange ou de la transmission des messages
- La communication est une correspondance totale entre la transmission d'un message d'un individu A vers un individu B de sorte que ce dernier découvre dans ce message une reproduction exacte de l'intention et l'objectif de l'individu A.



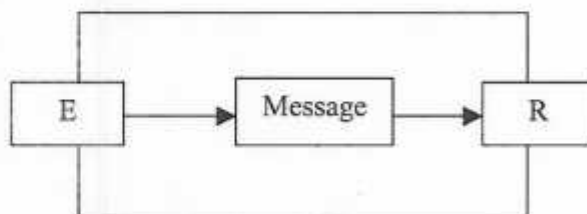
La communication est toujours été un besoin fondamental dans la société. L'homme étant un être social a besoin de parler, d'échanger autant qu'il a besoin de se nourrir, de se vêtir, ou de s'abriter.

Mais, c'est dans un autre sens que nous parlons souvent de la communication sociale. Celle-ci a pour objectif principal comme le déclare CHRISTIAN B. (1999:271) de tenter d'obtenir l'adhésion volontaire de chacun par un processus s'appuyant sur la volonté de le faire participer à son propre mieux-être et à celui de la collectivité. En effet nous signalons qu'en ce qui concerne notre travail, c'est la communication sociale qui sera traitée, c'est-à-dire une communication finalisée.

WARREN K. Agée, cité par A.LARAMEE (1996:109) définit quant à lui la communication comme étant l'acte de transmettre des informations, des idées et des attitudes d'un individu à un autre. Cette théorie reflète ce qu'a évoqué Harold LASSWELL (1948:18) dans la théorie de la communication. Lui a donné la formule selon: « *Qui, dit quoi, à qui, par quel moyen, avec quel résultat* ». Selon cette théorie, tout système de communication correspond au transfert d'un message matériel ou matérialisable entre un Emetteur (E) et un Récepteur (R).

Ce modèle se présente comme suit:

**Figure1. Schéma de communication selon H.Lasswell. ( 1948 : 18).**



Ce schéma suppose l'existence d'un émetteur (communicateur) ou de l'individu qui transmet le message (les idées, les mots ou les signes) et enfin d'un destinataire, c'est-à-dire celui qui reçoit le message.

Cette définition ne fait pas intervenir la notion de feed-back ou la rétroaction pourtant indispensable dans un processus de communication .

Or, communiquer consiste à échanger avec autrui, elle est donc une interaction. On voit ainsi la faiblesse de la théorie de H. LASSWELL.

D'autres chercheurs en communication, notamment BATESON et ses compagnons, précisent que la communication sociale n'est plus uniquement cet acte verbal, conscient et volontaire mais tout acte instaurant par le truchement des codes de comportement une relation de communication (LICHNEROWICZ.A, et al, 1983:61 ).

Pour AGEE K, et al (1989:32), elle consiste à transmettre des informations, des idées et des comportements d'une personne à l'autre.

Un émetteur envoie un message à un auditoire par l'intermédiaire d'un canal en cherchant à produire un effet.

Dans le cadre de la communication pour le changement de comportement, elle se conçoit comme l'insertion totale des cibles du changement souhaité dans les circuits de prise de décision concernant l'orientation dudit changement.

De ces différentes définitions, nous pouvons quant à nous définir la communication comme une échange d'informations, d'idées ou d'opinions entre deux ou plusieurs individus et qui tend à influencer ou à modifier les perceptions, les attitudes, les comportements, les opinions d'un individu ou d'un groupe d'individus.

En effet, on ne communique pas pour le simple plaisir de le faire, mais pour satisfaire un besoin: s'informer, comprendre, partager quelque chose ou obtenir quelque chose de quelqu'un d'autre.

#### **1.1.1.2. Les formes de communication sociale.**

La communication sociale, en tant qu'action de transmettre des informations, des idées, des opinions et des attitudes d'un individu à un autre ,peut prendre diverses formes.

Elles sont au nombre de trois, nous référant à celles décrites par ( AGEE. K et al, 1989:13-14).

### 1°. La communication intrapersonnelle.

Il s'agit d'un mode de communication intérieure d'un individu. Celui-ci parle à lui-même. C'est ainsi qu'AGEE K. et al (1989:13-14) nous le décrivent ci-dessous. Pour ce mode de communication, nous pouvons évoquer la communication par le corps. Elle se transmet souvent par la communication non verbale. Dans le monde où vivent les hommes, tout est, si non signe, du moins indice, c'est-à-dire source de renseignements et d'interactions. Sans arrêt nous regardons, nous nous jugeons et nous nous jugeons. Il semble que la conversation en face à face ne soit rendue possible que par la présence d'indications paralinguistiques appropriées comme nous le déclare ABERCROMBIE, cité par CHRISTIAN B. et XAVIER M. (1999) comme quoi: *« nous parlons avec nos organes vocaux mais c'est avec tout le corps que nous conversons »*. La communication par indices ou par signaux est en partie donc non verbale.

Il est connu aujourd'hui, grâce aux découvertes de ceux qui font l'étude des relations interpersonnelles (psychologues, psychosociologues) et l'étude du comportement des êtres vivants (psychanalystes, ethnologues) que l'essentiel de la communication est non verbal.

Des chercheurs américains et anglo-saxons ont réalisé des études expérimentales utilisant la vidéo. Ils ont montré, en observation directe et avec une caméra derrière une glace sans tain, qu'au moins 75% de la communication entre individus est non verbal (OGER-STEFANINK, 1987: 56). Et d'ailleurs, les premiers messages d'un être humain sont non verbaux: ce sont les gestes, les sourires, les regards interchangés.

L'information non verbale est parfois supérieure à l'information verbale. Son impact est immédiat qu'elle soit consciente ou inconsciente, intentionnelle ou non, elle ne peut que difficilement être annulée par les mots.

## **2°. La communication interpersonnelle.**

Elle est la transmission d'informations, d'idées et d'attitudes à travers un message faisant appel à un ou plusieurs individus. Lorsqu'elle utilise l'oralité comme canal de transmission, elle est nommée la « *communication de face à face* ». Cette forme de communication est observée souvent durant les réunions publiques, les enseignements en classe par exemple, les discussions dans des petits groupes et les séances des conseils individuels (counseling). Une telle communication est profitable à tous les sujets concernés par le message, car en échangeant des informations, ils découvrent eux-mêmes des réalités au lieu de les intérioriser aveuglement .

## **3°. La communication de masse.**

Elle consiste en une transmission d'informations, d'idées et d'attitudes à un public relativement large, hétérogène et anonyme par l'intermédiaire des médias mis en œuvre à cet effet. L'émetteur s'adresse à des milliers des personnes différentes (récepteur) en même temps.

Maintenant, quant à ce qui concerne la communication intergénérationnelle qui est l'objet de notre étude, essayons d'en donner la définition. Etymologiquement, génération vient du latin GENERARE, qui signifie engendrer. Ce concept désigne le regroupement d'individus ayant l'âge similaire.

Il désigne également l'intervalle de temps qui sépare la naissance des parents de celle de leurs progénitures (une trentaine d'années en moyenne).

Pour le cas de notre étude concrètement et brièvement, il s'agit d'une échange d'informations entre la génération adulte (parents) et la génération jeune (enfants) ainsi qu'au sein de chacune de ces regroupements; au sujet du VIH/SIDA pour briser le silence, mettre à nu le tabou, afin de changer le comportement face à l'épidémie.

### **I.1.1.3 Les fonctions de la communication sociale.**

Nous savons que l'homme aborde souvent les problèmes qui l'entourent, sous un angle subjectif, suivant le but qu'il veut atteindre. Les croyances erronées sur l'usage du préservatif pour la prévention du VIH/SIDA soulevées par la problématique de notre recherche serait un exemple typique en ce sens.

Ainsi, si on se place du point de vue émission, les fonctions de communication sociale apparaissent comme des objectifs qu'elle poursuit en communiquant. C'est ainsi qu'on peut informer, éduquer, animer et distraire.

Quant en se plaçant du point de vue réception, ces fonctions se confondent avec ses motivations comme nous le précisent NADLER et LAWLER cités par ALPANDER (1989:56), comme quoi « *le niveau de motivation d'un individu est fonction de son attente de ce qu'un résultat désiré suive un comportement particulier et de la valeur subjective du résultat* ».

Nous référant à COURT.G. (1971) nous présentons quatre fonctions de communication sociale:

#### **a. La fonction d'information.**

A travers le temps et l'espace, tout homme a été toujours à la recherche de l'information; il cherche à s'informer, à se renseigner, à savoir.

Autrement dit, le savoir et la connaissance sont indispensables à la vie sociale. L'information en tant que fonction de communication sociale est un besoin essentiel de l'homme vivant en société.

En effet, l'information assure diverses fonctions sociales à savoir celles de sécurité et de protection, d'alimentation, de la connaissance du milieu, etc.

### **b. La fonction d'éducation.**

L'éducation est définie comme l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mures pour la vie sociale.

C'est par l'éducation que l'homme devient un être social. Cette fonction est assurée par tous les milieux de socialisation tels que la famille, l'école, l'église, etc.

Et cela n'est possible que grâce à la communication qui permet de transmettre aux individus les différentes manières de penser, de sentir, de faire et d'agir qui sont en vigueur dans une communauté donnée.

### **c. La fonction d'animation.**

L'homme a toujours cherché à communiquer son ardeur, son enthousiasme et sa foi à autrui. Il tente de convaincre son interlocuteur de la force de ses idées pour l'amener à se ranger de son côté. Sans trop entrer en détails pour ce qui concerne les formes d'animations, nous citons la forme d'animation qui se trouve dans la religion où il est question d'avoir la foi ou non; dans la politique où il est question d'adhérer ou non à tel ou tel parti politique ou à telle ou telle idéologie etc.

Enfin, disons qu'il existe une autre forme d'animation qui revêt un caractère social qui tend à regrouper les hommes selon leurs intérêts. C'est par exemple les cas des associations des femmes veuves, des Syndicats, des Clubs anti-Sida, etc.

### **d. La fonction de distraction.**

Aujourd'hui par le biais de différentes sortes de jeux, l'homme parvient à satisfaire le désir de distraction qui serait considéré comme l'un de ses besoins. Ces jeux peuvent jouer une double fonction, à savoir: de distraction et de sensibilisation. Prenons l'exemple du théâtre pour l'illustration: Considéré

surtout comme un jeu, il apparaît comme une activité efficace et efficiente dans le processus de changement de comportement des jeunes pour la prévention du VIH/SIDA. Ceci, se justifie par le fait que les jeunes se sentent intensément motivés par les activités qui ne leur imposent pas certaines contraintes, dans lesquelles ils se sentent à l'aise et où ils ont l'impression de jouer un rôle.

#### **I.1.1.4. Les éléments fonctionnels de la communication sociale.**

D'après plusieurs auteurs du domaine de l'information et de la communication comme AGEE K et al (1989: 31-34), COURT G. (1971:11) cinq éléments sont dégagés, à savoir: l'émetteur, le message, le récepteur, le canal de communication et l'impact du message.

##### **❖ L'émetteur.**

C'est la source qui diffuse l'information . Cette source peut-être un parent, un groupe de personnes, une entreprise, un journaliste, un enseignant, un organisme d'information (maison d'édition, radio, TV, etc.), un auteur d'un livre ou une agence de publicité et d'information.(MUMBU P, 2002)

Pour que la communication sociale puisse être efficace, plusieurs facteurs de l'émetteur en vers son public (cible) jouent un rôle capital .

Ces facteurs sont: la personnalité, le statut social, les valeurs culturelles, les préjugés et les attitudes. C'est dans ce même ordre de pensée que FREDDY T. (1959:43) déclare: *« si l'échec d'une communication peut venir d'un manque de réceptivité chez le récepteur, il peut provenir aussi de l'incapacité de l'émetteur, de son manque d'information ou de prestation, de ses difficultés à exprimer le message. L'émetteur souvent ne se trouve pas dans le même périmètre culturel que le récepteur et son message est comme prisonnier de sa culture et de son langage qui font écran entre lui et ceux à qui il parle ».*

La compétence de l'émetteur est donc d'une importance capitale pour l'adoption du message transmis.

### ❖ *Le message.*

En communication, partant du sujet traité, le message revêt trois formes, à savoir: la communication comportementale, la communication informative et communication promotionnelle des services.

