

**STRATÉGIE NATIONALE
DE COMMUNICATION
POUR LE CHANGEMENT DE
COMPORTEMENT
FACE AU VIH/SIDA**

République de Côte d'Ivoire

2005 – 2008

SOMMAIRE

Table des Matières

Préface	
Remerciements.....	
Résumé	
Liste des abréviations et acronymes.....	

INTRODUCTION.....

CHAPITRE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte et situation épidémiologique	1
1.2 Domaines prioritaires pour les interventions en matière de CCC	
1.2.1 Prévention de nouvelles infections.....	
1.2.2 Offre de Services	
1.2.2.1 Le Conseil et Dépistage volontaire (CDV) : Quels enjeux en Côte d'Ivoire ?.....	
1.2.2.2 La Prévention de la Transmission mère-enfant ou Transmission Parent-Enfant (PTME/PTPE).....	
1.2.2.3 La Prise en charge médicale, psychosociale et spirituelle des PVVIH.....	
1.2.3 Environnement social et politique	
13 Publics cibles prioritaires (analyse CAP VIH/SIDA/IST et analyse causale pour chacun des publics).....	
1.3.1. Jeunes	
1.3.2 Femmes	
1.3.3 Enseignants	
1.3.4 Personnes vivant avec le VIH (sous ARV ou non).....	
13.5 Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV).....	
1.3.6 Militaires/Hommes en Uniforme/Hommes en Arme	
1.3.7 Routiers/Camionneurs	
1.4 Opportunités et contraintes en CCC	

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL ET OPERATIONNEL DE LA STRATEGIE

2.1 Cadre conceptuel de la stratégie	
2.2 But et vision de la stratégie CCC	

CHAPITRE 3 : AXES STRATEGIQUES CCC PRIORITAIRES

CHAPITRE 4 : TABLEAUX DES PLANS D'INTERVENTIONS

STRATEGIQUES (public cible, objectifs de communication, stratégies et interventions) 53

4.1 Jeunes	
4.2 Femmes	
4.3 Enseignants.....	
4.4 Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) (sous ARV ou non).....	
4.5 Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV).....	
4.6 Militaires/Hommes en Uniforme/Hommes en Arme.....	
4.7 Routiers/Camionneurs.....	
4.8 Professionnelles du Sexe/Femmes à partenaires multiples	
4. 9 Relais de communication	
4.9.1 Journalistes/Hommes et Femmes de média.....	
4.9.2 Leaders religieux.....	
4.9.3 Autorités Politiques.....	
Récapitulatif	

CHAPITRE 5 : MISE EN ŒUVRE.....

5.1Exécution.....	
5.2 Leadership, Cadre de gestion et de coordination.....	
5.2.1 Rôles et Responsabilités des acteurs dans la mise en œuvre.....	
5.2.2 Principes opérationnels.....	
5.3 Suivi et évaluation.....	
5.4 Pérennisation.....	

ANNEXES

Glossaire

Les Trois Principes Directeurs

Liste des participants aux différents ateliers d'élaboration de la stratégie

PREFACE

La prévalence du VIH/SIDA au sein de la population adulte est estimée à 7% (ONUSIDA, 2004). Avec une population de 16.3 millions d'habitants, plus de 770,000 personnes sont actuellement infectées par le VIH. La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par le VIH en Afrique de l'Ouest. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en visite dans les cliniques pré-natales varie de 7,7 % à 12%. Près de 47% des tuberculeux dans le pays sont séropositifs.

De plus, depuis ces trois dernières années, le pays a souffert d'un conflit armé qui entraîne une détérioration de la situation économique et une rupture des services essentiels de santé et d'autres secteurs sociaux.

Le gouvernement a déclaré que le SIDA est une urgence, car il constitue une barrière au développement national. Pour mieux contrôler l'épidémie qui est maintenant généralisée en RCI, plusieurs départements ministériels (Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi, Ministère d'Etat, ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Enseignement Supérieur, Ministère de la Solidarité, Ministère de la Communication, Ministère des Droits de l'Homme, Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère du Commerce, Ministère du Transport) ont développé des plans sectoriels pour la prévention du VIH et la prise en charge des personnes affectées et infectées par le VIH/SIDA .

Pour pouvoir mieux coordonner tous ces efforts, le gouvernement a créé en 2000 "le Ministère de La Lutte contre le SIDA" (MLS) pour le développement d'une réponse coordonnée multi sectorielle en matière de lutte contre VIH/SIDA.

Les missions suivantes sont dévolues au MLS : (i) Mobilisation communautaire et sociale, (ii) Plaidoyer , (iii) Coordination, suivi et évaluation de toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. De façon plus spécifique, les attributions du MLS sont les suivantes :

- 1 . Évaluation de l'impact du VIH/SIDA sur les différents secteurs de développement
2. Élaboration d'un plan stratégique national
3. Promotion d'une politique de décentralisation de la lutte contre le Sida
4. Suivi et contrôle de la juste application du code du travail aux PVVIH
5. Renforcement du plaidoyer auprès des décideurs
6. Prévention par l'Information Education Communication/la Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) en milieux urbain et rural
7. Mobilisation sociale en vue d'une participation communautaire
8. Organisation de la Journée Mondiale SIDA
9. Mobilisation et suivi des ressources
10. Organisation d'une conférence nationale.

La Structure administrative du Ministère de la Lutte contre le SIDA est décrite ci-dessous (Voir organigramme du MLS en annexe). Les cinq (05) Directions Centrales du Ministère de la Lutte contre le SIDA sont:

La Direction de la Planification, de la Programmation et du Suivi-Evaluation (DPPSE) avec trois (03) Sous-Directions : la Sous-Direction de la Planification, la Sous-Direction des Stratégies ; la Sous-direction du Suivi-Evaluation.

La Direction de la Mobilisation Sociale (DMS) avec quatre (04) Sous-Directions : la Sous-Direction de la Mobilisation Sectorielle , la Sous-Direction de la Mobilisation Décentralisée, la Sous-Direction des ONG et des Associations de Lutte contre le SIDA, la Sous-Direction de la Communication pour le Changement de comportement.

La Direction de la Coordination et des Appuis Techniques (DAT) avec quatre (04) Sous-Directions: la Sous-Direction du Renforcement des Capacités, la Sous-Direction de la Logistique, la Sous-Direction des Appuis Financiers, la Sous-Direction de la Prise en Charge Psycho-sociale.

La Direction de la Mobilisation des Ressources (DMR) avec trois (03) Sous-Directions : la Sous-Direction de la Mobilisation des Ressources Intérieures, la Sous-Direction de la coopération Bilatérale, la Sous-Direction des organisations Internationales.

La Direction des Affaires Administratives et Financières (DAAF) avec deux (02) Sous-Directions : la Sous-Direction du Budget et de la Comptabilité, la Sous-Direction de l'Administration et des Ressources Humaines.

En plus de ces cinq directions, il existe un service de communication.

A coté des organes internes du Ministère de la Lutte contre le SIDA et aux fins d'assurer la coordination des activités, le MLS est soutenu par des organes statutaires (Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), Comité Interministériel de lutte contre le SIDA (CIMLS), Comité Multipartite et du Partenariat (CMP), comités sectoriels) et des organes consultatifs (Comité Consultatif des experts).

Afin de faire face à ces défis liés à sa mission de coordonnateur principal de la politique de décentralisation des programmes multisectoriels en matière de VIH/SIDA, le MLS a amorcé la formulation d'une stratégie nationale de communication. Elle définit un cadre stratégique qui assure l'implication et la collaboration de tous les acteurs. Ainsi, elle contribue à améliorer les interventions pour le changement de comportement notamment dans les domaines de la prévention, la prise en charge y compris les services et traitements, et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/SIDA. Le processus d'élaboration de la stratégie a été piloté par la Direction de la Mobilisation Sociale du MLS.

REMERCIEMENTS

Le présent document a été élaboré grâce à l'appui technique de Dr Brigitte Quenum-Renaud, consultante pour Johns Hopkins Bloomberg School of Hygiene and Public Health Center for Communication Programs (CCP), de Madame Claudia Vondrasek, West Africa Team Leader, de Mademoiselle Esther Braud, Program Officer, de Mme Amélie Sow, Program Officer et de Madame Régina Traoré, Conseiller Résident en Côte d'Ivoire pour CCP.

L'équipe de Johns Hopkins a été localement appuyée par le Projet RETROCI, le Centre Africain de Recherche et d'Intervention en Développement (CARID). Nous leur exprimons nos sincères remerciements pour la patience et l'assiduité manifestées tout au long de leur travail.

Nous remercions aussi, pour leur contribution, les Ministères, les Institutions et Organisations non Gouvernementales, les Associations qui ont bien voulu faciliter le travail en fournissant des informations nécessaires et qui ont manifesté leur ferme volonté pour l'accomplissement de ce travail.

La réalisation du présent document est le fruit de la sagesse, du dévouement et des efforts de nombreuses personnes qui ont formulé de précieuses observations et apporté des contributions lors de l'atelier de développement et validation de stratégie.

Notre sincère gratitude s'adresse aussi au PEPFAR qui a apporté l'appui financier nécessaire à la réalisation de toutes les activités inhérentes à l'élaboration de la présente stratégie. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne traduisent pas nécessairement les points de vue du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique.

Nous adressons également nos remerciements à toute personne qui de près ou de loin a contribué à la réalisation de ce document de stratégie nationale de communication pour le changement de comportement face au VIH/SIDA.

RESUME

Afin de faire face à ces défis liés à sa mission de coordonnateur principal de la politique de décentralisation des programmes multisectoriels en matière de VIH/SIDA, le MLS de la Côte d'Ivoire a élaboré une stratégie de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) face au VIH/SIDA.

Cette stratégie définit le tableau de bord commun du pays en matière de CCC. Il permettra aux différents acteurs impliqués dans une réponse cohérente, coordonnée et harmonisée (partenaires du secteur public et société civile, groupes communautaires, partenaires qui apportent une assistance technique, etc.) de répondre aux besoins des populations en matière de VIH/SIDA.

L'élaboration de la stratégie CCC du Projet Corridor s'est focalisée sur :

- L'analyse de la situation
- Les domaines d'intervention et les publics cibles prioritaires : les professionnelles du sexe, les militaires/hommes en uniforme/hommes en arme, les chauffeurs routiers/apprentis chauffeurs, enseignants ; les personnes infectées et affectées par le VIH, personnes vivant avec le VIH (PVVIH), orphelins et enfants vulnérables (OEV).
- La définition d'un cadre conceptuel stratégique ;
- L'identification des axes stratégiques ;
- La mise en œuvre de la stratégie.

L'analyse de la situation a permis, entre autre, d'appréhender les contextes de vie socio-économique et professionnelle ainsi que les comportements à risque qui mettent les populations à risque ou les rendent vulnérables au VIH/SIDA. En dépit de l'existence de modèles de bonnes pratiques au niveau de la sous-région, ces populations restent encore largement non couvertes par les réponses nationales.

La stratégie CCC vise à contribuer à la prévention de nouvelles infections, au traitement de personnes infectées par le VIH et à la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

La vision partagée par toutes les parties prenantes de la lutte contre le SIDA est la suivante : **Des publics bénéficiaires plus impliqués y compris des groupes vulnérables valorisés et capables de se prémunir contre les IST/VIH/SA dans un environnement socio politique bénéfique et favorable**

C'est dans cet esprit que des axes stratégiques à mettre en œuvre ont été définis. Les axes stratégiques portent sur :

- la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH
- la prise en charge efficace des soins et l'observance aux traitements
- l'amélioration de l'environnement socio-politique par la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et la promotion de l'inclusion sociale
- la promotion de l'efficacité des interventions CCC/VIH/SIDA

Les stratégies prioritaires seront la promotion de l'Abstinence et de la Fidélité, l'utilisation du condom, la PTME, le soutien aux PVVIH, le plaidoyer pour la lutte contre la stigmatisation des PVVIH, la promotion du traitement ARV.

La gestion et l'exécution de la stratégie ont fait l'objet d'une réflexion en vue de dégager les moyens indispensables à sa mise en œuvre. L'implication de tous les acteurs et l'établissement de partenariats à tous les niveaux, une forte coordination multisectorielle, un environnement politique de soutien sont autant de facteurs qui aideront le MLS à faire face aux nombreux défis qui l'attendent.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AES	: Accident d'Exposition au Sang
ALLIANCE	: International HIV/AIDS Alliance
ARV	: Anti-rétro Viraux
AS	: Assistant Social
CA	: Centre Accrédité
CAP	: Connaissance, Attitudes et Pratiques
CARID	: Centre Africain de Recherche et d'Intervention en Développement
CC	: Conseiller Communautaire/Associatif
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CDVA	: Centre de dépistage volontaire anonyme
CIMLS	: Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA
CIP/C	: Communication Inter-Personnelle et Counseling
CNLS	: Conseil National de lutte contre le SIDA
CORAS-CI	: Coalition des Religieux Anti-SIDA en Côte d'Ivoire
CPN	: Consultation Pré-Natale
DAAF	: Direction des Affaires Administratives et Financières
DAT	: Direction de la Coordination et des Appuis Techniques
DESAC	: Direction de l'Extrascolaire et des Activités Coopératives
DMR	: Direction de la Mobilisation des Ressources
DMS	: Direction de la Mobilisation Sociale
DPPSE	: Direction de la Planification, de la Programmation et du Suivi-Evaluation
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FAO	: Food and Agricultural Organization
JHU/ CCP	: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs
IASC	: Inter-Agency Standing Committee task force on HIV/AIDS
ICMH	: International Center for Migration and Health
ICRC	: Comité International de la Croix Rouge
IEC	: Information, Education, Communication
GTT	: Groupe Technique de Travail
GTZ	: German Cooperation Agency

IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MAP	: Multi-country AIDS Program
MLS	: Ministère de la Lutte contre le SIDA
MEMSP	: Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population
MSF	: Médecins sans Frontières
OBC	: Organisations à Base Communautaire
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONGS	: Organisations Non gouvernementales
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le SIDA
PEC	: Prise en Charge
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Response
PF	: Planification Familial
PNPEC	: Programme National de Prise en Charge Médicale des PVVIH
PSI	: Population Services International
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RCI	: République de la Côte d'Ivoire
TS	: Travailleuse du sexe
UNFPA	: Fond des Nations Unies pour la Population
VIH/SIDA	: Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immuno- déficience Acquise

INTRODUCTION

La stratégie nationale de communication définit un cadre commun de référence CCC pour les différents acteurs intervenant dans la prévention du VIH/SIDA afin de répondre aux besoins des groupes cibles prioritaires en matière de VIH/SIDA.

Elle est fondée sur les résultats de l'analyse situationnelle des stratégies VIH/SIDA et de la réponse nationale -institutionnelle et société civile- dans le domaine du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire de 1985 à 2004. L'analyse situationnelle réalisée à la demande du Ministère de la Lutte contre le SIDA (MLS) a permis de (pour plus de détails voir rapport correspondant) : a) faire un état des lieux des connaissances sur l'ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA dans le pays ; b) dresser un bilan de la réponse plus particulièrement du point de vue de la Communication pour le Changement de Comportement ; c) analyser les stratégies et messages IEC/CCC développés et d) recenser et analyser les activités spécifiques d'IEC/CCC menées dans le pays sur la période indiquée.