- **La communication comportementale** cherche à modifier les comportements individuel et collectif dans un sens positif ou favorable. La prévention contre le VIH/SIDA en est un exemple.

- **La communication informative** permet la présentation des éléments nouveaux d'information concernant les droits et les devoirs des citoyens. Le payement des impôts ou le droit de la femme en constituent des exemples.

- **La communication promotionnelle des services** vise à promouvoir des services publics et parapublics ainsi que des organismes de cet ordre.

Considérant notre étude, la forme qui nous intéresse est celle de la communication comportementale qui privilégie un échange d'idées. Ce n'est qu'après la conclusion formulée par l'émetteur avec la participation du public cible concerné que quelques comportements nouveaux souhaités par l'émetteur commencent à se manifester chez le public cible comme l'a précisé KURT LEWIN in Newcomb, TM et al (1952:472) en disant que: « *aussi longtemps que les normes du groupe demeurent inchangées, l'individu va résister au changement d'autant plus fermement qu'il est loin des normes de ce groupe. Quand la norme du groupe est elle-même changée, la résistance due à la relation entre l'individu et la norme du groupe est éliminée* ».

### ❖ *Le récepteur.*

Il peut être un individu ou toute une société. C'est ainsi qu'on parle souvent de « masse » pour désigner l'immensité de la population soumise au message. Il est cependant important de mettre un accent particulier sur la notion de cible et l'époque de diffusion du message.

En effet, un bon choix pour cette condition est nécessaire, comme par exemple une émission sur la prévention du VIH/SIDA pour les jeunes scolarisés devrait être radio et/ou télédiffusée durant les vacances.

❖ *Le canal de communication.*

Nous définissons le canal de communication comme un moyen mis à la disposition d'un émetteur pour la transmission d'un message. C'est un support de la communication.

C'est à ce titre que nous distinguons dans les médias: la presse, la radiodiffusion, la télévision, le cinéma, le théâtre, les médias électroniques tels que le CD-ROM, l'Internet, le téléphone ou le fax.

En plus de ces médias, d'autres supports de communication sont les expositions, les réunions, les congrès, les conférences, les manifestations sportives ou religieuses.

❖ *L'impact du message .*

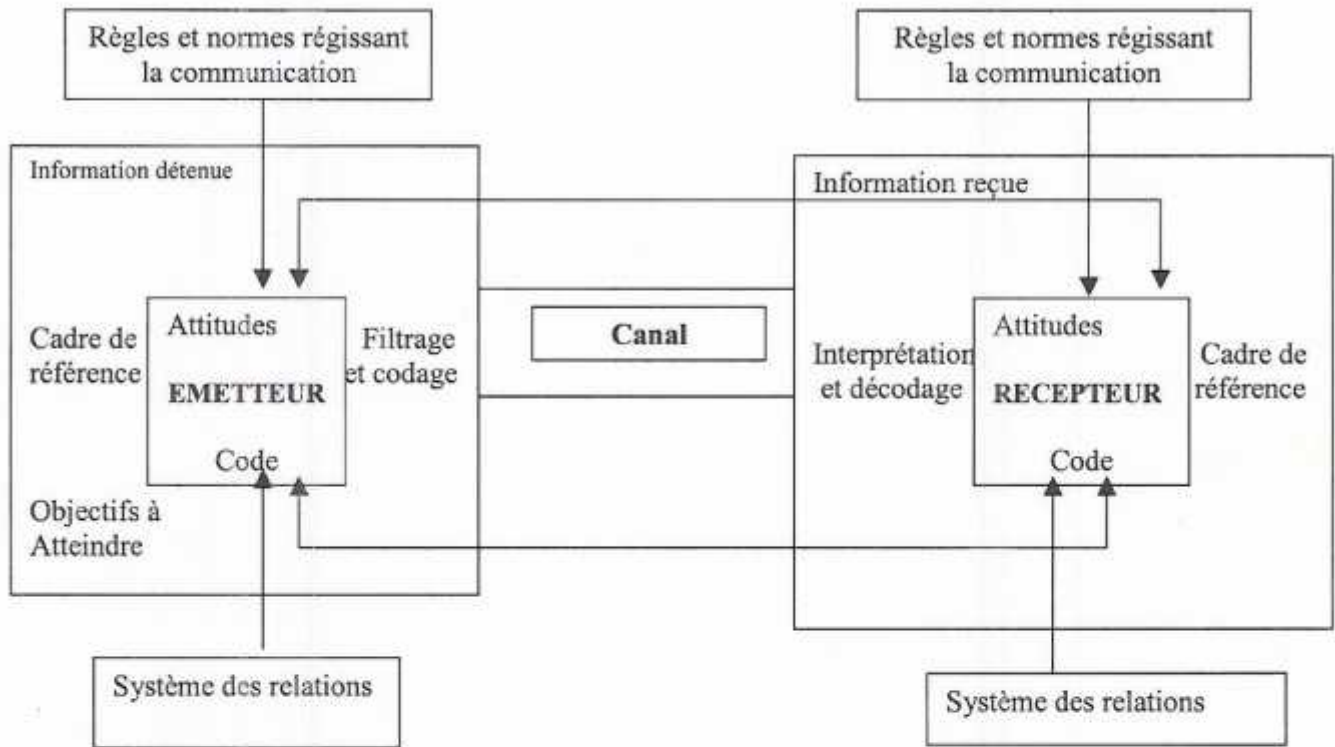
L'impact suppose une cible, car l'objectif de l'émetteur est d'agir sur cette cible par la force de persuasion ou sa force d'influence. L'impact est donc pris comme un signe laissé par un message transmis sur une cible.

Il peut consister à faire la sensibilisation et peut également viser le changement d'opinions, d'attitudes ou des comportements.

Pour le cas de notre étude, il vise le changement de comportement des jeunes pour la prévention du VIH/SIDA.

Le tableau ci-dessous résume presque tout ce qui vient d'être évoqué en rapport avec le concept de communication sociale.

**Figure 2 : Tableau synoptique du processus d'information et de communication sociale de R.MUCCHIELLI (1978 :22).**



## I.1.2. Le comportement.

### I.1.2.1. Définitions.

Le comportement est défini selon CHOSSON J.F (1968: 45) comme étant « *ce qui est extérieurement manifesté, donc objectivement observable des façons d'être et d'agir d'une personne ou d'un groupe: les sentiments, les émotions, et autres actes tels qu'ils sont objectivement, tels qu'ils sont exprimés* ». Il est généralement défini comme la conduite observable et extérieure de l'homme.

L'Encyclopedia universalis précise que « *le comportement se conçoit ordinairement de l'homme et des groupes humains* ». Se comporter, c'est agir d'une certaine façon. C'est adopter ou accepter une certaine conduite . C'est tout simplement vivre de telle ou telle façon.

### I.1.2.2. Les facteurs qui influencent le comportement humain.

Les facteurs qui influencent le comportement humain se subdivisent en deux groupes: les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

- **Les facteurs personnels du comportement:** on distingue les facteurs physiologiques (hérédité, constitution biologique, besoins, pulsion), les facteurs physiques (habiletés psychomotrices) et les facteurs psychiques (croyances, connaissances, perceptions, attitudes, valeurs, personnalité).

- **Les facteurs environnementaux:** ils comprennent les relations interpersonnelles (famille, parents, conjoints, amis, collègues) et des réseaux de services et de loisirs.

Avant de parler du changement de comportement et de préciser ses phases, définissons le concept de changement social.

### **I.1.3. Le changement social.**

#### **I.1.3.1. Définition.**

Le changement social consiste en transformations observables et vérifiables au niveau des attitudes, opinions, croyances, doctrines, disciplines; d'une collectivité donnée face à une situation donnée. Et, ceci est localisé géographiquement et sociologiquement.

Le changement social est nécessairement un phénomène collectif, c'est-à-dire qu'il doit impliquer une collectivité ou un secteur appréciable d'une collectivité. Il doit affecter les conditions ou les modes de vie, ou encore l'univers mental de plus que quelques individus seulement. Le changement qui n'affecte qu'une personne ou seulement quelques personnes ne peut pas être considéré comme un changement social.

Pour le cas de notre étude, la collectivité concernée par le changement à envisager est la jeunesse rwandaise, particulièrement celle du district de NYARUGENGE, face au VIH/SIDA.

GUY ROCHER (1968: 22) nous le définit comme étant « *toute transformation observable dans le temps, qui affecte, d'une manière qui ne soit pas que provisoire ou éphémère, la structure ou le fonctionnement de l'organisation sociale d'une collectivité donnée et modifie le cours de son histoire* ».

#### **I.1.3.2. Les facteurs du changement.**

Parler d'un facteur de changement, c'est faire appel à un déterminant fort du changement social. Un facteur est en effet un élément d'une situation donnée, qui, du seul fait de son existence ou par l'action qu'il exerce, entraîne ou produit un changement. Ainsi, l'instauration des campagnes de sensibilisation (utilisation du préservatif par exemple) contre le SIDA, amène des changements dans les mœurs, dans la culture, dans l'organisation sociale de la communauté cible.

### **I.1.3.3. Les conditions du changement.**

Les conditions du changement sont des éléments de la situation qui favorisent ou défavorisent, activent ou ralentissent, encouragent ou retardent l'influence d'un facteur ou de plusieurs facteurs du changement.

Pour reprendre le même exemple, l'attitude de la jeunesse face au changement, la perception qui se propage au sein de cette même collectivité seront des conditions favorables ou défavorables selon le cas, au changement préconisé par l'instauration des dites campagnes de sensibilisation.

Mais précisons que les conditions et les fonctions de changement sont complémentaires. Les conditions du changement sont les éléments d'une situation qui favorisent ou défavorisent l'action des facteurs. Elles permettent aux facteurs d'exercer leur influence ou au contraire, elles étouffent l'action des facteurs. En outre, les conditions peuvent affecter le rythme du changement; elles feront que l'action des facteurs sera plus rapide ou plus lente.

### **I.1.3.4. Les agents du changement.**

Ce sont les personnes, les groupes, les associations qui introduisent le changement, qui l'appuient, le favorisent ou s'y opposent. Ce sont donc, les acteurs et les groupes dont l'action est animée par des buts, des intérêts, des valeurs, des idéologies qui ont un impact sur le devenir d'une société. Pour notre cas, ce sont tous les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA que nous avons énumérés précédemment.

Enfin, l'analyse qui précède nous donne des éléments nécessaires pour nous construire une définition assez simple et assez claire du changement de comportement pour ce qui concerne notre thème d'étude.

Nous le définissons donc comme étant la transformation observable qui affecte les conditions ou les modes de vie ou encore l'univers mental de la population cible (jeunesse) en vue d'adopter ou d'accepter une certaine conduite face à une situation présente.

### **I.1.3.5. Les phases de changement de comportement.**

Selon les professionnels en IEC, il n'est pas facile de changer un comportement. C'est pourquoi donc il suit un certain processus.

MUCCHIELLI R. (1981:108) dit que « *le changement de comportement est un processus linéaire et qui se passe en plusieurs étapes (...), que l'on peut pas opérer un changement de comportement avant que l'on puisse satisfaire les étapes complètes du processus de changement* ». Selon cet auteur, le processus linéaire de changement de comportement se subdivise en trois étapes: il s'agit de la sensibilisation, de la persuasion et de la motivation.

#### ➤ ***La sensibilisation.***

C'est l'étape de la conscientisation du public cible par rapport à la cause qu'on est en train de promouvoir. L'individu prend connaissance du problème, du comportement à adopter et des conséquences qui peuvent en résulter.

#### ➤ ***La persuasion***

C'est la phase par laquelle le groupe cible doit être convaincu et prédisposé à accepter les recommandations lui adressées par le planificateur. A ce niveau, ce dernier doit identifier les arguments et les perceptions du groupe cible et en tenir compte dans le message transmis.

Comme le dit WINDHAL J. (1994: 45), il est question de « *faire en sorte que la cible puisse établir un lien entre ce que dit le message et l'action qu'on exige de lui. On peut lui montrer par exemple que plusieurs personnes qui lui ressemblent font ou pratiquent l'action recommandée. On peut également faire une démonstration logique qui l'induit à penser que l'action exigée est logique. En fin, on peut prendre la cible par les sentiments et les valeurs. L'important est qu'il comprenne le lien entre le contenu et la nécessité de passer à l'action* ».

### ➤ **La motivation.**

C'est l'étape de la prise de décision. L'individu ou le groupe cible opte pour ou contre le changement introduit. Selon LOYENS, J.P (1979:37), c'est « l'étape où la cible prend cognitivement la résolution de passer à l'acte. C'est encore une fois une étape pendant laquelle elle doit se faire aider. Pour ce faire, nous devons lui procurer toutes sortes d'encouragements et d'incitations (verbaux ou matériels) ».

Ainsi, l'adoption, le rejet ou la modification du comportement dépendra entre autres de la satisfaction ou de l'insatisfaction de la cible sur le plan de la motivation.

## **I.1.4. La jeunesse.**

### **I.1.4.1. Définitions et limites.**

Pour définir ce concept, plusieurs aspects sont pris en compte par divers auteurs. Certains se réfèrent à l'aspect physique, psychologique et social.

L'OMS (1986:99) lui, ne l'établit qu'en considérant l'âge chronologique du sujet. Ainsi, est jeune la personne âgée de 15 à 24 ans par opposition les personnes âgées de 10 à 19 ans (adolescents).

L'UNESCO (1986: 26) définit la jeunesse sous un angle sociologique, d'une double manière: « d'abord comme de personnes ayant des traits caractéristiques résultant de leur âge biologique; ensuite comme un groupe social qui a un rôle et une position définis, des besoins et des aspirations propres; le trait caractéristique commun des jeunes étant le lien qui les unit; le sens de la liaison sociale ».

Selon l'UNESCO, l'on accepte généralement que les limites inférieures et supérieures de la jeunesse soient respectivement 15 et 25 ans.

Comme on le remarque, les limites ne sont pas nettes et sont fonctions des auteurs qui y ont consacré leurs études.

La jeunesse est la période où le sujet subit beaucoup d'influences de l'environnement social et une période de beaucoup de déviations, où l'on croit que tout est permis, qu'il faut tenter, tout essayer, sans se soucier des conséquences.

Pourtant d'après l'étude menée par le projet SFPS (2001: 18) « *les jeunes sont généralement vulnérables aux VIH/SIDA en raison de certains de leurs comportements, notamment: le multiparténariat sexuel, les rapports sexuels précoces, la mauvaise utilisation du préservatif, l'immaturité physique, psychique et psychologique, le manque d'informations de base, le manque d'expérience, la dépendance économique, le goût du risque et le sentiment d'invulnérabilité, l'effet de groupe et la croyance aux fausses rumeurs* ».

En rapport avec notre étude, est jeune tout garçon ou toute fille âgé (e) de 15 à 25 ans vivant sous la responsabilité parentale et familiale et aussi non encore marié.

#### **I.1.4.2. La vie sexuelle des jeunes.**

Le travail que nous poursuivons analyse la communication pour la prévention du VIH/SIDA au sein des jeunes. Traiter donc ce sujet, c'est toucher en grande partie « *la vie sexuelle* » de ceux-ci.

Ce qui est remarquable, est que peu de parents connaissent l'importance de donner à leurs enfants l'information suffisante sur la vie sexuelle.

Pourtant, il n'y a rien à leur cacher de cette vie. C'est dans ce sens que CHAUCHARD (1968: 27) dit en précisant que « *dans l'éducation sexuelle, chaque chose doit venir à son heure, ni trop tôt ni trop tard. Tout doit être fait en expliquant naturellement sans gêne afin de supprimer l'attrait du fruit défendu sans éveiller le désir d'expérimenter* ».

En conclusion, la nécessité de l'éducation sexuelle chez les jeunes s'avère importante.

### **I.1.4.3. L'éducation sexuelle des jeunes.**

L'éducation des jeunes dans la perspective de la prévention du VIH/SIDA doit se situer dans un contexte des relations affectives ou de vie en famille. Elle ne doit pas se limiter à l'information, car elle seule ne peut parvenir à réduire sensiblement la vitesse de contamination au VIH/SIDA. Elle doit être complétée par la formation des capacités de décision, de l'esprit de l'affirmation de soi, de l'auto-évaluation, de la volonté morale ainsi que de la capacité de communication.

Cependant, une telle éducation ne peut avoir lieu sans se heurter à certains obstacles tels qu'ils sont brièvement repris ci-dessous.

### **I.1.4.4. Les obstacles à l'éducation sexuelle.**

Diverses réalités telles que socioculturelles et socio-économiques peuvent handicaper les actions de l'éducation sexuelle en vue de l'adoption des comportements positifs face au VIH/SIDA.

Cela se concrétise par les situations suivantes:

- Les jeunes ne communiquent généralement pas avec leurs parents sur les problèmes de la sexualité en raison du poids de la tradition, des coutumes, de la religion et des croyances. Ce type de conversation est souvent tabou.
- Les parents eux-mêmes souffrent d'une insuffisance d'informations et ne peuvent pas encadrer leurs enfants dans ce domaine.
- L'école n'apporte pas non plus de réponses aux questions et préoccupations des jeunes puisque l'éducation sexuelle y est très peu développée.
- L'absence des services socio-sanitaires spécifiques aux jeunes accroît encore la sous information de ces derniers.

En bref, il faut donc chercher à créer un environnement socioculturel et économique favorable pour permettre une éducation sexuelle facile.

## **I.1.5. LE VIH/SIDA.**

### **I.1.5.1. L'Historique.**

Bien que le SIDA est devenu un hymne universel, nous avons voulu à travers cette étude mettre en relief les connaissances relatives au VIH/SIDA quant à ce qui concerne sa genèse et son évolution.

C'est ainsi que DIDIER J.GILLES Pialoux et autres (1996:163-167) nous décrivent l'histoire du VIH/SIDA en termes suivants:

L'histoire du SIDA commence au printemps 1981. Un clinicien américain MICHAEL Gottlieb de Los Angeles est intrigué par une épidémie inhabituelle de pneumocystose (une infection pulmonaire due à un parasite qui survient chez des personnes privées de leur défense immunitaire) survenant chez les homosexuels de la ville. Il informe le Center for Disease Control (CDC) à Atlanta aux USA: organisme chargé de centraliser et d'analyser tous les risques sanitaires de ce pays. En juin 1981, une autre alerte au CDC où un médecin New-Yorkais signale chez les jeunes homosexuels la survenue avec fréquence inattendue du Sarcome de Kaposi (sorte de cancer de la peau et des organes).

Ces faits intriguent les chercheurs du monde entier. Entre juin 1981 et décembre 1982 deux mille cas analogues sont découverts, la plupart à SAN FRANCISCO, LOS ANGELES et NEW-YORK, mais aussi quelques-uns en Europe. La majorité des malades ont moins de 40 ans, 75% sont des homosexuels à partenaires multiples ou des bisexuels. Parmi les 25% restants, on trouve des hétérosexuel, des enfants, des usagers des drogues intraveineuses (17% des Haïtiens, et quelques hémophiles). Tous souffrent de la même déficience immunitaire, une baisse des lymphocytes T4 (cellules pivots du système immunitaire).

Fin 1982, le CDC décide de donner un nom à cette nouvelle maladie de cause inconnue: Aquired Immunodeficiency Syndrom (AIDS) ou encore Syndrome d'immunodéficiência Acquisé (SIDA).

Dans le cas du SIDA, il s'agit d'un virus découvert par trois chercheurs français; une femme et deux hommes: Dr Françoise BARRE , Dr J.Claude CHERMANN et Professeur Luc MONTAGNIER de l'institut Pasteur de Paris. Après accord avec un chercheur américain qui a aussi beaucoup travaillé sur le virus du SIDA, Robert GALLO; ce virus a été désigné comme celui d'immunodéficience humaine (HIV) en 1986.

MONTAGNIER (1992:5) nous donne la signification du sigle SIDA. « *Syndrome d'Immuno Déficience Acquis*e ». Ce qui signifie un ensemble de symptômes et des signes non héréditaires mais dus à un virus rencontrés par le malade au cours de sa vie et qui provoque un affaiblissement important du système immunitaire.

Selon le nouveau LAROUSSE MEDICALE (1990:597), le SIDA est « *une infection contagieuse grave dont l'agent causal est un virus (VIH) qui s'attaque aux lymphocytes T4 et provoque l'effondrement du système immunitaire laissant la voie à des infections multiples* ».

#### **I.1.5.2. La différence entre le VIH et le SIDA.**

Eu égard aux définitions ci-dessus de ces deux concepts, la différence entre le VIH et le SIDA est claire. Cependant, bon nombre des personnes emploient l'un à la place de l'autre ou l'un pour désigner l'autre. Le VIH est l'agent causal du SIDA. Le sujet atteint devient dès lors sensible à diverses infections en effet, le sujet infecté par le VIH et qui développe plusieurs maladies est considéré comme atteint du SIDA.

C'est pour cela d'ailleurs que le SIDA est appelé Syndrome car il s'agit d'un ensemble de signes physiques et de symptômes.

#### **I.1.5.3. Traitement du VIH/SIDA.**

Le diagnostic du VIH est fait par des centres de dépistage dans presque toutes les provinces de notre pays.

Ceci se fait à partir des tests qui permettent de mettre en évidence la présence dans l'organisme humain de ces anticorps qui sont dirigés contre le virus du SIDA. Ainsi, l'individu est déclaré séropositif si les résultats du test se révèlent positifs et séronégatif dans le cas contraire.

Il convient de rappeler avec Léon SCHWARTZENBERG (1999:19) qu'il n'y a jusqu'à présent, ni vaccin ni médicament contre l'infection au VIH. On traite seulement certaines infections dues à son développement et on essaie de retarder la séropositivité au stade de SIDA déclaré avec le traitement antiviral. Ce dernier repose sur l'administration des antiretroviraux qui ne tuent pas le virus, mais freinent la multiplication du virus et améliorent à cet effet le confort des malades qui peuvent mener une vie sociale et continuer à vivre longtemps.

#### **I.1.5.4. Prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA.**

L'intégration sociale des personnes infectées par le VIH/SIDA est très importantes dans le processus de la lutte contre le VIH/SIDA.

La plupart des personnes sont effrayées par le VIH/SIDA, mais nous savons que la peur n'est pas un facteur propice au changement.

Le premier objectif de toute initiative destinée à aider ces personnes devrait consister à susciter en elles un souci réaliste pour elles-mêmes afin qu'elles changent leur comportement sexuel et tout autre comportement à risque connu, surtout en leur dotant une espérance longue de survivre.

En suite, certaines personnes séropositives pensent qu'elles sont humiliées par l'entourage et se sentent isolées. Ainsi, pour éviter cette situation qui ne fait qu'aggraver l'état de santé du malade, une prise en charge psychosocial s'impose. Celle-ci doit diverger ses activités sur l'éducation des moyens de prévention du VIH/SIDA à toute la population.

En fin, les activités de prise en charge communautaire doivent elles aussi permettre à la communauté de se réserver la responsabilité de prendre en charge les personnes infectées par le VIH/SIDA.

### I.1.5.5. Les modes de prévention du VIH/SIDA.

En l'absence d'un traitement et d'un vaccin, l'arme principale de cette lutte pour freiner l'épidémie du VIH/SIDA reste encore les mesures de prévention. A cet égard, le changement de comportement afin de limiter les risques est la seule mesure préventive viable.

Parlant de la situation du VIH/SIDA dans la jeunesse avant la présentation des modes de prévention, les données suivantes nous révèlent ce qui suit:

PNLS dans son rapport de 1999 sur la surveillance de l'épidémiologie du SIDA et des infections sexuellement transmissibles au Rwanda, précise que la sexualité est précoce: 60% des filles contre 67% des garçons ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15ans, et 83% des filles contre 81% des garçons l'ont déjà eu avant 18 ans. Aussi, une utilisation nettement faible du préservatif est mise en évidence par le même rapport surtout en milieu rural: 46% des urbains contre 20% des ruraux à l'avoir utilisé. Tout ceci semble encore une fois justifier notre choix de la jeunesse comme la cible de notre étude, qui, de plus en plus est menacée par le VIH/SIDA.

Quant aux modes de prévention au VIH/SIDA, ils sont multiples et à chaque mode de contamination correspond un mode de prévention.