L'analyse de situation, fait apparaître :

- 1.** L'absence d'une approche stratégique, harmonieuse et soutenue en communication pour le changement de comportement. De nombreuses interventions se font de façon isolée, avec des campagnes de courtes durées.
- 2.** Le manque de coordination entre les acteurs des différentes interventions CCC/VIH/SIDA.
- 3.** L'absence d'études de base préliminaires. Les interventions de CCC ne sont pas systématiquement conçues sur la base de recherches préliminaires permettant de bien cibler les publics et le contenu des interventions en termes de messages et d'activités.
- 4.** L'absence d'évaluation d'impact des interventions CCC. L'impact des interventions CCC n'est pas systématiquement mesuré. De plus les activités ou interventions IEC/CCC mises en œuvre par les ONG ne sont pas suffisamment basées sur l'implication et la participation des publics/communautés cibles
- 5.** Pendant les deux décennies écoulées, les activités d'IEC/CCC ont mis l'accent sur la sensibilisation sur le VIH/SIDA à travers des campagnes mass-média, des activités de mobilisation communautaires au sein des communautés, des causeries éducatives et débats. Certes, elles ont contribué à une large connaissance du SIDA mais on note malgré tout la persistance de comportements à risque (multi partenariat occasionnel, sexualité précoce, non utilisation du condom, non pratique de l'abstinence). Les activités de communication interpersonnelle/counseling ou de proximité restent encore peu développées. Ceci dans un contexte où le recours au test de dépistage est loin d'être généralisé par peur de se savoir séropositif et d'être rejeté par sa famille et ou sa communauté.
- 6.** Différents groupes cibles prioritaires ont été identifiés - il s'agit d'une part de publics vulnérables du fait de leurs contextes de vie qui les exposent au VIH/SIDA, et d'autre part de publics à comportement à haut risque. Au sein de ces deux

catégories, se retrouvent des groupes marginalisés/stigmatisés (" groupes invisibles ") (PVVIH, jeunes filles socio économiquement vulnérables, populations rurales, populations déplacées et économiquement vulnérables, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes,) ne bénéficiant pas suffisamment d'interventions de prévention. Les réticences -notamment culturelles ou liées à l'absence d'un environnement socio-économique et juridique favorable- à intervenir auprès de ces groupes marginalisés doivent être adressées en utilisant des approches pragmatiques et ouvertes sur l'avenir permettant de réduire la progression de l'épidémie.

7. Depuis le 19 septembre 2002, le pays est confronté à une grave crise Politico militaire provoquée par une rébellion. Bien qu'un accord de cessez-le feu ait été immédiatement obtenu le 17 octobre 2002, les différentes tentatives de règlement de ce conflit n'ont toujours pas abouti à la paix et le pays est toujours divisé en deux parties. Une partie (tout le Nord et une partie de la zone Ouest) contrôlée par les rebelles(désignés depuis sous le vocable Forces Nouvelles) et toute la partie Sud sous le contrôle du gouvernement. Bien que l'on ne dispose pas d'informations précises sur la situation économique après le déclenchement du conflit militaire, il ressort de certaines données que le déficit ivoirien continue de se creuser et que la production économique reste sur le déclin. Les conséquences de cette situation sur l'activité économique et les conditions de vie des populations sont graves et se caractérisent par un accès difficile aux soins de santé et aux infrastructures sociales et une aggravation de la délinquance et de l'incidence du VIH/SIDA dans les couches les plus vulnérables de la population (jeunes, femmes).

8. En effet, la question de la vulnérabilité (vulnérabilité au risque d'infection VIH et à l'impact du SIDA) de certaines populations (jeunes filles, femmes, OEV) reste centrale et liée aux facteurs socio culturels et à l'environnement dans lequel vivent ces groupes. Les interventions proposées doivent adresser ces facteurs afin de pouvoir modifier les comportements de façon significative et influencer le cours de l'épidémie. Par exemple pour beaucoup de femmes, la fidélité à un partenaire ne suffit pas à les protéger de l'infection puisque de par son comportement ce partenaire lui-même peut les infecter.

Basée sur ces constats, la stratégie nationale propose de (i) promouvoir le changement de connaissances attitudes et comportements dans le cadre de la Prévention des nouvelles infections, les services et traitements -le Conseil et Dépistage Volontaire, la Prévention de la Transmission Parent-Enfant- et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; (ii) d'adresser les normes socioculturelles et de (iii) créer un environnement favorable de soutien et d'inclusion sociale à la prévention et à la prise en charge du VIH/SIDA.

Selon les caractéristiques des groupes cibles et leurs niveaux de comportements une sélection des approches de communication pour le changement de comportement, de plaidoyer et de mobilisation communautaire seront utilisées (voir le glossaire pour la définition des différents termes). On tirera profit des expériences réussies et des meilleures pratiques CCC existant dans la sous région.

Les populations cibles ou groupes prioritaires ainsi que les stratégies/activités/ messages de prévention du VIH/SIDA à leur attention doivent être réexaminés.

CHAPITRE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte et Situation épidémiologique

Côte d'Ivoire : Population :	17 000 000 d'habitants
Espérance de vie :	41 ans
Taux d'alphabétisation chez les femmes : 40%	
Taux d'alphabétisation chez les hommes : 56%	
Prévalence nationale 15-49 ans : 7 % (source : ONUSIDA données 2003, rapport 2004). Cette statistique nationale masque cependant des disparités régionales	
Prévalence chez les professionnelles du sexe : 28%	
Nombre de PVVIH : ~ 770 000	
Nombre d'OEV : 310 000	

1.2 Domaines prioritaires pour les interventions en CCC

1.2.1 PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS

En dépit de la volonté politique et des ressources allouées au VIH/SIDA, les taux de nouvelles infections continuent d'augmenter : 1% d'incidence par an avec 70% des cas concernant les jeunes et une forte féminisation de l'infection. La prévention de nouvelles infections en Côte d'Ivoire nécessite une plus grande mobilisation/participation des communautés vulnérables et à risque, une volonté politique encore plus forte pour réduire la vulnérabilité des populations au VIH/SIDA et une réorientation des approches des intervenants qui mettent en œuvre les programmes de prévention sur le terrain (relatifs à la communication /IEC/CCC ou aux services).

Le rôle du CDV dans la prévention doit être clairement compris et valorisé. Le test de dépistage ne constitue pas seulement un point d'entrée pour les traitements. Il reste une stratégie de prévention à part entière, fondamentale pour répondre aux besoins de prévention, les droits des personnes à connaître leur statut sérologique, faciliter la possibilité de " vivre positivement avec le VIH/SIDA " et contribuer à briser les mythes et les idées erronées sur la séropositivité. Le CDV doit occuper une place centrale dans toute stratégie globale de prévention (information, promotion, multiplication).

Le CDV peut servir de point d'entrée pour des actions de prévention : la prise en charge médicale et psychosociale, la lutte contre la stigmatisation, l'organisation d'un continuum de soins avec une réelle participation de volontaires venant des communautés desservies, le renforcement des actions de CCC et la mise en œuvre de la PTME.

L'accent doit être mis sur une synergie entre les efforts de prévention et la prise en charge/le traitement. Dès qu'une personne est infectée par le VIH, la multiplication ou la réplication du virus commence. Même si une personne est asymptomatique, la réplication a lieu. D'où la nécessité pour une personne nouvellement infectée de se protéger pour éviter de se réinfecter (risque d'aggraver l'évolution vers la maladie) et d'infecter son/ses partenaires car la période de séroconversion de trois semaines après l'infection est la plus dangereuse pour infecter quelqu'un d'autre.

Les Anti-Rétroviraux (ARV) ne guérissent pas : le traitement n'est pas curatif. Les médicaments inhibent seulement le cycle de réplication virale mais le VIH reste dans l'organisme. Une personne sous traitement est toujours contaminante et peut donc transmettre le VIH, même si la charge virale n'est plus détectable. Des études menées en Ouganda dans le district de Rakai ont montré que la persistance de comportements à risque, tels que le multi partenariat, chez les personnes nouvellement infectées rendent la diminution du taux de nouvelles infections quasiment impossible (source CARID ??).

L'accompagnement et l'éducation thérapeutiques sont des éléments déterminants du succès de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (aspects nutritionnels, hygiène de vie, prévention des infections opportunistes, gestion des effets secondaires liés au traitement, l'observance et l'adhérence aux ARV, gestion de la sexualité, projets de vie, désir d'enfant, vivre positivement et vivre avec les ARV, etc.)

Bien qu'encore limité, l'accès de plus en plus croissant aux thérapies antirétrovirales, est une opportunité de renforcer les efforts de prévention.

La prévention des nouvelles infections doit particulièrement s'adresser aux publics vulnérables tels que les jeunes, les femmes et les hommes tout en s'adaptant aux normes socioculturelles, en tenant compte aux publics marginalisés (les hommes qui ont les rapports avec les hommes, les professionnelles du sexe).

1.2.2 OFFRE DE SERVICES

1.2.2.1 Le Conseil et Dépistage volontaire (CDV)

Attitude de la population vis-à-vis du test de dépistage

- Très peu de personnes connaissent leur statut sérologique et n'en perçoivent pas la nécessité. Faire le test de dépistage reste encore une intention qui n'est pas suivie de prise d'action. Une raison avancée pour la non pratique du test : c'est le fait de penser ne pas avoir de risque (Voir enquête PSI/CARID, 2004).

- Selon les résultats d'une enquête similaire réalisée par PSI, bien que la connaissance des CDV soit élevée (8 personnes sur 10 ont déjà entendu parler des CDV), seulement 13% des personnes interrogées avaient fait leur test de dépistage au moment de l'enquête (2004).

- En dépit d'une politique de dépistage initiée en 1985 au début de l'épidémie, d'une incitation au dépistage précoce au cours des années 1990 et de la mise en place de certaines dispositions (caractère volontaire et confidentiel du test sur la base du consentement du patient, conseil pré et post-test, résultat communiqué au patient, confidentialité du test et du résultat garanti par la loi sur la protection de la vie privée et par la règle du secret médical, proposition de suivi par un assistant social en cas de résultat positif, possibilité de référence à d'autres structures de PEC), le recours des populations aux services CDV reste encore faible. Les raisons généralement évoquées pour la non fréquentation des CDV sont:

* l'inexistence d'un traitement pour guérir du SIDA,

* la stigmatisation et la peur ou la crainte de se savoir séropositif et d'être rejeté par sa famille et/ou sa communauté.

Les hommes préfèrent garder l'ignorance par rapport à leur statut sérologique.

La peur de se savoir infectée fait que la plupart des femmes enceintes qui acceptent volontairement le test ne retournent plus pour prendre leur résultat (Msellati et al., 2001, Cartoux et al., 1998).

Dans l'enquête mentionnée précédemment dans l'ensemble très peu de personnes pensent qu'elles sont capables de retourner chercher le résultat ou d'informer leurs partenaires.

- La peur des populations de découvrir leur séropositivité apparaît comme l'une des barrières psychologiques les plus importantes à l'incapacité des populations de se rendre dans les centres de dépistage volontaire. De plus le dépistage est associé à la découverte quasi-systématique de la séropositivité (perception erronée des objectifs même du conseil et du dépistage volontaire).

- La non connaissance de la localisation géographique des CDV a aussi été évoquée pour expliquer la faible fréquentation des CDV ainsi que la peur du risque de licenciement.

- Enfin toujours selon la même enquête les éléments suivants sont encourageants: près de 7 personnes sur 10, quelque soit le sexe, pensent que leurs parents et amis les encourageraient à se faire dépister et la qualité des services offerts dans les CDV est perçue comme bonne. Ces facteurs encourageants ne doivent pas cependant dissimuler le "mur de méfiance entre les populations et les centres de dépistage volontaire".

Attitude des professionnels de santé vis-à-vis du test de dépistage :

- Bien qu'ils soient formés à la prescription des ARV, à la prise en charge des personnes séropositives et que les ARV soient disponibles et accessibles, certains agents de santé hésitent encore à proposer le test à leurs patients par crainte d'avoir à annoncer un résultat positif. Pour certains d'entre eux " le SIDA est l'affaire des ONG "

- L'analyse situationnelle montre que en comparaison aux activités de sensibilisation—campagnes mass-média, animations de masse dans les communautés, causeries éducatives/débats—et aux activités de visite à domicile, le counselling reste encore une activité peu développée et limitée à un certain nombre de structures sanitaires et/ou quelques ONG qui offrent ces services.

Un groupe technique de travail pour le conseil et le dépistage volontaire (GTT/CDV) est fonctionnel depuis 2002. A ce jour le plan national pour le CDV a été élaboré. La prochaine étape consiste à garantir la qualité des services. A cet effet PSI Côte d'Ivoire en collaboration avec le Programme National de Prise en Charge médicale des PVVIH (PNPEC) et le projet RETRO-CI a organisé l'évaluation de 10 sites de CDV (autonomes et intégrés). L'évaluation réalisée en juin 2004 a porté notamment sur la pratique/qualité du conseil, les activités du laboratoire de dépistage ainsi que sur la satisfaction du client. Les centres de CDV qu'ils soient autonomes ou intégrés, sont très actifs sur le terrain. Des recommandations pour le renforcement des capacités du personnel et l'amélioration des prestations ont été faites.

1.2.2.2 La Prévention de la Transmission mère-enfant ou (PTME)

- Selon les résultats de l'évaluation de la campagne mass média réalisée par PSI sur la promotion du test de dépistage en Côte d'Ivoire (2004 transmission le moins): la transmission du VIH de la mère à l'enfant s'avère être le mode de connu (évoquée par 15% des enquêtés).

- Des initiatives ont très tôt vu le jour dans le domaine de la PTME en Côte d'Ivoire. Sur le plan politique, cette volonté du gouvernement ivoirien de lutter contre la transmission du SIDA de la mère à l'enfant s'est affirmée par la mise en place d'un Programme national de la PTME. Dans le cadre de ce programme les activités de lutte contre le VIH/SIDA et le planning familial sont intégrés dans les structures sanitaires, notamment les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et les femmes enceintes sont encouragées à se faire dépister lorsqu'elles y vont pour des consultations prénatales (Kerouedan et al., 1997 ; Msellati, 1997).

Un manuel de procédures techniques pour la PTME a été élaboré et 19 centres offrant des services de PTME ont été créés, dont 11 à Abidjan. Lorsqu'une femme arrive en consultation prénatale, elle reçoit des informations sur le VIH/SIDA dans le cadre d'un conseil pré-test assuré par un conseiller qui a reçu une formation appropriée. L'entretien (counseling) peut se faire en groupe en raison du nombre important de femmes qui sont reçues dans les PMI. Elles sont ensuite reçues individuellement dans le cadre d'un pré test au cours duquel il leur est proposé le test de dépistage du VIH/SIDA. Celles qui sont dépistées séropositives sont référées à une conseillère communautaire. Elles bénéficient également d'un traitement ARV jusqu'à l'accouchement pour éviter la transmission du virus au nouveau-né et elles reçoivent souvent un appui nutritionnel.

Après l'accouchement, celles qui pratiquent l'allaitement maternel reçoivent gratuitement, si elles le veulent, du lait artificiel et des visites à domicile leurs sont régulièrement rendues par les conseillères communautaires.

Les monothérapies d'AZT administrées aux femmes séropositives à partir du dernier mois de la grossesse ont permis de réduire de 38% le risque d'infection des enfants issus de ces grossesses.

La plupart (90 %) des femmes admises dans les centres de consultation prénatale sont volontaires pour se faire dépister du VIH/SIDA afin de prévenir la transmission du virus à leur progéniture. Mais cet accord est conditionné par celui de leur partenaire régulier, 64 à 91 % d'entre elles ayant déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure de prendre seules la décision de se faire dépister et qu'il fallait le consentement de leur partenaire masculin (Cartoux et al., 1996 ; Msellati et al., 1998 , 2001 ; Meda et al., 2002). Selon les mêmes sources, les femmes enceintes sont de plus en plus informées du risque de transmission du VIH à leur enfant. Et les femmes testées séropositives souhaitent dans leur grande majorité bénéficier d'un traitement permettant de réduire la transmission du VIH à leur enfant.