Ainsi, pour la transmission par voie sexuelle (homo ou hétérosexuelle) qui est la plus rependue, les moyens de prévention sont respectivement l'abstinence sexuelle, la fidélité à un seul partenaire non contaminé et l'usage du préservatif.

Pour la transmission materno-foetale: elle se produit de la mère à l'enfant au cours de la grossesse ou de l'accouchement par voie transplacentaire. Il est donc déconseillé aux femmes séropositives d'avoir des grossesses sans prise des médicaments empêchant la transmission au nouveau-né, puis ne pas allaiter (transmission par le lait maternel).

Pour la transmission par voie sanguine, les produits sanguins contaminés et les instruments non stérilisés, des précautions ci-dessous sont à respecter:

- Le test sérologique des dépôts de sang avant leur transfusion,
- L'utilisation des seringues et aiguilles à usage unique,

- L'abandon de certaines pratiques traditionnelles curatives utilisant des instruments tranchants non stériles.

## **I.2. LA SENSIBILISATION DES JEUNES A LA PREVENTION DU VIH/SIDA**

Les pays dans lesquels le SIDA fait rage à divers degrés se sont mobilisés pour apporter une solution à l'épidémie. Cette réponse s'est focalisée en priorité sur les stratégies de prévention de la transmission du VIH au sein des collectivités par le déploiement d'activités d'information sur les modes de transmission du VIH, la promotion du préservatif et des comportements sexuels à moindre risque.

Dans certains cas, les campagnes de prévention ont permis de réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA et surtout de diminuer le nombre des nouveaux cas d'infection à VIH dans la communauté. C'est l'exemple de ce qu'on a observé en Ouganda.

Au Sénégal, les efforts d'information et de sensibilisation ont permis de maintenir le niveau d'infection par le VIH relativement bas.

En Zambie, la combinaison des actions de sensibilisation et de prise en charge a permis un recul de nouvelles infections (ONUSIDA, 2000).

De même dans notre pays le problème du VIH/SIDA étant inquiétant, il nous faut obligatoirement adopter cette stratégie de sensibilisation pour lutter contre le VIH/SIDA.

La jeunesse qui constitue la force productive étant la cible la plus menacée, il faut recourir à sa mobilisation vis-à-vis de cette épidémie.

### **I.2.1. Institutions sociales de sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA**

La sensibilisation pour la prévention de l'infection au VIH/SIDA peut se faire dans divers milieux. MUMBU P. (2002) nous donne les institutions de

communication dans lesquelles celle-ci peut être réalisable, à savoir la famille, l'école, l'église, la vie sociale et les mass médias.

#### ➤ **La Famille**

La Famille est le premier groupe social d'appartenance de tout individu. C'est dans son sein que se créent les premiers liens qui rattachent l'individu à une communauté plus large. Ainsi se transmettent les valeurs que la famille juge comme positives. De ce fait les parents (génération adulte) sont dans l'obligation d'offrir à leurs enfants (génération jeune) de bons modèles à imiter car comme nous le précise F. CHRISTIAENS (1960:108) « *l'enfant aussi jeune qu'il soit est un observateur délicat. Il perçoit avec un flair remarquable les moindres défaillances morales chez ses parents. S'il est prêt à se confier ouvertement à eux, il est tout aussi prompt à se plier sur lui-même dès que cette confiance est déçue* ».

C'est pourquoi, le rôle de la famille dans la sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes est vraiment d'une importance capitale; ainsi le dialogue parents-enfants au sujet de la sexualité serait l'une des stratégies efficaces de sensibilisation.

La sous estimation du rôle de la famille dans la sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA serait construire sur une fondation non solide dans ce processus de lutte contre le fléau. La famille fournit aux jeunes le terrain favorable à l'expression des comportements acquis en dehors de la famille et cette dernière peut alors compléter, orienter, corriger et renforcer ces comportements.

#### ➤ **L'école.**

L'école comme la famille est une institution de socialisation de l'individu y intégré. L'enseignement dispensé à l'école offre de bonnes occasions d'atteindre les jeunes et leur inculquer des connaissances et des attitudes comportementales

dont ils ont besoin pour prendre des décisions en matière de prévention de l'infection au VIH/SIDA.

L'enseignement bien planifié et convenablement ciblé, crée des normes collectives favorables pour adopter des comportements prudents et contribue à retarder ou à décourager l'apparition de certains comportements à risque comme la pratique sexuelle précoce, le vagabondage sexuel par exemples.

### ➤ L'église.

Les résultats de l'étude menée par le projet SFPS (2001) montrent que la religion occupe une place importante dans la vie de l'homme, et particulièrement en Afrique. Deux personnes sur trois fréquentent une mosquée, un temple ou une église. Cet attachement à la religion fait des leaders chargés de diriger les communautés religieuses, des personnes clés de la société.

Les leaders religieux constituent une référence pour leurs fidèles, voire la communauté toute entière leur voue beaucoup de respect. Garants de la doctrine fondamentale de leur religion et des valeurs morales, les leaders religieux jouent un rôle éminent de guide, d'éclaireur et de berger dans une société de plus en plus désorientée et à la recherche de ses valeurs.

Ainsi, les leaders religieux exercent une grande influence sur les opinions, comportements et attitudes des membres de leurs communautés respectives. Cet état de fait constitue un atout capital qui peut être mis à profit dans la lutte contre le fléau. Malheureusement un certain nombre de blocages empêchent ce potentiel de se déployer.

Parmi ces blocages d'après les mêmes résultats du projet ci haut cité; il faut noter l'insuffisance de connaissances des leaders religieux sur le VIH/SIDA. Cette méconnaissance se traduit par une conception métaphysique de la maladie comme une punition divine.

Il résulte de cette conception une mauvaise perception des PVVIH considérées comme des personnes maudites devant supporter les conséquences de leurs péchés de chair.

Enfin, cette conception amène les leaders religieux à adopter une attitude de non implication dans la lutte contre le VIH/SIDA. Pourtant dans les théologies chrétiennes et musulmanes, le soutien à ceux qui souffrent et l'amour de son prochain, surtout lorsqu'il est en détresse constituent des valeurs fondamentales.

➤ **La vie sociale.**

Le jeune vit en société. Il reçoit d'elle beaucoup d'enseignements, d'expériences et de comportements qu'il absorbe et qu'il insère dans son réservoir culturel. Le groupe de pairs et les collègues de travail sont souvent une source d'information et de communication sociale précieuse.

Dans notre pays où la sexualité est considérée comme un sujet tabou, les jeunes préfèrent écouter les pairs; c'est pourquoi la sensibilisation pour la prévention de l'infection au VIH/SIDA devrait aussi s'appuyer sur ces groupes dans lesquels les jeunes trouvent leur plein épanouissement.

➤ **Les mass médias.**

Ce sont les moyens de communication sociale. Le message sur le VIH/SIDA transmis par une émission radiodiffusée, une affiche publicitaire, un spot publicitaire à la radio ou à la télé, un panneau publicitaire sur des voies publiques, suscite un intérêt et une motivation sur le VIH/SIDA en ce qui concerne la prévention.

**I.2.2. Quand la communication exerce t-elle un effet sur le comportement ?**

En essayant de répondre à cette question, nous voulons tenter de montrer les interventions qui peuvent guider la communication sociale pour un changement de comportement des jeunes face au VIH/SIDA.

En effet, un message une fois accueilli par le groupe cible ne reste pas sans effet.

La question est alors de savoir quand la communication a des chances d'exercer un effet sur le comportement spécifiquement dans le sens d'une transformation de ce dernier.

Le changement de comportement sexuel que nous voulons évoquer dans cette section n'est pas loin du changement social. Il faut le changement concernant toute une communauté, surtout que le VIH/SIDA concerne le sexe qui reste toujours un sujet tabou dans notre culture rwandaise.

On ne peut prétendre au changement sexuel des jeunes face au VIH/SIDA sans changement de comportement de toute la société. Celle-ci définie par JANNE, H (1968:29) comme étant « *un ensemble constitué de composantes réciproquement ajustées, interdépendantes et en interaction* ».

Donc, un changement qui s'effectuerait seulement sur un groupe de jeunes, alors que ce groupe de jeunes fait partie d'une société n'aurait pas de sens.

Ceci est d'ailleurs confirmé par MARCEL MAUSS pour qui les faits qui se déroulent dans une société sont des faits sociaux totaux et par GURVITCH, G. (1967:27) pour qui « *les phénomènes sociaux sont étudiés dans l'ensemble de leurs aspects et leurs mouvements, en les captant dans les types dialectisés microsociaux, groupaux et globaux en train de se faire ou se défaire* ».

Le changement de comportement sexuel des jeunes fait alors intervenir tout le système, et le message émis d'une façon ou d'une autre joue sur le comportement du destinataire même si changer les mentalités et les croyances inculquées dans la conscience d'un individu est un long gymnastique et difficile qui exige un processus à suivre.

### **I.2.3. Eléments influant sur l'efficacité de la communication sociale.**

Nous devons comprendre qu'un individu ne change pas de comportement tout simplement parce qu'un spécialiste de santé, un ami et même sa famille lui demande de le faire.

Il devient encore plus difficile pour notre cas en raison de deux motifs:

- Les actions recherchées sont de nature préventive
- Les jeunes se sentent plus souvent non concernés, surtout lorsqu'ils ne font pas partie de ces groupes à haut risque ( prostitués, drogués)

ROGERS et al (1992: 40-52) ont montré qu'il y a certains éléments liés à la condition humaine en société qui peuvent influencer les gens à changer leur comportement sanitaire.

Certains éléments donnés par ces auteurs sont d'ordre relationnel, pratique, émotionnel, interpersonnel et environnemental.

#### ❖ **Elément rationnel.**

Cet élément est fondé sur la connaissance. Les jeunes vont changer de comportement sanitaire s'ils comprennent le danger possible de leur comportement sexuel à risque et s'ils savent ce qu'ils peuvent faire pour l'éviter.

La plupart des programmes d'éducation pour la santé s'inspirent fortement de ce modèle rationnel partant du principe selon lequel, si un individu a des connaissances nécessaires pour améliorer sa santé, il va agir en conséquence.

Le comportement d'un individu vis-à-vis d'un objet dépend largement de ce qu'il connaît, sait, croit et pense à propos de cet objet.

Le comportement des jeunes à l'égard du VIH/SIDA (pour notre cas) dépendra de ce qu'ils savent du VIH/SIDA et de l'expérience qu'ils ont vécue, par exemple le fait d'avoir un ami, un membre de la famille qui en a souffert ou en est mort.

Cela a d'ailleurs été confirmé par G.ALLPORT cité par KLINEBERG,O. (1963: 543) que *« nos attitudes naissent de ce que nous savons, sentons, bref de ce que nous vivons quotidiennement »*.

Cette accumulation d'expériences sur un objet laisse à l'individu la possibilité de développer, à la longue, un comportement vis-à-vis de ce même objet.

### ❖ **Elément pratique.**

Il est fondé sur les compétences personnelles liées au nouveau comportement. Les jeunes vont changer leur comportement sexuel à risque s'ils se sentent capables et acceptent de pratiquer le nouveau comportement, qu'il s'agisse de l'abstinence sexuelle ou de l'utilisation du préservatif pour la prévention du VIH/SIDA.

### ❖ **Elément émotionnel.**

Cet élément est fondé sur l'intensité des attitudes ou des sentiments. Les jeunes vont changer leur comportement s'ils se sentent personnellement très exposés au risque de contaminer le VIH/SIDA ou d'en être contaminés; s'ils ont accepté émotionnellement le comportement permettant de l'éviter et s'ils cherchent à protéger des personnes aimées en leur évitant ce risque.

Les émotions peuvent être négatives, fondées sur la peur ou positives, fondées sur l'amour propre, pour s'aider soi-même. Ainsi, un événement traumatisant ou une expérience dramatique peuvent déterminer le comportement d'un individu. Et, concrètement à titre d'exemple, une personne qui a vu les siens mourir du SIDA sera plus averti que celui qui n'a connu personne qui en est morte ou soufferte. Il est vraiment très probable que la première manifeste un comportement plus favorable vis à vis de la prévention du VIH/SIDA que la deuxième qui peut être indifférente.

### ❖ **Elément interpersonnel.**

Dans une campagne de communication sociale pour le changement de comportement, les réseaux sociaux au sein desquels les gens interagissent soit verticalement ou horizontalement, est un élément important.

M.DECLERCK (1984: 40-41) nous précise que « *tout individu dès son plus jeune âge est soumis à un processus de conditionnement qui l'intègre dans la*

*culture du groupe. Ce processus appelé enculturation soumet des modes de comportement et de pensées de l'enfant à un contrôle croissant d'abord par l'intermédiaire de sa famille, puis à mesure que l'enfant grandit par l'intermédiaire d'un cercle de plus en plus large de relations ».*

Les réseaux sociaux, qu'ils s'agissent de la famille, des amis de même âge ou de même sexe, des voisins, contrôlent la diffusion de toute innovation ou changement de comportement .

#### ❖ **Elément environnemental.**

L'environnement concerné est socio-économique, culturel, juridique et technologique dans lequel le comportement envisagé est placé. Les jeunes vont changer leur comportement sexuel à risque s'ils ont facilement accès aux matériels et services les aidant dans la lutte ou s'ils vivent dans un environnement où la prévention du VIH/SIDA ou tout autre changement de comportement désireux est acceptable et réaliste.

### **I.3. INFORMATION – EDUCATION – COMMUNICATION (IEC) FACE AU VIH/SIDA.**

Pour lutter contre la propagation, plusieurs méthodes sont utilisées dont l'IEC qui a pour but de sensibiliser et d'informer la population sur les moyens de prévention du VIH/SIDA. Cette méthode est aussi appelée actuellement communication pour le changement de comportement (CCC).

En effet, c'est en inculquant aux jeunes, pour le cas de notre étude par le biais d'IEC, la connaissance de bons usages de la société et en mettant l'actualité à leur portée que leur comportement peut changer. Les efforts d'IEC doivent alors se concentrer sur la motivation et la persuasion pour un changement de comportement vers l'adoption parmi la jeunesse des comportements sexuels prudents.

L'information est le point de départ de tout effort visant un changement de comportement. Cependant, à part quelques clubs anti-sida créés dans différentes écoles secondaires et supérieures, il n'existe pas d'autres cadres formels de communication sociale et d'éducation des jeunes sur la sexualité.

Les initiatives faites par l'ARBEF à travers son centre des jeunes de GIKONDO/Mairie de Kigali, l'ONAPO à travers son émission radiodiffusée, Health unlimited à travers URUNANA et le MIJESPOC à travers son projet: santé reproductive des adolescents (SRA) restent isolées. Les jeunes puisent des informations en rapport avec le VIH/SIDA dans des journaux à travers les prédications des pasteurs et prêtres dans des églises, dans des émissions à la radio/SOLANGE ou à la télévision.

Mais souvent, ces informations ne sont pas suffisamment traitées pour revêtir un caractère éducatif. En ce qui concerne l'IEC, divers canaux de communication interviennent pour communiquer le message. Parmi ces canaux, selon JHU/PCS-MINIJUST ( 2000: 4 ) nous citons les suivants:

- Les canaux traditionnels: musique, fêtes, théâtre populaire
- Les canaux communautaires: groupes d'entraides, groupes de femmes, groupes de jeunes, Associations professionnelles et sportives, séances éducatives, foires de santé, etc.
- Communication interpersonnelle: visites à domicile, counseling, éducation par les pairs, informations par les prestataires de services, etc.
- Les médias: brochures, bulletins d'informations, cassette audio, vidéo, autocollants, calendriers, bandes dessinées.
- Les mass média: radio, télévision, cinéma, journaux, magazines, pancartes.

#### **I.4. RESUME DE LA PARTIE THEORIQUE.**

Dans cette première partie, nous avons défini les termes clés de notre travail et tenté de montrer les différentes interventions qui peuvent guider la communication pour le changement de comportement sexuel des jeunes face au

VIH/SIDA. Nous avons également constaté que dans notre pays plusieurs campagnes de prévention du VIH/SIDA ont commencé à être menées en vue d'adopter un changement de comportement dans le sens positif à l'égard du VIH/SIDA..

Ainsi nous inspirant de ces concepts et considérations nous allons aborder la deuxième partie du cadre empirique de ce travail constitué de deux chapitres. Elle présentera, analysera et interprétera les résultats d'une enquête qui sera menée auprès des jeunes du district de NYARUGENGE de la Mairie de KIGALI.

## **DEUXIEME PARTIE : CADRE EMPIRIQUE**

## **Introduction.**

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de notre enquête effectuée au cours du mois d'octobre 2003 auprès des jeunes du district de NYARUGENGE afin de vérifier nos hypothèses de recherche à l'aide des indicateurs en rapport avec les variables.

Soucieux de la cohérence entre les différentes variables, nous avons souvent associé les données de notre enquête aux données statistiques sur le VIH/SIDA déjà existantes, aux informations obtenues grâce à notre interview avec les parents et certaines autorités administratives et religieuses afin de nous faciliter une interprétation sociologique de toutes ces données.

Cette partie est subdivisée en deux chapitres dans lesquels nos hypothèses sont respectivement vérifiées.

## CHAP II. LA PREVENTION DU VIH/SIDA PAR LA COMMUNICATION INTERGENERATIONNELLE.

Dans ce chapitre, nous allons d'abord présenter les résultats de notre enquête en rapport avec l'hypothèse de recherche qui stipule que « *la communication intergénérationnelle sur le VIH/SIDA aide les jeunes à adopter un comportement sexuel responsable* », ensuite les interpréter sociologiquement et enfin vérifier notre hypothèse; c'est à dire la confirmer ou l'infirmer.

Avant d'entrer dans le plein développement de cette partie pratique, nous avons voulu d'abord décrire le milieu dans lequel notre enquête a été menée.

### II.1.Présentation du terrain d'enquête.

#### II.1.1.La Mairie de la Ville de Kigali ( MVK).

La Mairie de Kigali, capitale de la République Rwandaise, est située au centre du pays. Elle est limitée au Nord par BULIZA, au Nord Ouest par SHYORONGI, au Nord Est par GASABO, à l'Est par la ville de KABUGA, au Sud par NYAMATA et à l'Ouest par la province de GITARAMA.

La population en l'an 2002, d'après le recensement général de la population et de l'habitat au Rwanda est estimée à 608.141 habitants (MINIFIN, 2003).

**Tableau 1. Districts et secteurs de la Ville de Kigali.**

Nom du District	Noms des secteurs
BUTAMWA	Nyarubande Burema Rwesero Mwendo Butamwa Kigali



GIKONDO	Gikondo Kigarama Gatenga Kimisange Nyarurama
GISOZI	Gisozi Kagugu Gatsata Kinyinya Jali
KACYIRU	Kacyiru Kimihurura Remera Kimironko
KANOMBE	Kanombe Busanza Nyarugunga
KICUKIRO	Kicukiro Nyarutenge Kagarama Gahanga Kagasa Niboyi
NYAMIRAMBO	Nyamirambo Akumunigo Nyakabanda Rwezamenyo Rugarama
NYARUGENGE	Nyarugenge Rugenge Cyahafi Biryogo Muhima Gitega

Source: District de Nyarugenge ( Monographie, 2001)

### II.1.2. Présentation du district de Nyarugenge.

Ce District que nous présentons dans les lignes suivantes est le milieu cible de notre enquête. Il compte six secteurs administratifs (voir tableau 1).

La population est estimée à 100.959 habitants dont 61077 hommes et 39.882 femmes. Les habitants ayant l'âge autour de 18 ans (âge de voter) est estimée à plus ou moins 69864 habitants pour un effectif total de 100.959 habitants du District.

**Tableau 2: Nombre d'habitants de 17 ans et plus.**

Secteur	Hommes	Femmes	Total
Nyarugenge	9303	1700	11003
Cyahafi	5597	3817	9414
Rugenge	8022	4207	12229
Biryogo	6260	5178	11438
Muhima	12870	5822	18692
Gitega	3767	3321	7088

Source: Monographie du District de Nyarugenge, 2002.

La majorité de la population de Nyarugenge vit des activités commerciales et des professions salariées.

Dans son programme de lutte contre le VIH/SIDA, depuis l'an 1998, le District a mis en place dans certains secteurs les associations de lutte contre le SIDA communément appelées Club anti-Sida.

Trois centres importants du domaine de lutte contre le Sida siègent dans Nyarugenge notamment: ARBEF, TRAC et SAN FRANCISCO.

Malheureusement, ces centres sont peu visités par les jeunes du District en ce qui concerne l'offre de services de Counselling en général et Voluntary Counselling and Testing (VCT).

## II.2. Caractéristique de la population étudiée.

### II.2.1. Age.

62.5% des sujets enquêtés sont dans la tranche d'âge 15-20ans et 37.5% dans la tranche d'âge de 21-25ans .

**Tableau 3: Répartition des sujets enquêtés selon l'âge**

Tranche d'âge	Effectif	%
15-20	60	62.5
21-25	36	37.5
Total	96	100

### II.2.2. Sexe.

43.8% des sujets enquêtés sont de sexe féminin, 56.2% du sexe masculin.

**Tableau 4: Répartition des sujets enquêtés selon le sexe.**

Sexe	Effectif	%
Féminin	42	43.8
Masculin	54	56.2
Total	96	100

### II.2.3. Niveau d'instruction.

Au regard de ce tableau nous constatons que 2.1% des enquêtés sont analphabètes, 35.4% ont un niveau de scolarisation primaire; 62.5% un niveau post-primaire.

**Tableau 5: Répartition de la population d'étude selon leur niveau d'étude.**

Niveau d'instruction	Effectif	%
Analphabète	2	2.1
Primaire	34	35.4
Post-primaire	60	62.5
Total	96	100

#### II.2.4. Religion.

Sur le total de 96 jeunes enquêtés 39.6% sont catholiques, 42.7% sont protestants, 14.6% musulmans et 4.1% affiliés à d'autres religions.

**Tableau 6: Répartition des sujets enquêtés selon leur religion.**

Religion	Effectif	%
Catholique	38	39.6
Protestant	40	42.7
Musulman	14	14.6
Autres	4	4.1
Total	96	100

### II.3. La prévention du VIH/SIDA par la communication Intergénérationnelle.

Nous rappelons qu'au point I.1.1.1. de la partie théorique de notre travail, nous avons dit que la communication sociale, visait un changement de comportement doit cibler un groupe déterminé et qu'il ne peut pas y avoir transmission du message sans canal de communication choisi.

Divers médias sont utilisés pour aider les personnes qui courent le plus de risques de contacter le virus à identifier et à abandonner les comportements à risque.

La communication sociale peut à cet effet, faire appel aux médias tels que les affiches, les théâtres, les programmes scolaires, etc.

Au cours de notre enquête, nous avons voulu savoir combien de jeunes sont bien informés sur le VIH/SIDA et d'où ils ont tiré ces informations et si celles-ci leur ont permis de changer leur comportement vis à vis de la prévention du VIH/SIDA.

Les tableaux suivants nous donnent des informations y relatives:

**Tableau 7: Connaissances sur le VIH/SIDA.**

Définition du SIDA	Effectif	%
Connaissent	94	97.9
Ne connaissent pas	2	2.1
Total	96	100

Les données de ce tableau mettent en évidence tous les jeunes enquêtés (garçons et filles) possédant quelques informations sur le VIH/SIDA. Ils connaissent que le SIDA est une maladie présente dans notre pays en général et particulièrement dans le district de NYARUGENGE par le fait de son caractère urbain. Quel que soit leur niveau d'instruction et groupe d'âge, les jeunes savent que le VIH/SIDA est une épidémie à laquelle fait face notre pays: 97.9% connaissent ce qu'est le VIH/SIDA contre 2.1% seulement qui ne connaissent pas parfaitement le fléau.