- Dans la période 1995-2000, sur 43 997 femmes enceintes ayant reçu des conseils sur le VIH/SIDA dans le cadre du projet RETRO-CI, plus de 72 % d'entre elles ont accepté de se faire dépister (Blibolo et al., 2003). A ce jour, près de 25% des femmes ont accès à la PTME. Mais cet accès se limite seulement aux zones urbaines, de sorte que les femmes des zones rurales n'ont pas accès à ces services. Au total 18529 femmes enceintes ont bénéficié des services de PTME au cours de l'année 2004, 1447 d'entre elles ont été dépistées séropositives et mises sous traitement ARV (PNPEC, 2004), contre 37 825 en 2002 (CARID). Au cours de cette dernière année, 23 956 femmes enceintes ont reçu des conseils sur le VIH/SIDA. 13 127 d'entre elles ont effectué le test de dépistage, 1 191 étaient déclarées séropositives et ont toutes reçu des conseils post-test. Parmi ces femmes déclarées séropositives, 636 ont bénéficié de traitements ARV et des conseils sur l'allaitement et 268 ont reçu un lait artificiel (Kacou, 2003).

- Le bilan biologique et le traitement ARV sont gratuits pour les femmes séropositives prises en charge dans le cadre de la PTME. Par contre, le bilan biologique coûte 1000 F CFA/mois pour les enfants de 0 à 15 ans.
- La PTME ne se résume pas uniquement à une intervention médicale/technique. D'autres enjeux doivent retenir notre attention : (i) la question du non allaitement maternel et de la stigmatisation de la mère ; (ii) le rôle du partenaire masculin dans l'acceptation du test par la femme et la nécessité de mieux impliquer le partenaire voire la famille élargie/communauté dans les programmes de PTME ; (iii) l'information sur les ARV ; (iv) la PTME comme occasion de promouvoir la prévention, les soins et le soutien.

1.2.2.3 La Prise en charge médicale, psychosociale et spirituelle des PVVIH

Comme dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, au début de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, on ne parlait pas de traitement et la question de la prise en charge des personnes séropositives n'était pas suffisamment prise en compte dans le programme national de lutte contre cette pandémie (Moatti et al., 2000). La prise en charge des personnes infectées consistait à traiter seulement les affections opportunistes et à leur assurer un soutien social et psychologique (Blibolo et al., 2003). Aujourd'hui, il existe 23 centres de prise en charge des PVVIH en Côte d'Ivoire dont 8 sont accrédités pour la prescription des ARV. Les ARV ont été introduits dans le traitement du VIH en Côte d'Ivoire en 1997 dans le cadre de l'initiative nationale d'accès aux traitements. Des efforts ont été faits, à travers cette initiative, pour réduire les coûts des ARV. Il faut toutefois noter que bien que le coût des ARV soit accessible, des progrès restent encore à faire au niveau du traitement des maladies opportunistes, dont le traitement est encore très élevé.

Depuis 2003, un programme national de prise en charge des PVVIH (PNPEC) est mis en œuvre et placé sous la tutelle du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la population. L'objectif assigné à ce programme est de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA par le développement d'interventions de santé publique, la promotion de l'implication des associations de PVVIH dans la prise en charge, la formation des ONG sur tous les aspects de la lutte et le renforcement des capacités des structures communautaires. Il est également chargé de la coordination des activités de prise en charge sur toute l'étendue du territoire national. Ce programme bénéficie du soutien financier du PEPFAR, du MAP et du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Une politique nationale de prise en charge des PVVIH est en cours d'élaboration.

Il existe des directives nationales pour le traitement des personnes infectées par le VIH/SIDA : gratuité de la prophylaxie par les antirétroviraux au cours de la PTME, gratuité du traitement pour le personnel médical victime d'un accident d'exposition au sang (AES), la gratuité du traitement antirétroviral pour les enfants de 0 à 15 ans.

La Côte d'Ivoire s'est engagée dans l'initiative 3x5 (OMS,) en vue de faciliter l'accès au traitement à près de 65 000 personnes séropositives (2003 - 2005). Un plan d'action national pour l'extension des activités de prise en charge des PVVIH, a déjà été élaboré. L'objectif du plan est de parvenir à traiter 30 000 personnes séropositives d'ici 2005.

A cause du manque de structures de prise en charge dans les zones sous le contrôle des Forces Nouvelles, les personnes infectées par le VIH/SIDA sont obligées de se rendre à Abidjan pour bénéficier d'une prise en charge adéquate. Les organisations humanitaires telles que CARITAS et CARE Côte d'Ivoire qui interviennent dans ces zones travaillent en collaboration avec le programme national de prise en charge pour leur apporter un soutien.

Très peu de laboratoires sont équipés pour le suivi biologique des patients sous ARV.

Il existe un guide national de prise en charge communautaire des PVVIH. Cette prise en charge se fait dans le cadre de services communautaires rendus à domicile ou dans les hôpitaux en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA et celle de leurs familles par la prévention et le soulagement de leur souffrance et d'autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels. Mais il n'existe aucun programme de formation en soins palliatifs pour accompagner ce guide de sorte que les ONG forment elles-mêmes leur personnel en s'appuyant sur le guide et sur leurs propres compétences et expériences. La coordination des activités de soins communautaires est assurée par le programme national de prise en charge.

Plusieurs ONG et associations de personnes vivant avec le VIH rassemblées au sein du RIP (Réseau Ivoirien des Personnes vivant avec le VIH) ont été créées et sont fortement impliquées dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA à travers:

- * le soutien psychologique et social apporté aux personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA,
- * l'aide aux patients pour leur faciliter l'accès aux prestations auxquelles ils ont droit et leur intégration dans leurs familles et dans la société dans son ensemble.
- * des témoignages à visage découvert pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH.
- * les interventions dans les centres de PEC pour assurer un soutien psychosocial aux personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA pour pallier le manque de temps de la part des médecins.

Un film a été produit par PSI en vue de lutter contre la stigmatisation. Dans ce film dénommé " Des gens comme vous et moi ", on trouve des personnes vivant avec le VIH provenant de toutes les couches de la société.

Une coalition des religieux Anti-Sida en Côte d'Ivoire (CORAS-CI) a été créée. Elle comprend trois confessions religieuses chrétiennes : l'église catholique, l'église méthodiste et l'église de Pentecôte. Les leaders religieux des communautés musulmanes sont également impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA (Fondation Djigui). Enfin, le FORUM DES CONFESIONS RELIEUGES rassemble toutes les confessions et a un programme de sensibilisation de lutte contre le VIH.

La prévention (à travers des campagnes de sensibilisation, des conférences, le développement de programmes d'éducation et de sensibilisation au niveau des lieux de cultes. l'introduction du VIH/SIDA dans les prêches et les sermons, et autres activités de mobilisation communautaire), la prise en charge, et le soutien psychosocial et économique -activités génératrices de revenus- des PVVIH, des veuves et des orphelins et enfants vulnérables -soutien pour leur scolarisation-, la promotion de l'accompagnement spirituel à domicile, la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des personnes séropositives, constituent les domaines d'actions privilégiés des organisations religieuses.

1.3. ENVIRONNEMENT SOCIO/POLITIQUE

La stigmatisation est un processus par lequel on porte un jugement négatif sur une personne ou sur un groupe de personnes en raison des attributs qu'ils possèdent et qui les différencient des autres.

La discrimination est une façon de manifester la stigmatisation. La discrimination est le processus par lequel une personne ou un groupe de personnes sont traités de façon inégale et injuste en raison de leur appartenance réelle ou perçue à un groupe particulier.

La discrimination des personnes stigmatisées se manifeste dans les lois, la politique et les relations sociales.

Lors de l'évaluation de l'Initiative nationale d'accès aux traitements, sur 29 PVVIH interviewées sur la notification de leur statut, seules 7 ont déclaré avoir informé leur partenaire de leur statut sérologique (Coulibaly Traoré et al, 2001). En outre, à Abidjan, dans le cadre d'un projet de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA (PTME), moins de 50% des femmes enceintes qui acceptent de faire le test et qui découvrent qu'elles vivent avec le virus se présentent pour recevoir le traitement nécessaire à la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (ONUSIDA/OMS, 2001) par crainte que l'entourage puisse être informé de leur statut sérologique.

La documentation des expériences relatives à la discrimination, la stigmatisation et aux aspects éthiques et juridiques dans le contexte du VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre montre :

- que la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA sont provoquées par divers facteurs, notamment la mauvaise compréhension de la maladie, les mythes concernant la transmission du VIH, les préjugés, l'insuffisance des traitements, la manière irresponsable dont les médias parlent parfois de l'épidémie, le fait que le SIDA soit incurable, les craintes sociales concernant la sexualité, la peur liée à la maladie et à la mort.

- les conséquences psychologiques de la stigmatisation et la discrimination sont importantes. Elles se manifestent sous forme de dépression, perte de l'estime de soi et de désespoir.

- La stigmatisation et la discrimination sapent aussi les efforts de prévention car les individus ont peur de découvrir s'ils sont ou non infectés, par crainte des réactions des autres. Elles poussent ceux qui sont exposés au risque d'infection et certains de ceux qui sont affectés à continuer à pratiquer une sexualité sans protection parce qu'ils pensent qu'en changeant de comportement, ils susciteront des doutes sur leur statut sérologique. Enfin, elles font que les personnes dépistées séropositives sont considérées à tort comme une sorte de " problème " plutôt que comme une composante de la solution visant à contenir et à mieux gérer l'épidémie.

- Les extraits des discussions de groupes recueillies lors de la documentation des expériences spécifiques à la Côte d'Ivoire témoignent de l'ampleur des comportements de stigmatisation et discrimination à l'égard des personnes infectées et affectées du SIDA :

" En 1999, Mme X était enseignante dans une école maternelle. Soupçonnant chez elle une séropositivité, la directrice de l'école lui a intimé l'ordre de passer un test de dépistage du VIH. La directrice s'est arrangée pour obtenir les résultats avant même l'intéressée, et l'a renvoyée. " (Association Ruban Rouge -Côte d'Ivoire)

" En 1999, à la I.C.F, une grève des employés qui réclament un mieux-être paralyse l'entreprise. Le directeur demande au médecin de l'entreprise de lui fournir les statistiques sur l'état de santé des employés. Celui-ci s'exécute. Le nombre de séropositifs est élevé. Le directeur exploite cette information dans les négociations et l'utilise comme moyen de chantage. Sur pression des employés, la compagnie l'a limogé ". (Association Ruban Rouge - Côte d'Ivoire)

" En mars 2000, une dame séropositive qui a développé la maladie de façon visible s'est présentée dans une maternité à Abidjan pour accoucher. Aucune sage femme n'a voulu s'en approcher. Elle a été laissée aux seuls soins des stagiaires. Seul un médecin de l'association Ruban Rouge a accepté de l'aider jusqu'à l'accouchement " (Ruban Rouge - Côte d'Ivoire)

" Les malades séropositifs de ce centre attendent longtemps avant d'être reçus. Les infirmières refusent de leur faire des prélèvements sanguins, et ce sont des membres d'une organisation de PVVIH, souvent non qualifiés qui s'en occupent. Dans ce même centre, une conseillère associative affectée là-bas pour s'occuper des PVVIH a été boycottée par ses collègues. L'assistante sociale a catégoriquement refusé de s'asseoir dans le même bureau qu'elle " (Association Lumière -Action - Côte d'Ivoire)

" Dans un village de Côte d'Ivoire, une femme agricultrice séropositive a perdu son mari également séropositif. La famille et les voisins ont unanimement accusé la femme de l'avoir tué. Le jour de l'enterrement, les villageois ont manifesté réclamant que la femme soit enterrée avec son mari. Elle a dû trouver refuge chez un responsable d'une association, avec ses enfants. Mais celui-ci n'a pas pu les supporter longtemps, faute de moyens. La femme est aujourd'hui retournée dans son village. Elle est sans ressources ni traitements ". (Association Virus Village - Côte d'Ivoire)

" Mme S.M. est membre d'une association de femmes vivant avec le VIH. Quand son mari est décédé, ses beaux-parents lui ont tout pris, mais lui ont promis de s'occuper des enfants, la promesse n'a tenu que quelques temps, parce que les enfants sont aujourd'hui à sa charge. Mme S.M. n'a pas osé protester de peur d'être maraboutée ou tuée " en sorcellerie " (AMEPOUH - Côte d'Ivoire)

" Mme B.C. a une demi-sœur médecin qui travaille dans un projet de lutte contre le SIDA. Celle-ci a contribué aux mauvais traitements que B.C. a subit dans sa propre famille, jusqu'à ce qu'elle soit obligée de rejoindre sa mère qui s'était remariée ailleurs et qui n'avait pas les moyens de l'entretenir. Elle s'est finalement rabattue sur son église, puis est retournée dans son village pour y mourir " (GAP+ PS- Côte d'Ivoire).

" Un membre d'une association de lutte contre le VIH/SIDA était très actif dans sa paroisse. Elle fut exclue sous prétexte " qu'elle vivait dans le péché ". Dans la même Eglise, le pasteur a demandé à une femme séropositive de confesser publiquement ses péchés devant ses coreligionnaires. (Ruban Rouge -Côte d'Ivoire).

La réponse nationale au VIH/SIDA en Côte d'Ivoire n'a pas encore véritablement pris en compte la protection juridique des personnes séropositives. Dans les entreprises, on a observé des situations quotidiennes de stigmatisation et de discrimination envers ces personnes à cause de leur statut sérologique. De

nombreux travailleurs ont perdu leur emploi parce qu'ils étaient séropositifs. Le refus dans les structures financières (assurances, banques) d'octroyer une assurance vie ou un crédit bancaire à une PVVIH est un problème supplémentaire constaté en Côte d'Ivoire comme dans d'autres pays d'Afrique. et évoqué lors des entretiens avec les informateurs.

Il semble que très souvent, on exige des personnes désirant emprunter de l'argent d'apporter la preuve qu'elles ne sont pas séropositives. Ce qui suppose que la personne atteinte du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire ne peut pas bénéficier d'un crédit, puisqu'il n'existe pas actuellement un traitement curatif. Le risque pour cette personne de perdre la vie et de ne pas être en mesure de rembourser cet argent serait très élevé.

Il n'existe pas de mesure juridique protégeant les PVVIH. En effet, lorsqu'un homme meurt de suite du VIH/SIDA, son épouse et ses enfants sont dépouillés de tous les biens de la famille parce qu'on estime que cette épouse est responsable du décès du mari en l'ayant contaminé.

Plusieurs propositions de lois ont été faites dans le domaine du VIH/SIDA mais aucune d'entre elles n'est encore votée. Or, tant qu'il n'y aura pas une protection juridique reconnue et respectée pour les PVVIH, il sera difficile pour elles de ne pas cacher leur statut et les efforts déployés

1.3.1 PUBLICS CIBLES PRIORITAIRES

La Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché par l'épidémie de VIH/SIDA, avec un taux officiel d'infection de l'ordre de 7%. Néanmoins des études partielles et des estimations d'agences humanitaires annoncent des taux oscillant entre 12% au sud et jusqu'à 20% au nord. Selon Médecins Sans Frontières, MSF, avec la présence des soldats et la paupérisation des familles, la prostitution connaît une progression alarmante et les taux d'infection au VIH et aux infections sexuellement transmissibles (IST) atteignent des niveaux très inquiétants. La Côte d'Ivoire est un pays en situation de conflit/post-conflit et de crise politique, militaire et économique avec des répercussions sur les conditions de vie des populations. Comme pour une bonne partie des pays en Afrique de l'ouest et du centre, des facteurs déterminants pour la croissance rapide de l'épidémie de VIH comprennent : un taux élevé de migration et de mobilité ; une pauvreté chronique ; et l'analphabétisme surtout parmi les femmes et les filles ; des conflits récurrents, qui entraînent le déplacement des populations et la formation de groupes réfugiés ; des attitudes socio culturelles et des pratiques lesquels augmentant la vulnérabilité des femmes ; et une violence sexuelle souvent liée aux normes de genre.

Le choix des publics cibles prioritaires tient compte du contexte général de la Côte d'Ivoire mais s'appuie également sur les données issues de l'analyse de la situation (données épidémiologiques, comportementales, socio démographiques et culturelles ou relatives au contexte de vie et aux réalités socio-économiques des populations cibles).

Tout le monde peut être à risque d'infection par le VIH, cependant des groupes spécifiques sont particulièrement à risque vu leur vulnérabilité au VIH/SIDA, due à leur manque de pouvoir, de contrôle et à leur dépendance des autres. Ce sont les femmes, les enfants, les pauvres en zones rurales et populations mobiles. La priorité doit être de protéger ces groupes vulnérables. Sinon, ils peuvent être forcés à participer aux rapports sexuels non protégés en échange de la nourriture, de l'argent ou pour la sécurité. Ceci augmente leur exposition au VIH ainsi qu'à d'autres risques personnels. D'autres groupes à risque d'infection par le VIH comprennent les forces armées, la police, les camionneurs.

La vulnérabilité au VIH/SIDA est définie comme les conditions déterminées par des facteurs ou processus physiques, sociaux, économiques, et environnementaux, qui augmentent la vulnérabilité d'une communauté ou d'un groupe à l'impact du VIH/SIDA (Source : IASC/Inter Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS which includes representatives of FAO, The International Centre for Migration and Health (ICMH), ICRC, ICVA, IFRC, IOM, OCHA, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF and WFP).

Les publics cibles prioritaires sont constitués à la fois par des :

- (i) publics vulnérables qui ont un faible pouvoir de décision dans la société notamment les jeunes, les femmes, les migrants, les réfugiés et les déplacés internes ;
- (ii) publics à comportement à haut risque définis comme des publics dont la chance de contracter ou de transmettre le VIH est relativement élevée, soit à cause de leur statut sérologique, soit à cause de leur comportement sexuel ou autre comportement à haut risque. Ces publics ont des comportements qui les mettent à risque : les professionnelles du sexe, les militaires/hommes en uniforme/hommes en arme, les chauffeurs routiers/apprentis chauffeurs, enseignants ;
- (iii) les personnes infectées et affectées par le VIH : personnes vivant avec le VIH (PVVIH), orphelins et enfants vulnérables (OEV).

Le taux élevé de séroprévalence observé dans la population ivoirienne est alimenté en grande partie par les niveaux alarmants enregistrés dans ces groupes. Qu'ils soient vulnérables ou à haut risque, ces groupes jouent un rôle clé dans la chaîne de transmission. Il faut des programmes susceptibles de contenir la propagation du VIH dans les groupes les plus vulnérables de la population. Par ailleurs des interventions efficaces ciblant les publics à haut risque peuvent prévenir l'émergence des épidémies généralisées. Les groupes marginalisés et stigmatisés où le VIH s'implante doivent également faire l'objet d'attention.

*En Côte d'Ivoire, le manque de perception des facteurs de risque VIH/SIDA **chez les jeunes** se traduit par la persistance des comportements à risque et ce malgré le nombre important d'interventions dont ils bénéficient.

Du fait de leur précarité ils ont très peu d'alternative économique par rapport à l'échange du sexe pour de l'argent. Le témoignage ci-dessus illustre la vulnérabilité socio-économique notamment celle des jeunes filles :

" Par exemple, quand j'ai besoin de certaines choses et que je vais annoncer à ma mère, elle me dit débrouilles-toi (...). Par exemple, j'ai besoin d'argent pour aller à l'école, pour payer le transport, elle me dit débrouilles-toi. Moi je comprends par là, débrouilles-toi là, tu fais ce que tu peux, mais il faut que tu t'en sortes toute seule. Vraiment je ne sais pas par quel moyen je peux m'en sortir maintenant. C'est la seule voie à laquelle je pense " (Fille abstinente de 19 ans, scolarisée, Abidjan). Cette vulnérabilité se conjugue à une vulnérabilité physiologique/biologique due notamment à l'immaturité du col de l'utérus chez les plus jeunes.

***On assiste à une féminisation** de l'épidémie. La prévalence du VIH/SIDA, qui était 4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes au début de l'épidémie, tend à s'équilibrer entre les sexes (source). En 1999 sur l'ensemble des cas de VIH/SIDA notifiés, 54% étaient de sexe masculin et 46% étaient de sexe féminin (source). En 2002, le sexe ratio était de 0.9 homme atteint du VIH/SIDA

pour une femme (source). Comme dans les autres pays du monde les femmes sont infectées à un âge plus précoce que les hommes.

La vulnérabilité des femmes face au VIH est en partie physiologique et est surtout liée à leur dépendance socio-économique. Elle peut prendre des formes diverses: assujettissement à l'égard du partenaire et de la famille, très faibles revenus, prostitution occasionnelle ou de circonstance liée à la pauvreté. A la dimension économique s'ajoutent d'autres sources de vulnérabilité : les violences, un statut social défavorisé, un accès limité à l'information et à l'éducation, une insuffisance de la construction de l'estime de soi, une culture dévalorisant systématiquement les femmes. Tous ces facteurs empêchent les femmes d'adopter des comportements autonomes pouvant leur permettre d'élaborer des stratégies personnelles de réduction des risques. Le silence autour de la sexualité dans lequel sont enfermées certaines femmes, par exemple quand elles savent que leur mari a des rapports sexuels en-dehors du couple, est aussi source de fragilité.

Cette vulnérabilité est encore plus grande chez les femmes vivant avec le VIH qui n'osent pas annoncer leur statut à leur partenaire de peur d'être incomprises, répudiées ou rejetées, surtout qu'elles sont généralement dépendantes économiquement de celui-ci. Une étude réalisée par Ouattara (1997) portant sur les femmes vivant avec le VIH devant annoncer leur résultat à leur partenaire a montré que seulement 2,2 % ont pu le faire effectivement. Les raisons évoquées par les autres femmes pour justifier leur refus de dévoiler leur statut sérologique au partenaire étaient la crainte d'être incomprise, la stigmatisation, et le désir de procréer ou de conclure une union.

* **Les professionnelles du sexe (PS) et les femmes à partenaires multiples.**

On observe plusieurs catégories de femmes (jeunes, mariées, célibataires, universitaires, etc) qui pratiquent soit la prostitution soit le multipartenariat affiché ou caché pour des raisons économiques.

En Côte d'Ivoire, la prostitution se pratique généralement dans les zones de grandes affluences comme les gares routières, les axes migratoires, les grandes villes, les complexes agro-industriels, les zones minières, etc. En outre, depuis le déclenchement du conflit, on assiste à une recrudescence de la prostitution dans les zones de concentration des forces armées nationales, les forces onusiennes et les forces armées des forces nouvelles. Les évaluations effectuées sur le terrain par les agences humanitaires montrent que la prostitution est très répandue sur les lignes de front où il y a une grande concentration des Forces de défense et de sécurité, que celles-ci soient de l'armée ivoirienne ou d'une armée étrangère (Care-Ci, 2004 ; Betsi et al., 2005).

Dans les zones sous contrôle des forces nouvelles en particulier, les inquiétudes sont encore plus grandes à cause de la paupérisation de la population, qui rend les filles plus vulnérables aux IST et au VIH/SIDA.

Dans un centre de dépistage " Pietro Bonili " situé dans la région de Korhogo au Nord de la Côte d'Ivoire, il a été constaté en mai 2004 lors d'une évaluation multi sectorielle que sur 25 personnes dépistées au cours des deux derniers mois, 14 étaient séropositives, dont 12 de sexe féminin. La pratique de la prostitution n'est pas légale en Côte d'Ivoire comme dans la plupart des autres pays de la sous région, ce qui fait qu'il est rare pour les professionnelles du sexe de voir aboutir en leur faveur une plainte déposée contre une personne qui leur aurait fait subir une violence corporelle. En l'absence de lois et politiques qui protègent les PS, la

clandestinité du commerce du sexe ne peut que s'accroître, rendant difficile la prévention du VIH/SIDA au sein de ce groupe. Les professionnelles du sexe se trouvent également vulnérables car elles n'ont pas le pouvoir de décision et acceptent souvent des rapports sexuels non protégés pour des raisons économiques. L'intolérance de la société vis-à-vis des Professionnelles du Sexe, leur marginalisation et les difficultés liées à leur statut pour accéder aux services juridiques, sanitaires et sociaux, accroissent leur vulnérabilité face au VIH/SIDA. Un programme de prévention des PS et leurs partenaires entrepris depuis 1991 a permis de réduire la prévalence du VIH/SIDA chez les PS de 89% en 1992 à 27% en 2003.

* **Les hommes ayant des rapports avec les hommes**, les toxicomanes constituent aussi des groupes vulnérables marginalisés et souvent ignorés lors des actions de sensibilisation

* **Les migrants** : leurs priorités quotidiennes ne sont pas orientées vers la prévention du VIH/SIDA, mais plutôt vers la résolution de problèmes de survie/plus urgents, tels que l'alimentation, le logement, la quête d'emploi.

* **Les réfugiés et déplacés internes** : la Côte d'Ivoire a constitué pendant de nombreuses années un havre de paix pour les populations fuyant les conflits armés ou les exactions d'ordre politique dans leurs pays d'origine. Malgré la crise qu'elle traverse, elle continue d'accueillir des réfugiés qui vivent au sein de communautés d'accueil, dans les villages ou en milieu urbain, notamment à Abidjan. En 2003, la population des réfugiés et assimilés était estimée à 75971 personnes de 31 nationalités différentes en 2003 (TBS, 2003). Les Libériens représentant 97.7% de l'effectif total. Du fait de la crise que traverse la Côte d'Ivoire et aussi du retour à la situation de paix dans certains pays, on a enregistré au cours de la même année le retour de 16600 réfugiés dont 90% de Libériens.

En plus des réfugiés, la Côte d'Ivoire fait face à une importante population de déplacés des zones sous contrôle des rebelles vers les zones sous contrôle gouvernemental. Les agences du Système des Nations Unies, les ONG et le Gouvernement estiment le nombre de personnes déplacées (IDPs) dans la zone sous contrôle gouvernemental à près de 500 000 dont près de 75% sont composés de femmes et d'enfants. Près de 80 % d'entre eux vivent auprès de communautés d'accueil qui ont maintenant épuisé leurs réserves et ne disposent plus des mécanismes nécessaires pour faire face à cette charge supplémentaire.

Le nombre de jeunes femmes qui s'adonnent à la prostitution parmi les personnes déplacées s'accroît : une étude conduite par CARID/PSI en 2004, a fait ressortir que du fait des pertes d'emploi et de l'augmentation des besoins financiers et matériels,

les filles, surtout les déplacées, s'adonnent souvent à la prostitution clandestine. Bien que de nombreuses personnes déplacées aient exprimé leur volonté de regagner leurs villages, ce retour ne peut s'effectuer en raison de la situation politique et des conditions de sécurité actuelles. L'attaque de novembre 2004 contre les positions rebelles a de nouveau provoqué le déplacement de milliers de personnes.

Selon l'étude citée ci-dessus, 78% de Militaires contre 73% de Gendarmes mentionnent que les filles préfèrent maintenant les Hommes en armes parce qu'ils peuvent assurer leur sécurité.

* **Les militaires/hommes en arme/hommes en uniforme et les chauffeurs routiers** : les professions des personnes en arme et des routiers/camionneurs pratiquent la plupart du temps le multi partenariat et changent fréquemment de partenaires. Etant loin de leurs familles, mobiles et

possédant de l'argent, ces personnes ont une grande propension à fréquenter les PS (déplacement massif des femmes économiquement vulnérables sur les lignes de front). Ces groupes constituent des " ponts " majeurs de transmission de l'infection à VIH/SIDA. A titre d'exemple, routiers fréquentent à la fois les professionnelles du sexe et leurs femmes/conjointes. Ainsi, les hommes en arme sont des ponts de transmission des IST/VIH/SIDA entre les PS (population à haut risque de contracter le VIH) et les femmes mariées (autre groupe extrêmement vulnérable). Ces dernières, bien que conscientes du comportement de leurs conjoints ne sont pas toujours en mesure de négocier l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels. Pour ces femmes mariées, la fidélité à leur partenaire ne suffit pas à les protéger de l'infection puisque de par son comportement, ce partenaire lui-même peut les infecter. La question de leur vulnérabilité est centrale.

* **Les enseignants** : très peu de données existent sur ce groupe. Néanmoins, les rares données existantes montrent qu'ils sont particulièrement exposés au VIH/SIDA. En effet durant l'année scolaire 1996-1997, 65 instituteurs du primaire sont décédés dans les Directions Régionales de Abengourou, Bondoukou, Odiénné, Korhogo et San Pédro et 38 soit 71,7% de ces décès étaient dus au SIDA. Le SIDA constitue la première cause de décès chez les instituteurs. Les instituteurs qui exercent dans les zones rurales où il n'y a pas de centre de santé ne peuvent pas être correctement pris en charge lorsqu'ils tombent malades. A noter à ce propos que l'un des constats issus de la revue de la littérature est que le milieu rural est moins couvert que le milieu urbain par les actions de sensibilisation et d'éducation qui se limitent aux zones urbaines.

* **Les populations rurales.** La pourcentage de personnes ayant entendu parler du SIDA, des modes de transmission de la maladie et des moyens de prévention est plus élevé en milieu urbain (95%) qu'en milieu rural (87%). Les raisons susceptibles d'expliquer cette situation sont notamment : la perception du SIDA comme un phénomène urbain en particulier au début de l'épidémie avec pour corollaire une réponse qui s'est d'abord organisée en milieu urbain, l'instruction et la variété des sources d'information sur le SIDA en ville, la concentration des structures de lutte contre le SIDA en milieu urbain, les difficultés d'accès aux zones rurales, les barrières culturelles et religieuses y compris certaines pratiques sociales et culturelles telles que le remariage des veuves, l'utilisation collective d'objets coupants lors de cérémonies traditionnelles (circoncision, scarification, rites funéraires de rasage des cheveux). Par ailleurs, le manque de structures de prise en charge dans les villes de l'intérieur contraint bon nombre de personnes touchées par le VIH/SIDA à se déplacer vers la capitale pour bénéficier de soins.

* **Toute personne vivant avec le VIH (PVVIH)** est un transmetteur potentiel de la maladie. Les expériences vécues ailleurs ont montré que si l'on n'arrive pas à prendre en charge ce groupe et à lui offrir de l'aide et un appui, il est très peu probable qu'il " se dévoilera " en reconnaissant son statut. Comme en témoigne l'analyse de situation, la peur d'être stigmatisé et d'être l'objet de discrimination sont les principales causes qui poussent les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à ne pas révéler leur statut. La stigmatisation et la discrimination restent toujours les facteurs les plus répandus contribuant à la propagation de la maladie.