Pour approfondir la récolte des données relatives à la connaissance de nos enquêtés sur le VIH/SIDA, nous leur avons posé des questions voulant savoir leurs connaissances sur le mode de transmission de VIH/SIDA comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau 8: Connaissances sur les modes de transmission.**

Mode de transmission	Effectif	%
Voie sexuelle	91	94.8
Voie sanguine	4	4.2
Mère-enfant	0	0
Autres	1	1
Total	96	100

Bien que presque la totalité de notre échantillon a des connaissances suffisantes sur le VIH/SIDA, on remarque cependant que bon nombre d'entre eux ne connaissent qu'un seul mode de transmission du VIH/SIDA; à savoir les relations sexuelles: 94.8% de ces jeunes connaissent que l'infection au VIH se fait par transmission sexuelle; 5.2% ont suggéré d'autres modes de transmission dont 4.2% la transmission par voie sanguine et les instruments non stérilisés, 1% ont suggéré d'autres. Ceci nous montre alors que si les jeunes savent que le SIDA constitue un problème pour notre pays, ils ont besoin de plus d'informations sur le VIH/SIDA car celles détenues restent encore insuffisantes et superficielles.

De même pour savoir d'où ils ont tiré ces informations, nous nous sommes intéressés à savoir le canal de communication des connaissances sur le VIH/SIDA préféré. Le tableau suivant expose les réponses de nos enquêtés.

**Tableau 9: Canal de transmission des connaissances.**

Source d'information	Effectif	%
Théâtre	20	20.8
Journal	1	1.04
Télévision	4	4.1
Panneaux publicitaires	1	1.04
Radio	34	35.4

Film	2	2.08
Ecole	12	12.5
Conférence	22	22.9
Total	96	100

Eu regard de ces résultats, il ressort que la radio a été choisie par la majorité: 34/96 de nos enquêtés, soit 35.4%. Les mêmes résultats nous montrent que les médias audiovisuels à savoir la radio, la télévision et les films constituent le canal principal d'information sur le VIH/SIDA avec 4.1% de choix des jeunes pour la télévision et 2% pour le film. Ensuite viennent l'école: 12.5%; les conférences: 22.9%, le théâtre: 20%; enfin le journal et les panneaux publicitaires: 2.08%.

En effet étant donné l'énorme pouvoir dont dispose la radio pour influencer les attitudes des jeunes, il est essentiel que la sensibilisation pour le changement de comportement sexuel des jeunes envers le VIH/SIDA se fasse par un tel canal de communication.

Toutefois, comme ces pourcentages de différents choix des jeunes enquêtés le montrent, aucun canal ne se suffit pour être efficace. C'est pourquoi même la radio devrait être combinée avec d'autres canaux de communication tels que: la projection des films, des conférences, les théâtres, etc.

En plus de notre souci de savoir les connaissances de nos enquêtés sur le VIH/SIDA et les canaux choisis par les jeunes pour la transmission du message sur la maladie, nous avons aussi voulu savoir si ces informations (connaissances) sont partagées et surtout discutées entre parents et leurs enfants.

#### **II.4. L'éducation sexuelle des jeunes par leurs parents.**

Dans ce processus de lutte contre le VIH/SIDA en général et au sein de la jeunesse en particulier, et si l'on veut que cette dernière ait une attitude responsable face aux questions liées à la sexualité et au VIH/SIDA, la famille, en

tant que première institution sociale de sensibilisation pour la prévention comme nous l'avons précisé, doit mettre un accent particulier sur l'éducation sexuelle des jeunes. Ainsi, ayant voulu savoir la place de la discussion sexuelle entre les jeunes et leurs parents dans le changement de comportement de ces premiers vis à vis de la prévention du VIH/SIDA, nous avons interviewé quelques parents et administré un questionnaire d'enquête aux jeunes qui constituaient l'échantillon de notre étude. La question qui a été posée à ce sujet était de savoir si nos enquêtés souhaitaient un dialogue avec leurs parents sur les questions relatives au sexe. Les réponses figurent dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 10: Importance de la discussion sexuelle parents- jeunes.**

Caractéristique des enquêtés	FILLES				GARÇONS			
	Veulent le dialogue		Ne veulent pas		Veulent le dialogue		Ne veulent pas	
AGE	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-20	35	36.4	-----	--	21	21.9	5	5.2
21-25	6	6.3	1	1	25	26	3	3.1
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>42.7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>46</b>	<b>47.9</b>	<b>8</b>	<b>8.3</b>
<b>ETUDES</b>								
Sans	---	---	----	--	---	---	2	2.1
Primaire	17	17.7	1	1	11	11.4	5	5.2
Post-primaire	24	25	---	--	35	36.5	1	1
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>42.7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>46</b>	<b>47.9</b>	<b>8</b>	<b>8.3</b>

Les jeunes enquêtés ont suggéré qu'ils aimeraient en plus des canaux de transmission des messages, recevoir des informations sur le VIH/SIDA, grâce à la discussion sexuelle avec les parents. Notre enquête a alors révélé que 42.7% des choix des filles contre 47.9% des choix des garçons veulent une discussion sur la sexualité avec leurs parents.

Les mêmes résultats montrent que toutes les filles dont l'âge est entre 15 et 20 ans veulent le dialogue contrairement aux garçons de la même tranche d'âge; c'est-à-dire respectivement 36.4% contre 21.9% .

Plus de 5% des garçons ne veulent pas de dialogue sur la sexualité avec leurs parents. Cependant, si l'effectif de ceux qui sont contre un tel dialogue n'est pas important (1% des jeunes filles contre 8.3% des jeunes garçons ), nous pouvons inférer qu'il pourrait être élevé chez ceux qui n'ont pas ce dialogue. Pour évaluer cela, nous avons introduit dans notre questionnaire, une question sur le dialogue sexuel entre parents et enfants. Il était question de savoir si nos jeunes dialoguent avec leurs parents sur la sexualité. Le tableau suivant nous le révèle:

**Tableau 11: Pratique du dialogue sexuel.**

Caractéristiques des enquêtés	FILLES				GARÇONS			
	Dialoguent		Ne dialoguent pas		Dialoguent		Ne dialoguent pas	
AGE	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-20	17	17.7	18	18.7	11	11.4	14	14.5
20-25	4	4.1	3	3.1	17	17.7	12	12.5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>21.8</b>	<b>21</b>	<b>21.8</b>	<b>28</b>	<b>29.1</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
<b>ETUDES</b>								
sans	---	---	---	---	---	---	2	2.1
Primaire	10	10.4	7	7.2	9	9.3	8	8.3
Post-primaire	11	11.4	14	14.6	19	19.8	16	16.7
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>21.8</b>	<b>21</b>	<b>21.8</b>	<b>28</b>	<b>29.1</b>	<b>26</b>	<b>27.1</b>

Avec ce tableau, nous constatons que bon nombre des parents n'ont pas encore vaincu la peur de parler de la sexualité à leurs enfants car l'effectif des jeunes qui n'ont pas eu de dialogue sexuel avec leurs parents reste important par rapport à ceux qui l'ont eu.

Nous remarquons aussi que le niveau d'instruction joue beaucoup avec la fréquence de cette discussion sexuelle au sein des familles car le taux des jeunes qui l'ont eue avec leurs parents croît avec leur niveau d'instruction (2% analphabètes, 8% d'études primaires et 16% d'études post-primaires).

Les résultats du tableau N°9 nous montrent par ailleurs que même si les jeunes peuvent recevoir des informations sur le VIH/SIDA à partir par exemple de la radio, des journaux, etc. Ils veulent aussi que ce soient leurs parents qui les mettent au courant de cette maladie qui est une conséquence d'un comportement sexuel non protégé; ce qui explique que l'éducation sexuelle par les parents joue un rôle fondamental dans la vie des jeunes.

## **II.5. Interprétation des données de l'enquête.**

Les résultats de notre enquête effectuée dans le district de NYARUGENGE montrent que le niveau de connaissances sur le VIH/SIDA est élevé au sein des jeunes. Les jeunes interrogés ont affirmé que grâce à la radio, aux conférences, aux théâtres, à l'école, à la T.V, aux films, au journal, ils sont informés sur le VIH/SIDA. Par le fait de son caractère urbain, ce district il est évident que la télévision et les ciné-clubs (films) ont été évoqués en plus de la radio. Les conférences entrent dans le cadre des programmes de prévention à l'école. Cependant, la radio reste pour tous les jeunes de Nyarugenge leur meilleur canal de communication des informations sur le VIH/SIDA. Ce moyen de communication facilite également le dialogue sexuel entre jeunes et bien souvent entre parents et jeunes.

En effet, la radio sert de médiateur aux parents pour aborder les questions relatives à la sexualité avec les jeunes. Des émissions radiodiffusées, telles que URUNANA/BBC, Prudence time...., permettent d'ouvrir ou de lancer le débat sur la sexualité.

Les jeunes du district de NYARUGENGE vivent dans un environnement où certaines scènes peuvent éveiller leur sexualité. Nous citons les boîtes de nuit (ombre de midi: Biryogo; Sky Hôtel: Cyahafi; Casablanca: Muhima) fréquentées

par les jeunes dont l'âge est compris entre 14-28 ans; les littératures sur la sexualité (nous deux); les films pornographiques (de petites maisons de projection vidéo), etc.

Ce comportement sexuel à risque dont sont souvent victimes les jeunes, trouve en définitive son fondement dans les causes sociales avant d'être individuelles. C'est pourquoi l'éducation sexuelle au sein de la famille en particulier et de la société rwandaise en général est une nécessité.

Certains parents de district de NYARUGENGE se demandent pourtant s'il vaut la peine d'éduquer les jeunes en ce qui concerne la sexualité parce que cette éducation pourrait lever toutes les barrières et ainsi les vouer aux déviations sexuelles.

Les jeunes de ce district sont par ailleurs conscients qu'il faut briser ce silence dû à la culture rwandaise qui handicapent le dialogue sexuel pour qu'ils échappent auxdites scènes. Le dialogue sexuel entre jeunes et leurs parents permet aux jeunes la démystification des problèmes liés à la sexualité et d'adopter un comportement sexuel sans risque. Les jeunes ont besoin d'être écoutés par leurs parents, d'être rassurés sur leurs doutes et d'être soutenus dans leurs choix des moyens de prévention contre l'infection au VIH/SIDA.

## **II.6.Vérification de l'hypothèse.**

Les données de notre enquête nous montrent que la communication sociale pour la sensibilisation à la prévention du VIH/SIDA recourt principalement à la radio. Ceci est dû au fait que ce moyen de communication touche un grand public des jeunes: 35.4% ont choisi la radio. Il semble alors que celle-ci est un canal efficace pour la diffusion des connaissances sur le VIH/SIDA auprès des jeunes et susciter leur prise de conscience du fléau. D'autres sources d'information ont été elles aussi préférées en raison de 22.9% pour les conférences, 20.8% pour les théâtres, 12.5% pour l'école, 3.1% pour les journaux et les films.

Les médias jouent donc essentiellement un rôle de premier plan d'abord en fournissant des informations sur le VIH/SIDA, ensuite en intensifiant la sensibilisation sur des moyens de prévention de cette épidémie auprès des jeunes, enfin en amenant ceux-ci à mieux s'informer et en légitimant la discussion publique des sujets relatifs à la sexualité qui sont tabous.

Alors comme conséquence de ce fait que les médias évoquent des tels sujets, des discussions au sein de la famille sur le VIH/SIDA en général et autour de la sexualité en particulier peuvent naître.

Le VIH/SIDA est, par sa nature contaminante, étroitement lié à la sexualité. C'est pourquoi le dénouement des problèmes sexuels par le dialogue sur la sexualité entre parents et jeunes, au sein de la famille notamment, est l'un des moyens de sensibilisation pour la prévention de l'infection au VIH au sein de cette tranche de la population. On remarque cependant que certains parents trouvent qu'un tel dialogue ne pas de leur habitude et présument qu'il peut lever toutes les peurs et peut conduire leurs enfants à se vouer à un vagabondage sexuel.

D'après les résultats de notre enquête, peu de parents parlent de la sexualité à leurs enfants, bien que toutes les personnes interrogées déclarent que les parents sont les pédagogues privilégiés de l'éducation sexuelle.