* **Les orphelins et enfants vulnérables** : les orphelins et autres enfants vulnérables du fait du VIH/SIDA sont des enfants de moins de 18 ans infectés par le VIH/SIDA ou ayant perdu un des parents du fait du VIH/SIDA. Ces enfants connaissent d'énormes difficultés liées à leur statut. A cause du VIH/SIDA et de leurs conditions socioéconomiques précaires, ils grandissent en voyant leur droit à l'éducation et à la santé compromise. Ils bénéficient d'un accès insuffisant aux soins médicaux. Vu le grand nombre de personnes vivant déjà avec le VIH et vu le décalage potentiel d'environ 10 ans entre l'infection par le virus et la mort due au SIDA, on peut affirmer que la maladie et la mort continueront de sévir pendant de très nombreuses années. Par conséquent, le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables restera encore très longtemps élevé. Les orphelins et les enfants vulnérables encourrent, plus que les autres enfants, le risque d'abandonner l'école, d'être sous-alimentés et malades, et de commencer à travailler très jeune. Les enfants sans parents ou dont les parents sont malades manquent d'affection, de soins et d'attention. Ils sont souvent sujets à la stigmatisation et à la discrimination. Ils sont aussi plus vulnérables à l'infection par le VIH. Sans soutien affectif qui puisse les aider à surmonter leur peine et à faire face aux traumatismes, ils pourraient souffrir encore longtemps, voire même toute leur existence, de problèmes émotionnels et psychologiques. D'autres enfants manquent de soutien et sont vulnérables : enfants des rues, mineurs de la prison d'Abidjan, enfants affectés par les conflits.

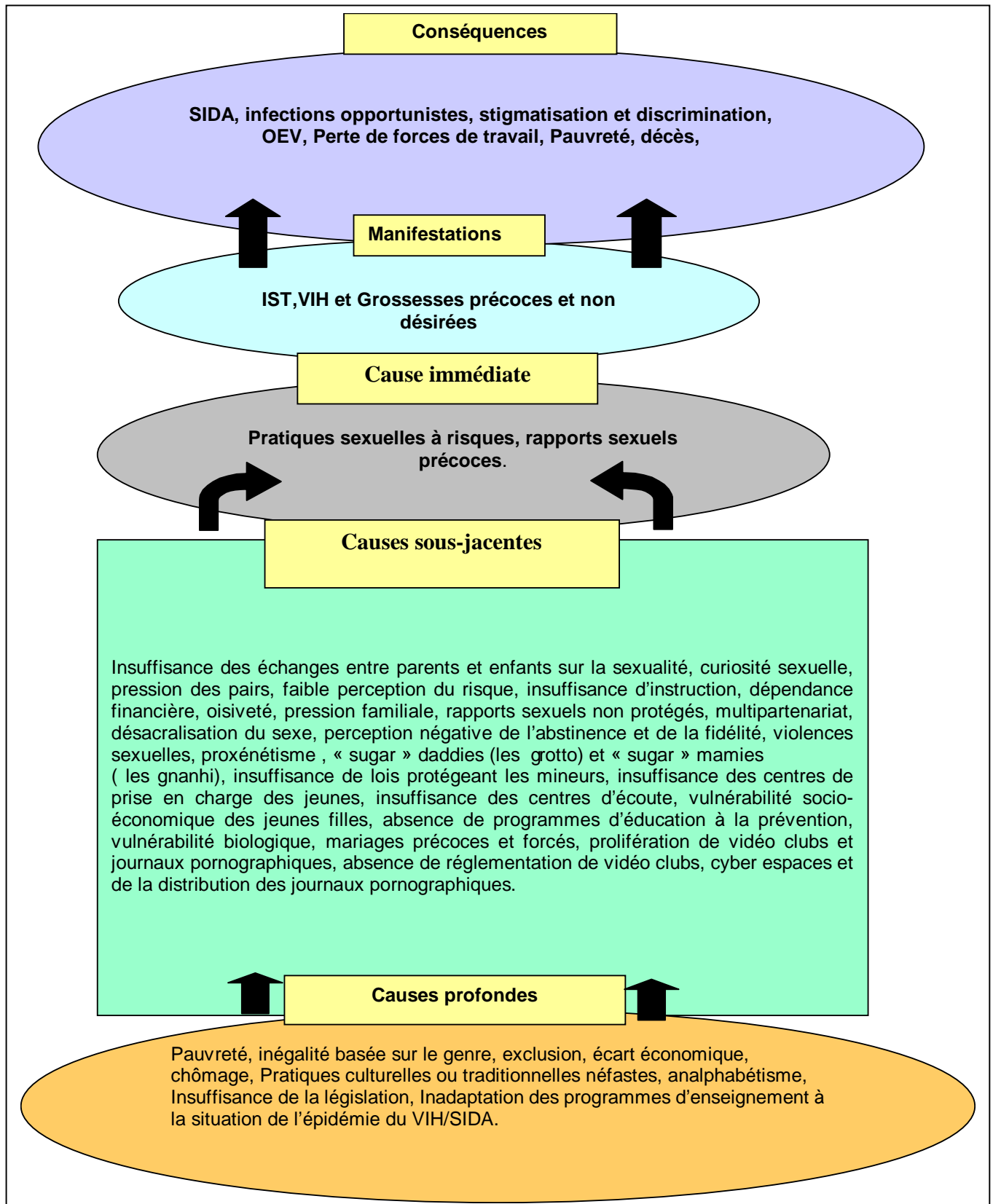
* **La population générale** : il faudra s'assurer que le grand public connaît les faits de base sur le VIH/SIDA et comprend que le VIH n'est pas transmis à travers des interactions normales quotidiennes comme par exemple le partage d'un repas. En plus de l'importance de disséminer les informations générales sur l'évolution de l'épidémie, il faudra promouvoir des attitudes plus positives au sein de la population générale et en faire une cible des campagnes de l'inclusion sociale des PVVIH et PVVA.

Une analyse CAP et une analyse causale du VIH/SIDA sont proposées pour chacun des publics cibles prioritaires dans les pages suivantes.

1.3.1.1 Les Jeunes

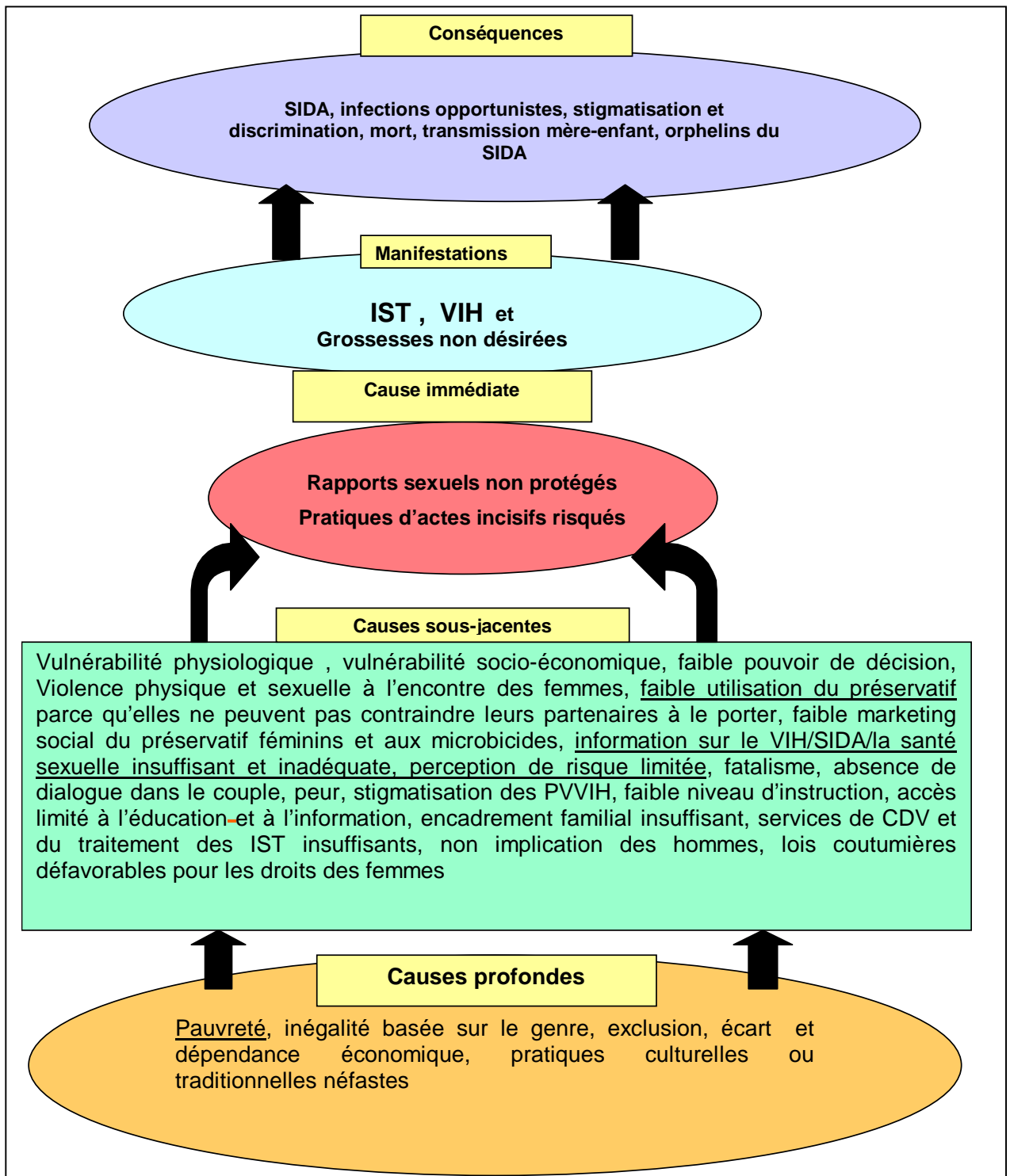
Caractéristiques	Jeunes
Démographiques et socio culturelles	<p>Agés de 15 à 24 ans 22% de la population générale 49% vivent en milieu rural 18% des jeunes de 15 à 24 ans étaient PVVIH (1997) ; En 2003, 25% Taux de nouvelles infections : 60% en 2004 étaient porteurs du virus. Pauvres, oisifs, chômeurs Sexuellement actifs Sexuellement précoces Pratiques sexuelles diverses Alcooliques, Drogués, Non perception du risque Immatures (physiologique, psychologique) Jeunes les plus instruits sont les mieux informés.</p>
CAPC (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances)	Plus de 90% des jeunes de 15-24 ans sont informés sur les modes et les voies de transmission du VIH (Mode et voie sexuels en majorité).
Sources d'information	Médias (radio, télévision, journaux, Internet), Amis, Parents, Conférences, Affiches, Rumeurs
Contraintes	Milieu rural Automédication Rejet des amis PVVIH Désacralisation
Opportunités	La ligne verte, La radio rurale, Médias, exploitation des chanteurs et autres artistes Internet Les associations et coopératives de jeunes Les leaders de communauté de jeunes

Analyse causale du VIH et SIDA pour les jeunes



Caractéristiques	Femmes
Démographiques et socio culturelles	<p>Représentent 46% des cas de SIDA notifiés</p> <p>Non instruites, ne participent pas à la prise de décisions, sont plus pauvres, ont un statut de subordination économique par rapport aux hommes, subissent la violence sexuelle, sont encore plus vulnérables dans les contextes de conflit/post-conflit.</p>
CAPC (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances)	<p>Pratiquent la prostitution</p> <p>Femmes infectées à un âge plus précoce que les hommes,</p> <p>Plus atteintes que les hommes par les IST,</p> <p>Incapacité de négocier le port du préservatif même quand le partenaire est infidèle,</p> <p>Crainte de se voir rejeter par le conjoint et le désir de procréer peuvent dissuader les femmes de vouloir connaître leur statut sérologique ou de dévoiler leur séropositivité</p>
Sources d'information	<p>Radio, télévision, journaux, magazines, prospectus, associations communautaires, , organes de lutte contre le VIH/SIDA, affiches, lieux de cultes, amies, pairs éducateurs ONG, ligne verte Info Sida, service de documentation (MLS, MSP, MSSSH, MFFE)</p>
Contraintes	<p>Accès aux services et aux moyens de prévention limité, pesanteurs culturels, accès limité des jeunes filles à l'éducation</p>
Opportunités	<p>Existence d'associations/groupements féminins, engagement de plus en plus marqué des femmes dans la lutte, existence de structures et programme d'alphabétisation, existence des foyers féminins</p>

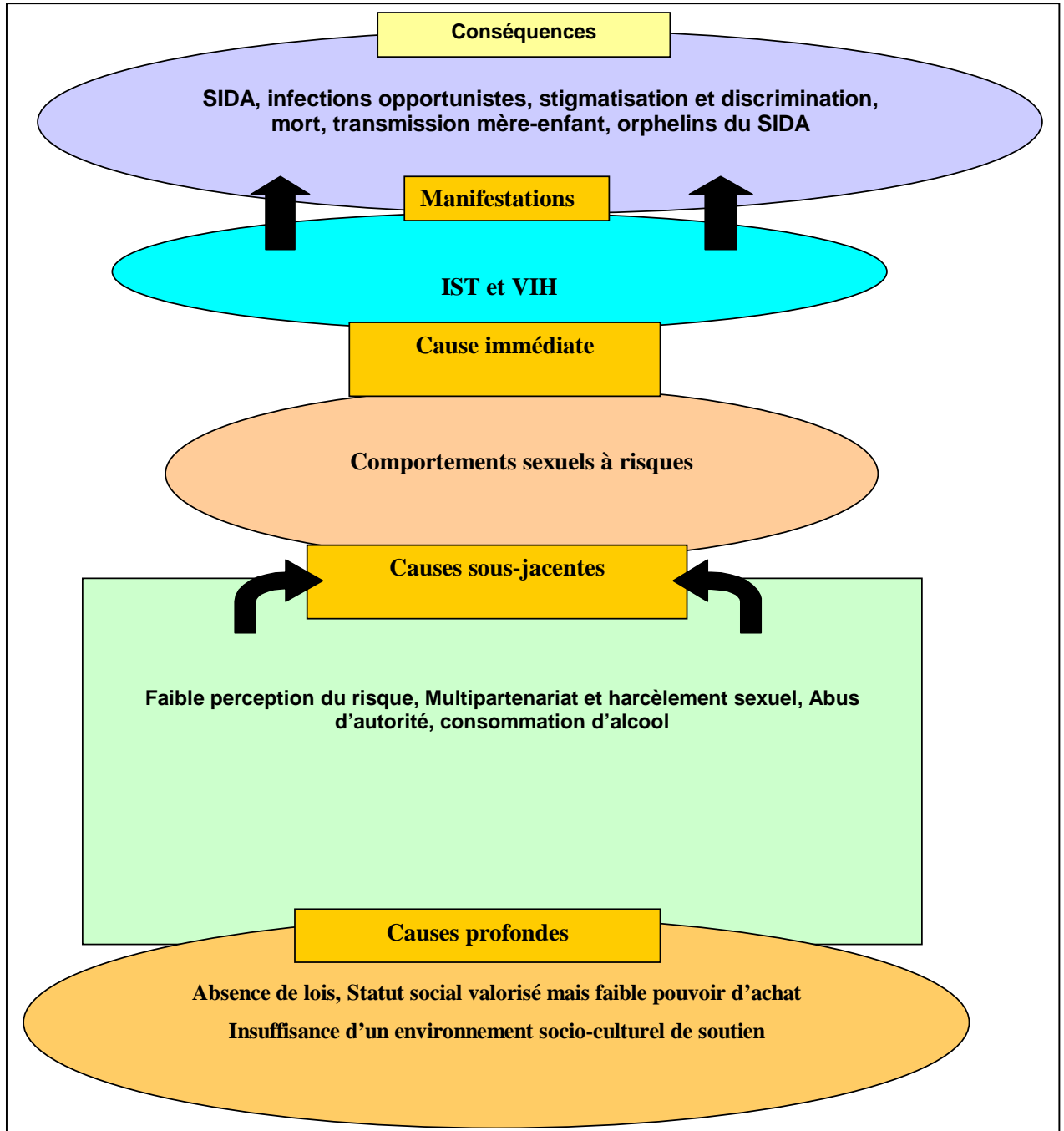
Analyse causale du VIH/SIDA pour les Femmes