Les jeunes enquêtés de différents groupes d'âge et niveau d'instruction encouragent une meilleur communication sur la sexualité avec leurs parents (90.6% veulent le dialogue contre 9.3% qui n'en veulent pas). Quant aux parents interviewés, ils ont eux aussi reconnu que même si habituellement ils ne sont pas ouverts aux jeunes, ils souhaitent établir des relations plus honnêtes avec eux. Mais également, ils ont le sentiment que les jeunes à leur tour ne s'ouvrent pas à eux. Malgré tout cela, les parents ont ressenti la nécessité de dispenser une éducation sexuelle aux jeunes. Cette discussion parents-jeunes contribue à lever l'ombre qui couvre la sexualité comme nous le confirme TIECHE, M. (1979: 405-406) en termes suivants: « *On peut dire que moins on parle de ces choses, plus on y pense. Cette réserve excessive, de part et d'autre, fait naître un sentiment de culpabilité et les conseils précieux, les instructions judicieuses lui*

*font défaut au moment précis où ils sont les plus nécessaires. Il en résulte de véritables naufrages moraux dont le seul remède préventif se trouve dans une réforme et une éducation sérieuse des parents ».*

La contribution de la famille dans l'éducation sexuelle est irremplaçable et principale au point où d'autres institutions telles que l'église, l'école,...serait secondaires et ne viendraient que pour suppléer à l'œuvre amorcée par la famille.

En réalité, l'éducation sexuelle nécessite la prise de conscience de l'atmosphère familiale et des sentiments qui unissent les parents.

Elle requiert l'engagement de ces derniers pour permettre l'épanouissement des jeunes au sein de la famille car celle-ci constitue la société dans laquelle vivent les jeunes. Ces derniers doivent être conduits à avoir une vie sexuelle responsable par une éducation sexuelle. Il faudrait alors démystifier le sexe et donc le VIH/SIDA. Les jeunes souhaitent aussi que les parents et les autorités de tous les niveaux soient mobilisés pour les problèmes du VIH/SIDA pour leur servir de modèle; voilà pourquoi des jeunes enquêtés nous ont révélé qu'un comportement sexuel irresponsable des parents est une dangereuse anti-valeur dans le cadre de l'éducation sexuelle.

Eu égard aux résultats de notre enquête énoncés précédemment, nous pouvons affirmer que notre hypothèse selon laquelle « *la communication intergénérationnelle sur le VIH/SIDA aide les jeunes à adopter un comportement sexuel responsable* » est confirmée. Les parents doivent avoir une discussion sur la sexualité avec les enfants plutôt que d'empêcher ceux-ci à en parler croyant que la sexualité est tabou.

La communication parents-jeunes sur la sexualité nous semble vraiment une stratégie prometteuse pour la prévention du VIH/SIDA, malgré un enchevêtrement complexe de facteurs sociaux et culturels qui entravent souvent une telle discussion. La communication entre parents et enfants permet aux derniers de mieux cerner les problèmes de la sexualité et d'adopter un comportement beaucoup plus responsable.

Ainsi, pour aider les jeunes à changer leur comportement sexuel en rapport avec le VIH/SIDA, il faut leur offrir une information sur la sexualité, notamment les risques liés à l'infection au VIH/SIDA. Ils ont également besoin de l'encouragement pour remettre à plus tard et/ou au moment favorable de l'activité sexuelle jusqu'à ce qu'ils soient prêts à prendre en compte leurs besoins émotionnels et sanitaires. La communication étroite entre parents et jeunes crée chez ces derniers un équilibre qui sur le plan sexuel peut les mettre à l'abri de l'infection au VIH/SIDA. Les parents ne devraient jamais croire qu'en engageant une discussion sexuelle avec les enfants, ils vont à l'encontre de leurs responsabilités.

## **II.7. Conclusion du chapitre.**

Le présent chapitre qui avait pour objectif la vérification de la première hypothèse de ce travail a montré l'importance ou l'intérêt de mettre au clair le problème du silence qui entoure la sexualité afin de permettre la prévention du VIH/SIDA au sein de la jeunesse. En effet, les jeunes détiennent des connaissances sur le VIH/SIDA.. Faute du soutien de la part des parents, ils succombent souvent devant la sexualité qui paraît être la première tentation pour eux en rapport avec le VIH/SIDA.

Nous espérons avoir montré assez le besoin qu'éprouvent les jeunes de bénéficier d'une éducation sexuelle dispensée par leurs parents, car elle leur permet de comprendre le mystère de la sexualité et ainsi de développer chez eux le sens de la maîtrise de soi.

## CHAP. III. LA SENSIBILISATION POUR LA PREVENTION AU SEIN DES CLUBS ANTI-SIDA.

En plus de notre souci d'étudier l'importance de la communication entre parents et jeunes dans la lutte contre le VIH/SIDA, nous avons voulu dans ce chapitre savoir le milieu préféré par nos enquêtés pour la sensibilisation pouvant conduire au changement de leur comportement sexuel.

### III.1. SENSIBILISATION AU SEIN DES CLUBS ANTI-SIDA.

Nous avons dit dans le second chapitre au point I.3. que la contribution de la famille au processus de mobilisation pour la prévention du VIH/SIDA est fondamentale et irremplaçable mais, elle ne suffirait seule dans le combat contre ce fléau. C'est pourquoi à travers notre enquête nous avons voulu savoir à part la famille, le milieu préféré par nos enquêtés où ils peuvent recevoir d'autres informations en rapport avec les questions liées au VIH/SIDA.

Le tableau suivant nous synthétise quelques résultats.

**Tableau 12: Milieu de sensibilisation préféré par les enquêtés.**

CARACTER- ISTIQUES	FILLES				GARÇONS				TOTAL	
	Préfèrent Les clubs		Autres milieux		Préfèrent Les clubs		Autres milieux			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>AGE</b>										
15-20	20	20.8	15	15.6	18	18.7	7	7.3	60	62.5
21-25	6	6.2	1	1	21	21.9	8	8.3	36	37.5
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>16.6</b>	<b>39</b>	<b>40.6</b>	<b>15</b>	<b>15.6</b>	<b>96</b>	<b>100</b>
<b>ETUDES</b>										
sans	---	---	---	---	2	2.1	---	---	2	2
Primaire	12	12.5	5	5.2	12	12.5	5	5.2	34	35.4
Post-primaire	16	16.6	9	9.3	26	27	9	9.3	60	62.5
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>29.1</b>	<b>14</b>	<b>14.5</b>	<b>40</b>	<b>41.6</b>	<b>14</b>	<b>14.5</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Le tableau ci haut nous montre que 67.6% des jeunes, soit 27% des filles contre 40.6% des garçons, préfèrent les clubs anti-SIDA comme milieu de récolte des connaissances et des informations sur le VIH/SIDA: 32.2% des jeunes, soit 16.6% des filles contre 15.6% des garçons ont suggéré d'autres milieux d'encadrement à travers lesquels la sensibilisation pour la prévention peut être faite. Il s'agit des groupes de loisirs, des groupes de prière, l'école.

Il ressort de ce tableau que les jeunes sont en général motivés pour leur mobilisation pour la recherche d'informations sur l'infection au VIH/SIDA et des moyens de prévention de celle-ci.

La jeunesse s'engage dans le combat contre l'infection au VIH/SIDA par les clubs anti-SIDA, car la tentative de trouver la solution au problème de cette infection au sein de la jeunesse doit être faite par les jeunes eux-mêmes.

En effet, la motivation des jeunes dans le choix des clubs anti-SIDA est due au fait qu'ils reçoivent des informations sur la sexualité en général et sur l'infection au VIH/SIDA en particulier par leurs pairs éducateurs.

### **III.2. PREVENTION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT SEXUEL DES JEUNES.**

Rappelant que les données des tableaux 7 et 12 nous informent sur l'effectif des jeunes ayant des connaissances sur le VIH/SIDA et le milieu de sensibilisation qu'ils préfèrent, à savoir le clubs anti-SIDA, ces résultats nous ont donc amené à vérifier si l'information reçue sur le VIH/SIDA par nos enquêtés a un impact sur leur comportement sexuel vis-à-vis de la prévention de cette épidémie. Le tableau suivant nous montre les moyens de prévention qu'ils ont adoptés pour se préserver de la maladie.

**Tableau 13: Moyens de prévention préférés selon le groupe d'âges.**

Moyens de prévention	PRESERVATIF		ABSTINENCE		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>GARÇONS</b>						
15-20	15	15.6	10	10.4	25	26
21-25	17	17.7	12	12.5	29	30.2
S/Total	<b>32</b>	<b>33.3</b>	<b>22</b>	<b>22.9</b>	<b>54</b>	<b>56.2</b>
<b>FILLES</b>						
15-20	13	13.5	22	22.9	35	36.4
21-25	3	3.2	4	4.1	7	7.2
S/Total	<b>16</b>	<b>16.6</b>	<b>26</b>	<b>27.1</b>	<b>42</b>	<b>43.7</b>
TOTAL	48	50	48	50	96	100

Nous constatons que 33.3% des garçons contre 16.6% des filles préfèrent utiliser le préservatif. Le taux d'utilisation est plus élevé chez les garçons que chez les filles car celles-ci préfèrent l'abstinence: 27.1% des choix des filles contre 22.9% des choix des garçons.

Nous remarquons que parmi 33.3% des garçons qui choisissent le préservatif, 15.6% sont ceux du groupe d'âges de 15 à 20 ans contre 17.7% du groupe d'âges de 21 à 25 ans; et parmi 16.6% des filles qui choisissent ce moyen de prévention, 13.5% des choix sont du groupe d'âges de 15 à 20 ans contre 3.1% du groupe d'âges de 21 à 25ans.

Et si on considère le niveau d'instruction, le tableau suivant montre clairement les choix des jeunes enquêtés.

**Tableau 14: Moyens de prévention préférés selon le niveau d'instruction.**

Moyens de prévention	PRESERVATIF		ABSTINENCE		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>GARÇONS</b>						
Sans	----	----	2	2	2	2
Primaire	12	12.5	3	3.1	15	15.6
Post-prim.	20	20.8	17	17.7	37	36.4
<b>S/Total</b>	<b>32</b>	<b>33.3</b>	<b>22</b>	<b>22.9</b>	<b>54</b>	<b>56.2</b>
<b>FILLES</b>						
Sans	----	----	----	----	----	----
Primaire	4	4.1	10	10.4	14	14.5
Post-prim.	11	11.4	17	17.7	28	29.1
<b>S/Total</b>	<b>15</b>	<b>15.6</b>	<b>27</b>	<b>28.1</b>	<b>42</b>	<b>43.7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>48.9</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La lecture de ces résultats nous révèle clairement que plus on est instruit, plus le message sur la prévention, en l'occurrence l'usage du préservatif, est mieux assimilé: 2% des choix des jeunes garçons n'ont pas fréquenté l'école (analphabètes) contre 16.6% des choix des jeunes garçons et filles qui ont fait l'école primaire et 32.2% des choix des jeunes garçons et filles de niveau post-primaire (secondaire et université).

Aussi, il y a lieu de préciser que malgré les informations reçues sur le VIH/SIDA, le choix de l'usage correct et systématique du préservatif se heurte à un phénomène de résistance au changement. En effet, il y a beaucoup de jeunes qui ne veulent pas utiliser le préservatif en avançant comme raison qu'il inhibe leur plaisir sexuel, qu'on ne peut pas avoir confiance au préservatif à 100%, qu'il favorise le vagabondage sexuel, qu'il est contre leur doctrine religieuse, etc.

Ce tableau nous renseigne sur les attitudes des enquêtés face au préservatif selon la religion.

**Tableau 15: Moyens de prévention préférés selon la religion.**

Moyens de prévention	PRESERVATIF		ABSTINENCE	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>FILLES</b>				
Catholiques	9	9.3	8	8.3
Protestants	4	4.2	15	15.6
Musulmans	3	3.1	3	3.1
Autres	---	---	---	---
<b>S/Total</b>	<b>16</b>	<b>16.6</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
<b>GARÇONS</b>				
Catholiques	15	15.6	6	6.3
Protestants	8	8.3	13	13.5
Musulmans	6	6.3	2	2
Autres	4	4.1	---	---
<b>S/Total</b>	<b>33</b>	<b>34.3</b>	<b>21</b>	<b>21.8</b>

Les résultats de ce tableau nous montrent que:

- 24.9% des choix du préservatif, dont 9.3% des filles et 15.6% des garçons sont de la confession catholique;
- 28% des enquêtés sont contre le préservatif, soit 15% des filles contre 13% des garçons. Ils sont de la confession protestante;
- 15% des jeunes, dont 9% choisissent le préservatif et 6% ayant opté pour l'abstinence sont musulmans;
- 4.1% seulement et ayant choisi le préservatif sont affiliés aux confessions autres que celles ci-haut citées.