1.3.1.3 Les Enseignants

Caractéristiques	Enseignants
Démographiques et socio culturelles	Jeunes Célibataires en majorité Financièrement autonomes Socialement influents Cultivés et respectés.
CAPC (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances)	Sentiment d'invulnérabilité. Dominateur Maître, abus d'autorité Déni (refus de l'existence du SIDA) Multipartenariat. non utilisation systématique du préservatif Harcèlement sexuel (élèves et collaborateurs) Refus du dépistage volontaire. Ont peur de se savoir infectés. Non fréquentation des CDV stigmatisation des collègues PVVIH
Sources d'information	Radio, télévision, journaux, magazines, Radio, télévision, journées mondiales SIDA, journaux, Rumeurs, Affiches, Dépliants, Internet.
Contraintes	Milieu rural, Absence et inaccessibilité des centres de santé Lourdeurs administratives
Opportunités	Cadre institutionnel pour la réponse : existence du Comité Interne de Lutte contre le SIDA du Ministère de l'Education Nationale ; un plan sectoriel a été élaboré. Comités de lutte régionaux et départementaux ayant pour mission de promouvoir des activités de sensibilisation dans les écoles, Mise en place d'une structure de prise en charge (CASEP+), Clubs d'hygiène santé/Clubs santé jeunes/Clubs de lutte contre le SIDA - syndicats d'enseignants - ONG de prévention Curricula relatifs aux IST/VIH/SIDA Supports pédagogiques produits par la DESAC et la DMOSS

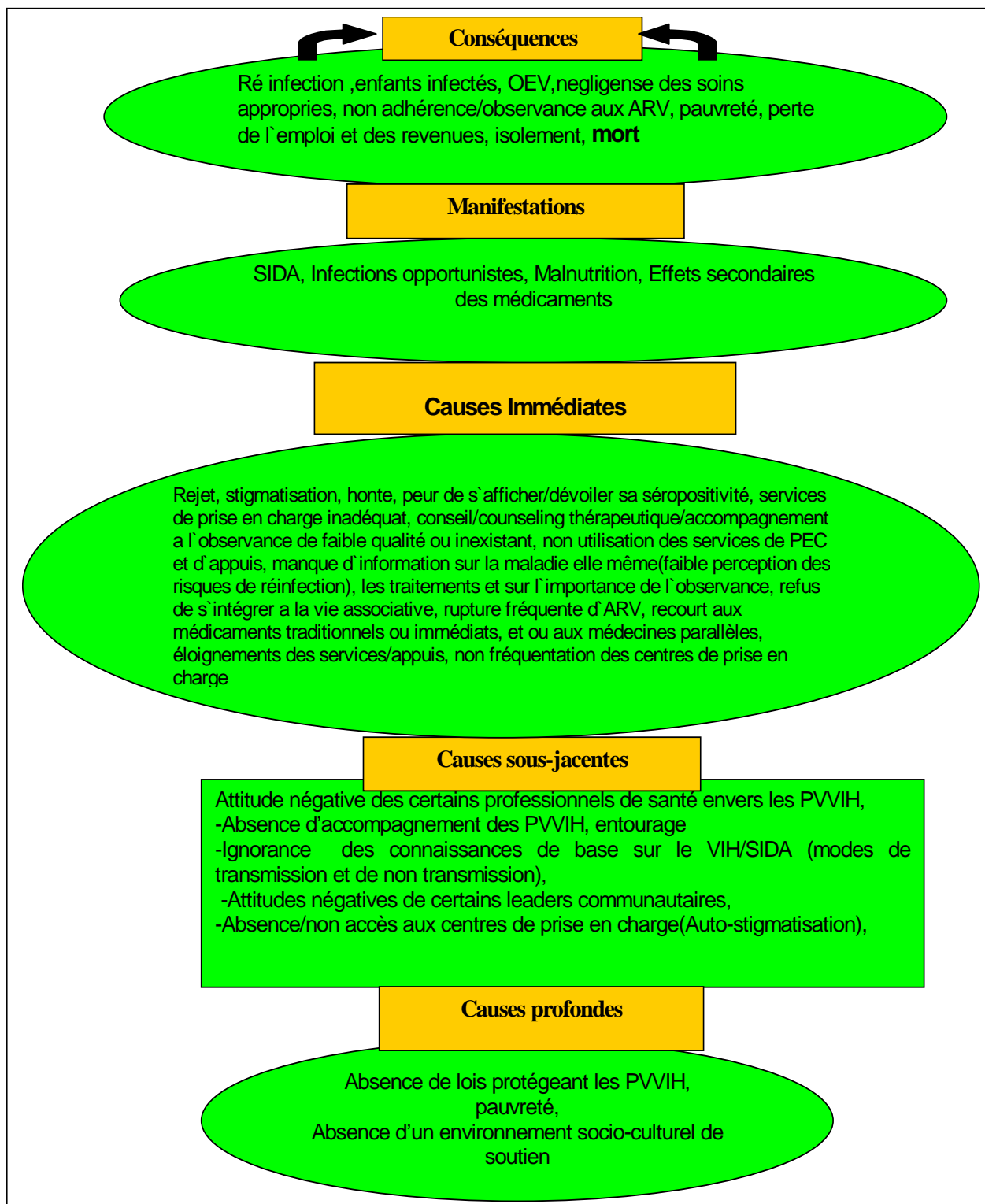
Analyse causale du VIH/SIDA pour les Enseignants



1.3.1.4 Les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)

Caractéristiques	PVVIH
Démographiques et socio culturelles	Toutes les couches sociales sont concernées
CAPC (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances)	<p>Attitudes de déni et de peur, silence, tabou (sexualité est un sujet tabou), pratiques religieuses, coutumes, fatalisme,</p> <ul style="list-style-type: none"> -envie de guérison rapide, - influence néfaste des religieux, - influence de la famille " croyances erronées" sur les bienfaits de certains aliments ou pratiques -Désir de procréation -Manque d'informations sur la maladie elle-même et sur les traitements -Rapports sexuels non protégés, -n'informent pas systématiquement leurs partenaires et leur famille -Ne fréquentent pas tous les centres de prise en charge. -Ne sont pas tous observants par rapport aux traitements -Certains refusent d'intégrer la vie associative -Pratique de l'auto-médication. -Utilisation de médecines parallèles/ guérisseurs traditionnels (médicaments traditionnels) -Certains PVVIH croyants refusent de se soumettre aux traitements -Certains PVVIH gardent le silence sur leur statut -Les conjoints et partenaires ne se soutiennent pas - Les conjoints et partenaires gardent le silence sur leurs statuts -Femmes refusent l'allaitement artificiel à cause des préjugés socio-traditionnels et ignorent leurs droits et devoirs
Sources d'information	<p>Confident (parent, ami, etc.),</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conseiller communautaire/associatif, médecin, assistants sociaux, -Centres accrédités et centres de traitement et de suivi, CDV/Centres de Dépistage, -Documents, familles, institutions, Pairs PVVIH, média, pharmaciens, ligne verte, diététiciennes
Contraintes	<p>Silence des PVVIH intellectuels ou d'un niveau social aisé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés pour élaborer des projets d'avenir -Difficultés des PVVIH qui vivent dans les zones sous contrôle pour obtenir des soins et des conseils -Rupture fréquente ARV -Obstacles liés au contexte ou sociaux (famille, travail, etc.) -Stigmatisation -Discrimination -Absence de matériels/supports visuels adaptés en particulier aux analphabètes -Obstacles à l'observance des traitements : obstacles personnels, obstacles liés au traitement, obstacles liés aux professionnels et structures de santé.
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> -PVVIH qui témoignent à visage découvert/sont visibles - PVVIH qui mettent leur expérience de vie avec le VIH au service de la population dans les CDV -Compétences des PVVIH en prise en charge -Existence d'associations et de réseaux de PVVIH -Réouverture progressive de centres de dépistages à l'intérieur du pays (Bouaké, Man, Korhogo, Daloa) -Existence de la ligne verte -Existence d'un guide sur les ARV développés par Alliance -Existence du PNPEC, PN/OEV

Analyse causale du VIH/SIDA pour les PVVIH



les PVVIH ont été réalisées sur la base des expériences et des productions des participants à l'Atelier de base d'éducation des acteurs associatifs aux traitements antirétroviraux (ARV) du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire organisé par l'Alliance en 2004 dans le cadre d'un financement PEPFAR.

En plus des données issues de la revue de la littérature, les analyses causales pour les PVVIH ont été réalisées sur la base des expériences et des productions des participants à l'Atelier de base d'éducation des acteurs associatifs aux traitements antirétroviraux (ARV) du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire organisé par l'Alliance en 2004 dans le cadre d'un financement PEPFAR.

Les segmentations suivantes sont proposées pour le groupe des PVVIH :

i) Segmentation : PVVIH sans traitement ARV et PVVIH sous traitement ARV : Leurs besoins d'information ne sont pas strictement les mêmes. Pour ceux qui sont sous traitement l'observance constitue la pierre angulaire de la réussite du traitement. **L'observance n'est pas statique.** Comme n'importe quel comportement, elle peut fluctuer, c'est-à-dire évoluer dans le temps pour chaque personne sous traitement en fonction d'un certain nombre de facteurs ou déterminants.

**Besoins et sources d'informations pour
les PVVIH sans traitement et les PVVIH sous traitement ARV**

(Source : Guide du formateur /atelier de base d'éducation des acteurs associatifs aux traitements antiretroviraux/Alliance 2004)

PVVIH sans traitement ARV	PVVIH sous traitement ARV
<ul style="list-style-type: none"> • Risques de réinfection (AS, CC, MD, DOC) • Antécédents médicaux (PIF) • Poids (P) • Noms des Centres Accrédités et Centre de Traitement et suivi (CC, MEDIA, CDV, LIGNE VERTE, MIN) • Disponibilité du traitement (MD, Centres de suivi, CC, CDV) • Infos sur ARV 	<ul style="list-style-type: none"> • Noms médicaments (MD, CA, CC, MEDIA) • Présentation des médicaments (MD, CA, CC, MEDIA) • Risques de réinfection • Effets secondaires des ARV (MD, CC, CA, MEDIA) • CD4 et signification du taux de CD4 (MD, MEDIA, CC) • Poids (P, MD, F) • Maladies actuelles (MD, P) • Produits contre-indiqués (MD, P, notices des médicaments)
<ul style="list-style-type: none"> • N° dossier médical (MD, AS, CC) • Existence des associations (CC, AS, MD, MEDIA, CDV, LIGNE VERTE) • Informations sur la nutrition (CC, MD, DIETETICIENNE FORMEE SUR LE VIH, DOC) • Informations sur les maladies opportunistes (MD, CC, AS) • Règles d'hygiène de vie (CC, MD) • Toxicité des ARV à long terme (MD, DOC) • Médecin qui a fait la dernière visite (P) • Informations sur la vie positive (CC, LIGNE VERTE) 	

AS : Assistants Sociaux ; CA : Centres Accrédités ; CC : Conseillers Communautaires/Associatifs ; CDV : Centres de Dépistage ; DOC : Documents ; F : Famille ; MD : Médecin, MIN : Ministères ; P : Patient

ii) **Segmentation : PVVIH femmes et PVVIH hommes** : même si de façon générale ils ont des préoccupations communes sur « la vie avec les ARV » (autour de la sexualité et du désir d'enfant), on trouve quelques différences entre les femmes et les hommes par rapport aux ARV :

2. Au niveau économique
3. Au niveau social
4. Au niveau médical

(Source : Guide du formateur /atelier de base d'éducation des acteurs associatifs aux traitements antirétroviraux/Alliance 2004)

Effets négatifs de la prise du traitement ARV pour les femmes

Niveau social	Niveau économique	Niveau de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • Activité professionnelle perturbée • Stigmatisation • Gêne et peur si le mari n'est pas informé • Pression de l'entourage • Baisse de rendement 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance financière (pas de moyens financiers pour l'achat de ses ARV) • Augmentation des charges 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du cycle menstruel • En cas de mauvaise observance survenue de Maladies et de résistance au traitement • Effets secondaires

Effets positifs de la prise du traitement ARV pour les femmes

Niveau social	Niveau économique	Niveau de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • Epanouissement (joie, libération) • Soutien familial • Retrouve sa dignité • Vivre positivement • Projet de mariage 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien du niveau de vie • Soutien économique de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'état de santé • Possibilité de procréer • Belle, séduisante

Effets négatifs de la prise du traitement ARV pour les hommes

Niveau social	Niveau économique	Niveau de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • Activité professionnelle perturbée • Stigmatisation • Crainte de la mort • Problèmes dans le foyer (divorce) • Perte de l'emploi • Environnement professionnel • Baisse de rendement 	<ul style="list-style-type: none"> • Baisse de revenu • Dépendance économique • Augmentation des dépenses 	<ul style="list-style-type: none"> • Baisse de la libido • Effets secondaires dus aux médicaments

Effets positifs de la prise du traitement ARV pour les hommes

Niveau social	Niveau économique	Niveau de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • Réintégration sociale • Amélioration de condition de vie sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité, augmentation, amélioration du revenu • Accès à l'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé • Augmentation de l'espérance de vie

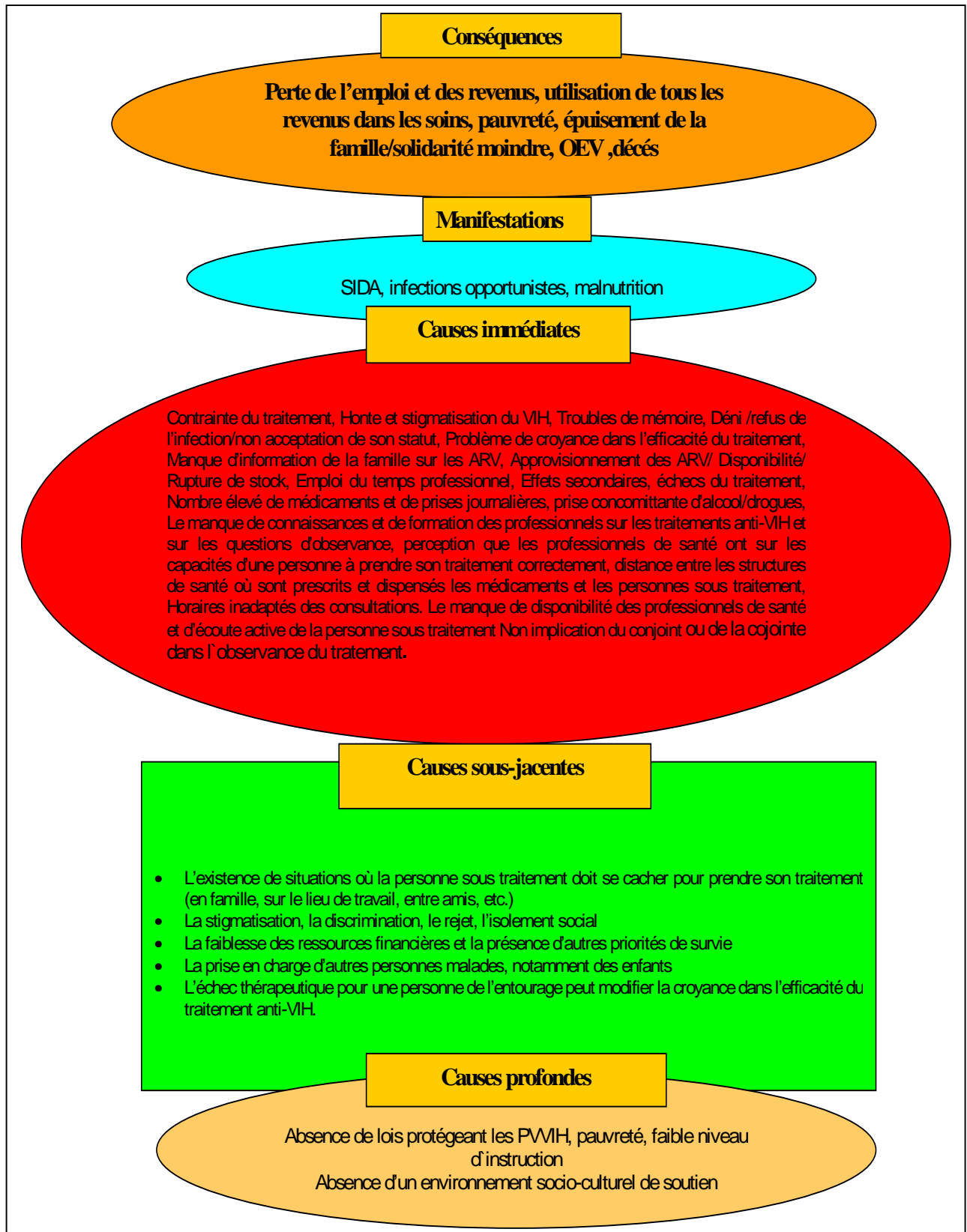
Les facteurs qui influencent l'observance chez les femmes

Obstacles spécifiques	Facteurs favorisant l'observance
<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement • Grossesse • Charges domestiques • Pression familiale • Dépendance économique • Effets secondaires dus aux médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation pour ses enfants • La vie associative • Désir de procréer, de vivre • Soutien de la famille si elle est informée • Indépendance financière • Soutien du mari • Désir de rester belle

Les facteurs qui influencent l'observance chez les hommes

Obstacles spécifiques	Facteurs favorisant l'observance
<ul style="list-style-type: none"> • Emploi du temps professionnel • Emploi du temps personnel • Non implication de la famille • Effets secondaires dus aux médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • La bonne santé • Reprise des activités • Acceptation de la famille et de la communauté • Soutien de la femme • La vie associative • Désir de procréer, de vivre • Soutien de la famille si elle est informée • Indépendance financière

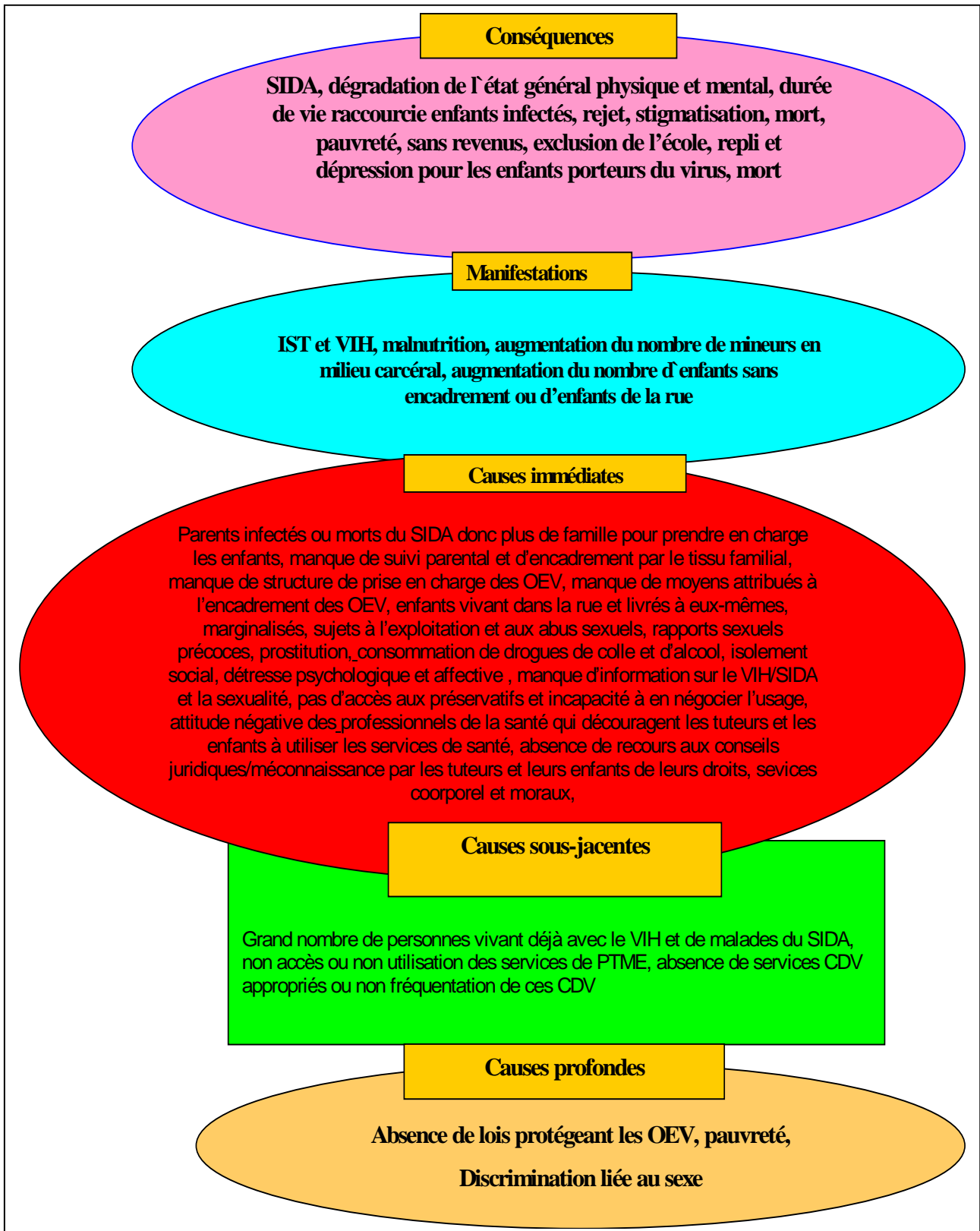
Analyse causale du VIH/SIDA pour les PVVIH sous ARV



1.3.1.5. Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)

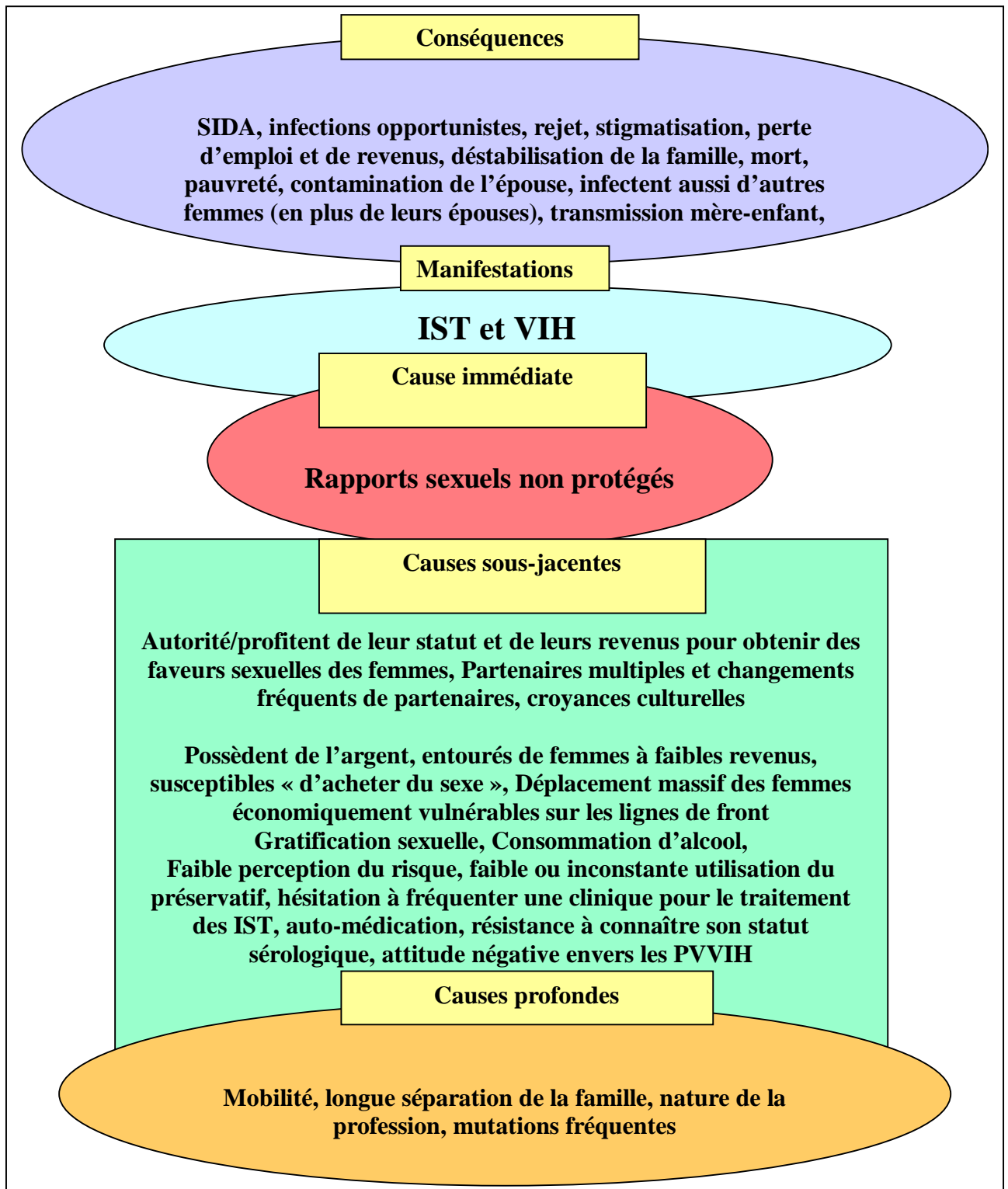
Caractéristiques	OEV
Démographiques et socio culturelles	<p>Enfants ayant perdu un ou les deux parents du fait du Sida Enfants infectés du VIH/sida Enfants dont les parents sont infectés Enfants dont les familles accueillent les orphelins du sida Enfants des familles qui sont affectées économiquement par la pandémie (la prise en charge d'une personne infectée ou malade du sida) 310 000 OEV. Les orphelins du fait du VIH/SIDA sont au nombre de 920 000 soit 33% de l'ensemble des orphelins toutes causes confondues. Manque d'affection, manquent de soins, manque de suivi/encadrement parental, risque d'abandonner l'école, d'être sous alimentés et malades et de commencer à travailler très jeune. Filles encore plus vulnérables que les garçons aux effets négatifs de l'épidémie et à l'infection par le VIH Risque d'exploitation sexuelle. Plus vulnérables au trafic d'enfants, à la prostitution. Moins d'accès à l'éducation</p>
CAP/C (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances	<p>-Manque d'informations sur le VIH/SIDA -Ne sont pas informés de la maladie de leurs parents Rapports sexuels précoces et non protégés Consommation de drogues, colle et alcool Sentiment de rejet et d'exclusion -Pauvreté, isolement, exclusion sociale, certains sont considérés comme des enfants « sorciers » -Violences sexuelles</p>
Sources d'information	<p>-Pairs éducateurs -Tuteurs -Accompagnateurs -Communautés -ONGs -Centres religieux -Centres sociaux</p>
Contraintes	<p>-Énormes difficultés liées à leur statut ; droit à la santé et à l'éducation compromis ; accès insuffisant aux soins médicaux -Insuffisance de structures de prise en charge</p>
Opportunités	<p>-Mise en place d'un programme national de prise en charge des OEV -Existence Programmes de PTME. -Existence d'associations et ONGs -Existence de centres de prise en charge</p>

Analyse causale du VIH/SIDA pour les OEV



Caractéristiques	Personnes en arme
Démographiques et socio-culturelles	14% des militaires séropositifs (CNTS 1997) La majorité a moins de 30 ans Principalement des hommes Mariés pour la plupart ou vivant en concubinage Ont de nombreux enfants Revenus disponibles Niveau d'instruction fin d'études secondaires pour la plupart.
CAP/C (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances)	Multipartenariat sexuel surtout lors des déplacements professionnels Connaissance générale sur le VIH/SIDA Beaucoup de connaissances et croyances erronées (piqûre de moustique, sorcellerie) Les IST sont vues comme une preuve de virilité Très faible utilisation du préservatif qui parfois est perçu comme dénaturant l'acte sexuel Faible perception du risque Refus d'achat des préservatifs Parfois non disponibilité des préservatifs L'apparence est signe de séropositivité Informés de l'existence des CDV Ils ne se feraient dépister que s'ils étaient malades, par curiosité ou s'ils avaient eu des rapports avec une femme « suspecte » Leur attitude face aux PVVIH est un mélange de tolérance et de prudence
Sources d'information	Radio, TV, journaux Amis, collègues et pairs éducateurs ONGs : PSI, RIP+ et Espoir FANCI
Contraintes	Discrimination des PVVIH au sein des personnes en arme Eloignement Rigueur dans le respect de la hiérarchie Refus de se faire dépister Situation de ni paix ni guerre Croyance que les préservatifs réduisent le plaisir Sentiment d'invulnérabilité des hommes en arme Peuvent utiliser leur statut au sein de la communauté pour des relations sexuelles faciles Ils imposent du respect dans la communauté
Opportunités	Rigueur de la hiérarchie Accroissement des activités des ONG auprès des personnes en arme Connaissances appropriées du VIH et du SIDA et des modes de transmission Connaissance de l'existence des CDV Dépistage obligatoire lors du recrutement et des formations à l'étranger Les personnes en arme ont le potentiel de mobiliser leurs membres pour la lutte contre le VIH Les médecins militaires sont impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA Promotion des CDV au cours des séminaires et des campagnes sur la ligne de front

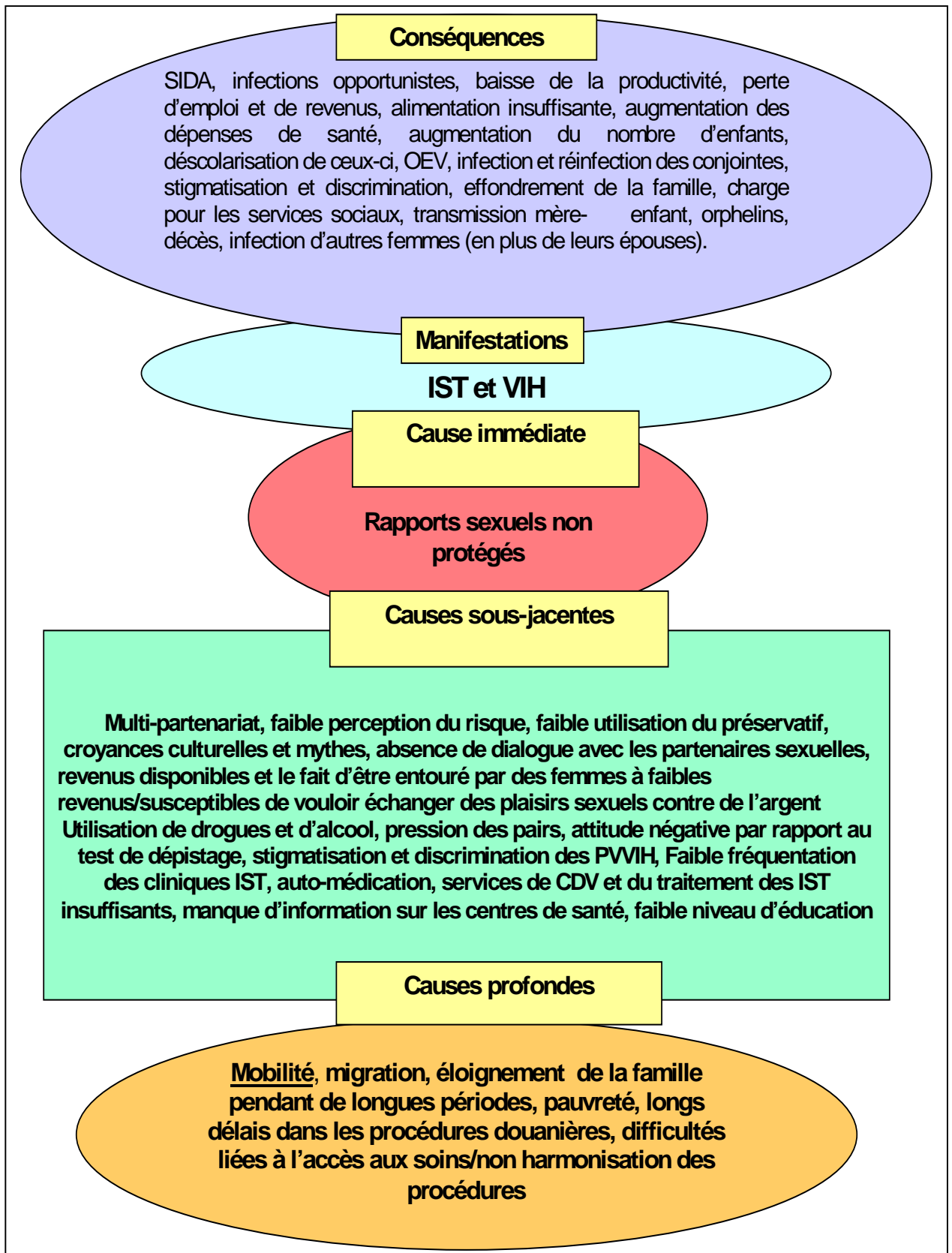
**Analyse causale du VIH/SIDA pour les militaires/ hommes en uniforme/
hommes en arme**