Nous constatons avec ces résultats qu'un rapport s'établit entre attitude à l'égard du préservatif et la religion.

Sans pour autant analyser les doctrines de chaque religion, les résultats de ce tableau nous montrent que l'attitude à l'égard du préservatif serait favorable chez les catholiques: 24.9% choisissent le préservatif contre 14.6% qui s'abstiennent.

Elle est moyennement favorable chez les musulmans: 9% choisissent le préservatif contre 6% qui optent pour l'abstinence.

Elle est moins favorable chez les protestants: 12.4% choisissent le préservatif contre 29.1% qui choisissent l'abstinence.

### **III.2. INTERPRETATION DES DONNEES.**

Nous avons vu que les jeunes savent beaucoup de choses sur les modes de transmission du VIH/SIDA et les moyens de prévention de cette maladie. Mais leur esprit reste encore bourré de rumeurs et de fausses idées. Bien qu'ils aient affirmé qu'ils souhaitent un dialogue avec leurs parents sur la sexualité en général et le VIH/SIDA en particulier, ils se sentiraient plus à l'aise d'en être sensibilisés au sein des clubs anti-SIDA. A travers ces organisations de sensibilisation, certaines rumeurs et fausses idées sont démenties: que par exemple; le préservatif peut se déchirer, qu'il diminue le plaisir sexuel, etc.

L'usage du préservatif a été rejeté souvent pour des raisons de croyances religieuses. En effet, la question de l'usage du préservatif a provoqué une réaction particulièrement hostile de la part de certains chrétiens et responsables religieux (protestants) qui ont participé à notre interview. Ils ont affirmé que le seul moyen de prévention est l'abstinence. Pour eux, sensibiliser les jeunes à l'usage du préservatif consiste à les exposer à l'indiscipline sexuelle. En outre, le préservatif protège seulement le corps et non l'âme, ont-ils déclaré.

Il ressort donc de ces données, qu'il existe encore certaines confessions religieuses qui sont catégoriquement contre l'usage du préservatif comme moyen de prévention du VIH/SIDA et font même une contre propagande sans pour autant convaincre leurs adeptes car certains d'entre-eux sont souvent victimes de cette maladie. Prenons l'exemple des protestants pour qui 12.4% (préservatif) contre 29.1% (abstinence).

### III.3. VERIFICATION DE L'HYPOTHESE.

Les résultats de notre enquête montrent que pour être bien informé sur le VIH/SIDA, les jeunes préfèrent appartenir aux clubs anti-SIDA: 67.6% des jeunes choisissent les clubs anti-SIDA comme meilleur milieu de sensibilisation. Il est vrai qu'en plus d'être informés sur le VIH/SIDA, les jeunes doivent être motivés et capables de modifier leur conduite et cela ne peut se faire que lorsqu'ils baignent dans un environnement favorable au changement.

La confidentialité est à prendre en compte en matière de comportement sexuel car la sexualité est un sujet sensible et très intime.

Pour motiver les jeunes au changement de comportement face au VIH/SIDA, il est urgent de les mettre au centre de la communication sur les moyens de prévention de cette maladie en leur faisant prendre un engagement actif par une approche participative. Les clubs anti-SIDA pour les jeunes sont mieux indiqués pour permettre une telle participation comme le montrent les résultats de notre enquête: 27% des filles contre 40.6% des garçons préfèrent les clubs anti-SIDA.

L'information sur le VIH/SIDA destinée aux jeunes semble être un processus complexe de compréhension graduelle, motif de plus qui justifie la sensibilisation des jeunes aux moyens de prévention du VIH/SIDA dans des clubs anti-SIDA.

Les jeunes qui s'informent sur le SIDA ne se bornent pas à réunir des informations, ils observent aussi le comportement de leurs compagnons, acquièrent des attitudes et des valeurs grâce aux expériences du comportement des autres. Ils profitent de bons conseils de leurs pairs éducateurs dans des clubs qui peuvent leur éviter d'être contaminés par le virus de SIDA et ainsi changer le comportement envers cette maladie.

Certains responsables et membres des clubs anti-SIDA interviewés nous ont par exemple affirmé que les témoignages des jeunes vivant avec le virus et membres des clubs, bien qu'ils soient peu nombreux, rendent un message sur la prévention bien plus crédible.

Selon ceux-ci, ces témoignages ont un impact remarquable sur les auditeurs et motivent pour leur changement de comportement car certains d'entre-eux vivent avec le virus ou sont affectés par la mort de parents ou de leurs proches.

Il y a alors lieu d'affirmer que les résultats de notre enquête confirment notre hypothèse (deuxième) que nous avons formulée de la manière suivante:

*« Les clubs anti-SIDA facilitent chez les jeunes une meilleure sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA ».*

### **III.4. CONCLUSION DU CHAPITRE.**

La sensibilisation des moyens de prévention de l'infection au VIH/SIDA au sein des clubs anti-SIDA a été préférée par les jeunes cible de notre étude. Par conséquent, la sensibilisation aux moyens de prévention de l'infection au VIH/SIDA ne peut les atteindre comme un seul groupe homogène, car ils diffèrent du point de vue des caractéristiques, soit scolarisés ou non, religieux ou non,...ils sont donc obligés de se regrouper dans des clubs anti-SIDA où ils seront à l'aise de discuter de la sexualité et du VIH/SIDA avec leurs pairs éducateurs.

## CONCLUSION GENERALE.

### SYNTHESE DU TRAVAIL.

La prévention du VIH/SIDA a un défi énorme à relever. Le changement de comportement étant un long processus qui implique une opération de longue haleine doit faire intervenir la fourniture de l'information sur cette épidémie.

Ce travail consiste à montrer la contribution de « *la communication intergénérationnelle pour le changement de comportement face au VIH/SIDA* ». Ce thème de recherche a été traité en deux parties essentielles et complémentaires, à savoir la partie théorique portant sur la propagation de l'infection au VIH/SIDA au sein de la jeunesse et sur le processus du changement de comportement de ce groupe cible pour la prévention de cette épidémie et la partie empirique portant sur l'approche méthodologique de collecte des données et d'analyse des résultats de l'enquête.

Dans la première partie de ce travail, grâce à la technique documentaire, nous avons d'abord fait le point de différents concepts utilisés dans ce travail, ensuite nous avons analysé l'influence de la communication sociale sur le comportement de la jeunesse envers la prévention du VIH/SIDA et enfin nous avons évoqué les différents facteurs et institutions sociales qui influencent le processus de changement de comportement. En effet, nous avons fait remarquer qu'en plus des institutions sociales de sensibilisation telles que la famille, l'école, la vie sociale et les mass médias, il y a aussi quelques éléments liés à la condition de la vie humaine en société qui peuvent influencer les jeunes à changer leur comportement sexuel à l'égard de la prévention de l'infection au VIH/SIDA.

Soucieux de savoir si la communication intergénérationnelle peut favoriser un comportement sexuel et responsable des jeunes en vue de la prévention du VIH/SIDA, la partie empirique de ce travail essaie de répondre à ce souci par des données confirmant nos hypothèses de travail.

En effet, ces données ont été recueillies grâce à une enquête menée à l'aide de quelques techniques en sciences sociales, à savoir les techniques de questionnaire, d'interview et d'échantillonnage ainsi que les méthodes dialectique, structuro-fonctionnelle et interactionniste systémique.

Ces hypothèses stipulent que la communication intergénérationnelle sur le VIH/SIDA aide les jeunes à adopter un comportement sexuel responsable, que les clubs anti-SIDA facilitent chez les jeunes une meilleure sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA.

La mise à l'épreuve de ces hypothèses sur terrain a, grâce aux indicateurs choisis, pu montrer l'importance de la communication intergénérationnelle dans la sensibilisation des moyens de prévention du VIH/SIDA aux jeunes. En effet les résultats d'une enquête effectuée auprès des jeunes du district de NYARUGENGE révèlent que les connaissances acquises sur le VIH/SIDA à travers différentes sources d'informations telles que la radio, le théâtre, les conférences, la télévision, le film leur ont permis d'adopter certains comportements en vue de la prévention de cette maladie.

Bien que des mécanismes de communication sociale sur le VIH/SIDA existent et peuvent favoriser le changement de comportement sexuel des jeunes, l'usage du préservatif et le dialogue sur le VIH/SIDA se heurtent encore à un problème de résistance au changement par la propagation de fausses idées et rumeurs autour du préservatif ainsi que du tabou qui prévaut sur l'éducation sexuelle par les parents à leurs enfants.

Selon les résultats de notre enquête, même si les parents éprouvent la volonté d'avoir une discussion sexuelle franche avec les jeunes, peu de jeunes ont affirmé avoir eu un dialogue avec leurs parents au sujet de la sexualité. Ces résultats nous confirment par ailleurs qu'une éducation sexuelle réussie serait l'un des moyens les plus rassurants d'aider les jeunes de se prévenir contre l'infection au VIH/SIDA. Elle consiste surtout à les aider à comprendre la complexité des relations sexuelles et à adopter à cet effet un comportement sexuel responsable envers certaines infections sexuellement transmissibles telle

que le VIH/SIDA. La pratique de la sensibilisation des jeunes pour la prévention de l'infection au VIH/SIDA doit débiter par la démystification de la sexualité. Cela suppose la libération de la parole qui se fera par des débats dans des groupes tels que les clubs anti-Sida pour briser le silence mais aussi par le dialogue sexuel parents-jeunes.

Ces résultats montrent également que les jeunes préfèrent les clubs anti-sida comme milieu favorisant la communication sur le VIH/SIDA. Les clubs anti-sida permettent aux jeunes d'exprimer leurs sentiments et leurs inquiétudes à des personnes qui leur ressemblent. Le dénominateur commun à eux et leurs pairs éducateurs et l'incitation à mieux écouter les informations relatives au VIH/SIDA et la modification de leur comportement. L'expérience des valeurs sociales chez les jeunes étant fonction de la nature des relations familiales, il est normal que leur comportement soit déterminé par le jugement qu'ils portent sur la valeur du milieu social auquel ils appartiennent.

La communication intergénérationnelle pour le changement de comportement étant un domaine complexe que nous ne pouvons pas prétendre épuiser, nous espérons quand même avoir contribué à la prévention du VIH/SIDA au sein de la jeunesse par la communication.

Ainsi, ce travail ouvre les horizons à d'autres recherches pouvant le compléter; lesquelles pourraient par exemple porter sur les thèmes suivants:

- Les conditions préalables pour la réalisation d'une communication intergénérationnelle efficace sur le VIH/SIDA,
- La contribution des confessions religieuses dans la lutte contre le VIH/SIDA,
- La culture rwandaise vis à vis de la sexualité.

## **RECOMMANDATIONS.**

Au terme de ce travail, il y a lieu d'émettre quelques recommandations qui, sans doute, pourraient améliorer la pratique de la communication intergénérationnelle sur la prévention du VIH/SIDA.

### **Aux leaders politiques ( MINISANTE, MIJESPOC, CNLS,CNJR).**

- Multiplier les actions de sensibilisation et de mobilisation des jeunes sur les moyens de prévention de l'infection au VIH/SIDA;
- Multiplier des centres des jeunes d'informations sur la santé reproductive;
- Intégrer l'éducation sur le VIH/SIDA dans des programmes d'enseignement plus particulièrement primaire et secondaire;

### **Aux ONG de lutte contre le VIH/SIDA**

- Promouvoir la communication en matière de sexualité;
- Augmenter des centres de distribution gratuite des préservatifs dans divers et différents milieux;

### **Aux leaders religieux (Eglises)**

- Renforcer la mise sur pied des programmes de lutte contre le VIH/SIDA à base communautaire par l'intermédiaire des confessions religieuses.

### **Quelques stratégies correspondant à ces recommandations:**

- Création pour les jeunes d'un espace d'expression sur le VIH/SIDA à la radio, à la T.V et dans des journaux;
- Formation des leaders politiques et des parents sur le VIH/SIDA;

- Promotion des activités socioculturelles chez les jeunes en vue de multiplier des occasions d'échange sur le VIH/SIDA;
- Formation des enseignants en techniques de communication pour le changement de comportement en santé reproductive;
- Promotion de l'approvisionnement du préservatif dans différents milieux du district jusqu'à l'échelle nationale;
- Formations des leaders religieux sur la communication pour la prévention du VIH/SIDA.