1.3.1.7 Routiers/camionneurs

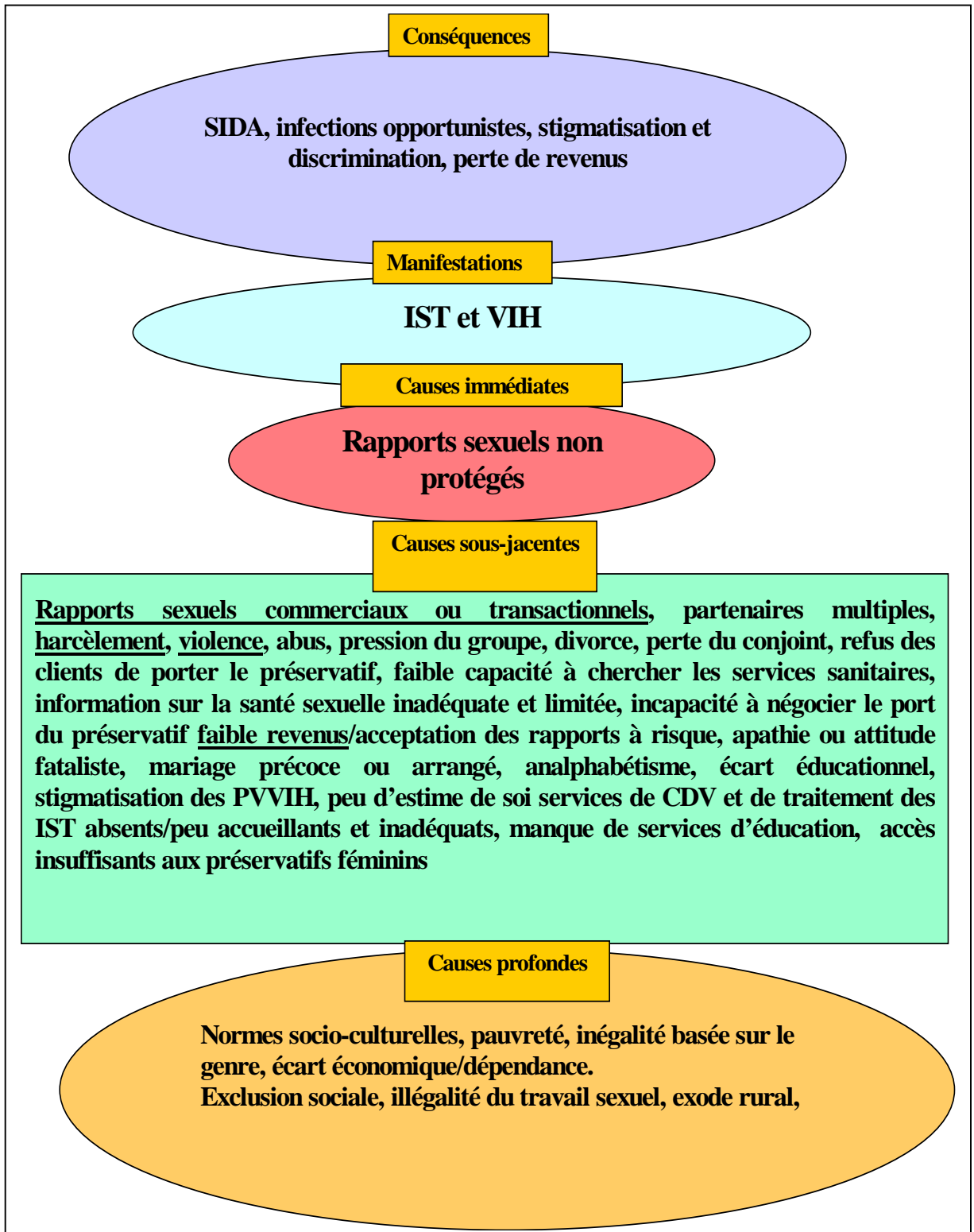
Caractéristiques	Routiers/camionneurs
Démographiques et socio culturelles	<p>Agés de 16-48 ans Hommes Mariés, célibataires ou vivant en concubinage Avec de nombreux enfants Revenus disponibles Différence de niveau de connaissance entre les routiers, les apprentis et les chargeurs Bon nombre sont de religion musulmane D'origine burkinabé, malienne, ivoirienne, ghanéenne ou nigérienne</p>
CAP/C (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances)	<p>Niveau de connaissances assez élevé sur le VIH/SIDA Connaissance d'au moins un mode de transmission et de prévention Faible perception du risque Mobilité élevée Partenaires multiples Longues périodes d'éloignement de leurs familles Consommation d'alcool et de drogues Impossibilité de réduction du nombre de partenaires et de s'abstenir Passent des nuits à plusieurs escales le long de leurs itinéraires Connaissance de la disponibilité et de l'accessibilité des préservatifs Pas d'utilisation systématique du préservatif Obstacles à l'utilisation du préservatif : confiance en la partenaire, fragilité du produit et manque de sensation Stigmatisation et discrimination des PVVIH L'apparence est signe de séropositivité Ils ne se feraient dépister que s'ils étaient malades, par curiosité ou s'ils avaient eu des rapports avec une femme « suspecte » Manque d'informations et auto-médication</p>
Sources d'information	<p>Milieus professionnel et confessionnel Radio, TV Réunions de sensibilisation Amis et collègues</p>
Contraintes	<p>Mobilité Eloignement de leurs familles Faible perception du risque Partenaires sexuels multiples Faible utilisation des préservatifs</p>
Opportunités	<p>Les syndicats et les ONGs des transporteurs ont le potentiel de mobiliser leurs membres pour des activités de lutte contre le VIH/SIDA Les activités de certaines ONGs sont centrées sur les transporteurs Projets en direction des transporteurs (PSAMAO)</p>

Analyse causale du VIH/SIDA pour les routiers/ camionneurs



Caractéristiques	Professionnelles du Sexe/femmes à partenaires multiples
Démographiques et socio culturelles	<p>Femmes (jeunes, mariées, célibataires, universitaires, apprenties couturière, coiffeuses, etc) qui pratiquent soit la prostitution soit le multipartenariat affiché ou caché pour des raisons économiques et social.</p> <p>Agées de 18 à 40 ans</p> <p>Faible revenu, pauvreté frappante Faible niveau d'éducation Certaines travaillent dans une maison close D'autres ont une autre profession et pratiquent le commerce du sexe pour subvenir à leurs besoins</p> <p>Célibataires- ayant plusieurs partenaires réguliers N'exercent pas près de leur lieu de résidence habituel ; on les retrouvent souvent près des gares routières, sur les axes migratoires, dans les grandes villes, les zones minières et les complexes agro-industriels, etc.</p>
CAPC (Connaissance, Attitudes, Pratiques et Croyances)	<p>Perception du risque très élevée à cause de la nature de leur travail</p> <p>Connaissance élevée des modes de transmission Forte utilisation du préservatif avec leurs clients, mais faible utilisation, voire aucune avec leurs partenaires réguliers Bonne connaissance des moyens de prévention Certaines se font dépister Cependant, peu vont chercher les résultats du test Connaissance élevée du VIH/SIDA ne se traduisant pas en l'utilisation constante du préservatif Certaines ont des pratiques sexuels à haut risque</p>
Sources d'information	Radio, télévision, journaux, magazines, prospectus, associations communautaires, , organes de lutte contre le VIH/SIDA, affiches, ONGs, ligne verte Info Sida, services de documentation, lieux de cultes, amies, pairs éducateurs
Contraintes	<p>Les PS refusent de se rendre dans les centres de santé</p> <p>Indisponibilité et inaccessibilité du préservatif féminin Désir des clients de payer plus pour faire l'amour sans condom Refus de subir un dépistage Concurrence pour avoir des clients Manque d'appui communautaire aux veuves augmente le commerce du sexe chez les femmes Certaines ne s'affichent pas</p>
Opportunités	<p>Connaissance élevé du VIH et des modes de transmission Les services de santé ciblant les PS constituent aujourd'hui une composante importante des interventions Début de promotion du préservatif féminin Augmentation de l'usage des préservatifs féminins avec leurs clients Augmentation des activités des ONG auprès des PS identifiables dans les maisons closes De plus en plus de filles scolarisées Les PS parlent du VIH et du SIDA avec leurs amis et leurs collègues Existence du PPP (projet professionnelles du sexe et leurs partenaires), du Projet corridor, Rail link et PSMAO Existence des comités de lutte dans certains complexes agro-industriels</p>

Analyse causale du VIH/SIDA pour les professionnels du sexe/ femmes à partenaires multiples



1.4.1 OPPORTUNITES

- Une volonté politique manifeste (un Ministère chargé exclusivement de la lutte contre le SIDA)
- La politique de décentralisation et de multisectorialité
- L'existence de nombreuses ONGs nationales intervenant en IEC/CCC
- L'existence d'un réseau à base religieuse, d'un réseau de journalistes et de réseaux d'ONGs ;
- L'existence de matériels et supports démonstratifs IEC/CCC
- Un environnement médiatique étoffé en qualité couvrant l'ensemble du territoire national (accès des populations à la télévision, à la radio et à la presse écrite, existence de chaînes de télévision nationales et de radios de proximité)
- Des médias déjà impliqués dans la couverture des évènements relatifs à la thématique du SIDA
- L'intégration et la généralisation de la PTME dans les services de CPN
- La baisse du coût des ARV
- L'implication/la participation déjà effective des PVVIH dans les activités développées en leur direction
- L'existence d'un répertoire des structures et ONG menant des activités IEC/CCC en Côte d'Ivoire.

1.4.2 CONTRAINTES

- La faiblesse du suivi/évaluation des activités de sensibilisation ;
- La faiblesse des ressources humaines formées en CCC et/ou la difficulté des intervenants à revisiter/renouveler leur façon de mener les activités de prévention ;
- L'insuffisance de la mise en place d'une communication de proximité faisant appel à des agents communautaires, et/ou des pairs éducateurs, et/ou des accompagnateurs et/ou des conseillers communautaires correctement formés en CCC
- Le faible pouvoir de décision et la vulnérabilité socio-économique de certains groupes (femmes, jeunes, réfugiés et déplacés internes, etc.)
- L'insuffisante implication/participation des communautés en général dans les activités CCC et dans leur financement
- L'absence d'implication des hommes en particulier dans les programmes de PTME ;
- La persistance de fausses croyances et l'existence de pratiques coutumières favorisant la transmission du VIH/SIDA;
- La persistance de comportements à risque
- La stigmatisation/discrimination/exclusion sociale de certains groupes;
- Les conflits/zones occupées
- La couverture insuffisante de la réponse en milieu rural (populations des zones rurales encore insuffisamment prises en compte)
- Accès encore limité au test de dépistage (structures de dépistage restent concentrées à Abidjan)
- L'insuffisance/l'inadaptation des messages/matériels/supports relatifs à l'éducation/counselling thérapeutique, à " vivre positivement " et à la stigmatisation.

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATEGIE CCC

2.1 Cadre conceptuel de la stratégie CCC

Il est prévu que dans le cadre de l'appui au MLS, il soit développé un cadre conceptuel pour la stratégie de communication pour le changement de comportement en Côte d'Ivoire. Il serait préférable que ce cadre soit développé avec les partenaires pour assurer une vision commune et une meilleure compréhension.

Le cadre conceptuel reflètera le concept des axes de communication se complétant, visant des niveaux divers : l'environnement socio politique, les systèmes de prestation des services, les communautés, les familles et les individus. Il résumera les éléments multiples qui, ensemble conduisent aux résultats souhaités.

Le cadre conceptuel permettra de situer notre stratégie et décrira un processus de changement social qui influence la CCC. Ce changement se produit par le biais de facteurs d'ordre économique, social et politique à travers les trois domaines jugés prioritaires pour les interventions en matière de communication à savoir : la prévention de nouvelles infections, le traitement et la prise en charge des personnes infectées et des personnes affectées, et l'environnement social et politique. De plus, il permet de montrer l'évolution des changements de comportement dans le temps. Il démontre pour chaque domaine les résultats initiaux et comportementaux.

2.2 But et Vision de la stratégie CCC

La vision de la stratégie CCC contribue à celle du Ministère de la Lutte contre le SIDA.

Le but de la stratégie CCC est **de contribuer à la prévention de nouvelles infections, au traitement de personnes infectées par le VIH et à la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.**

La stratégie IEC/CCC met un accent particulier sur la réduction de la transmission du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire en visant :

- la prévention des nouvelles infections au sein des groupes vulnérables, des publics marginalisés et à haut risque (prévention primaire) et la prévention des réinfections chez les personnes séropositives (prévention secondaire) ;
- L'amélioration/la promotion de la longévité (vivre positivement) et de la productivité des PVVIH en Côte d'Ivoire;
- la promotion de l'inclusion sociale/la lutte contre la stigmatisation et la discrimination pour un environnement social et politique de soutien afin de réduire la vulnérabilité des groupes cibles prioritaires au VIH et à l'impact socio-économique du SIDA.

La vision partagée par toutes les parties prenantes de la lutte contre le SIDA est la suivante : **Des publics bénéficiaires plus impliqués , y compris les groupes vulnérables valorisés et capables de se prémunir contre les IST/VIH/SA dans un environnement socio politique bénéfique et favorable.**

Au cœur de cette vision se trouvent :

- Des publics bénéficiaires des interventions CCC plus impliqués qui ont une plus grande perception des risques, vont au-delà de l'intention et sont dans la prise d'action de nouveaux comportements de prévention (abstinence, fidélité,

réduction du nombre de partenaires, utilisation du préservatif, pratique du test de dépistage pour connaître son statut) et/ou comportements de soutien accrus vis-à-vis des PVVIH, des OEV et autres

- Des groupes vulnérables qui se sentent valorisés socio-économiquement et capables de se prémunir contre les IST/VIH/SIDA ; groupes à haut risque qui se sentent inclus socialement, qui ne sont pas marginalisés ni stigmatisés ; communautés rurales mieux couvertes par les actions CCC

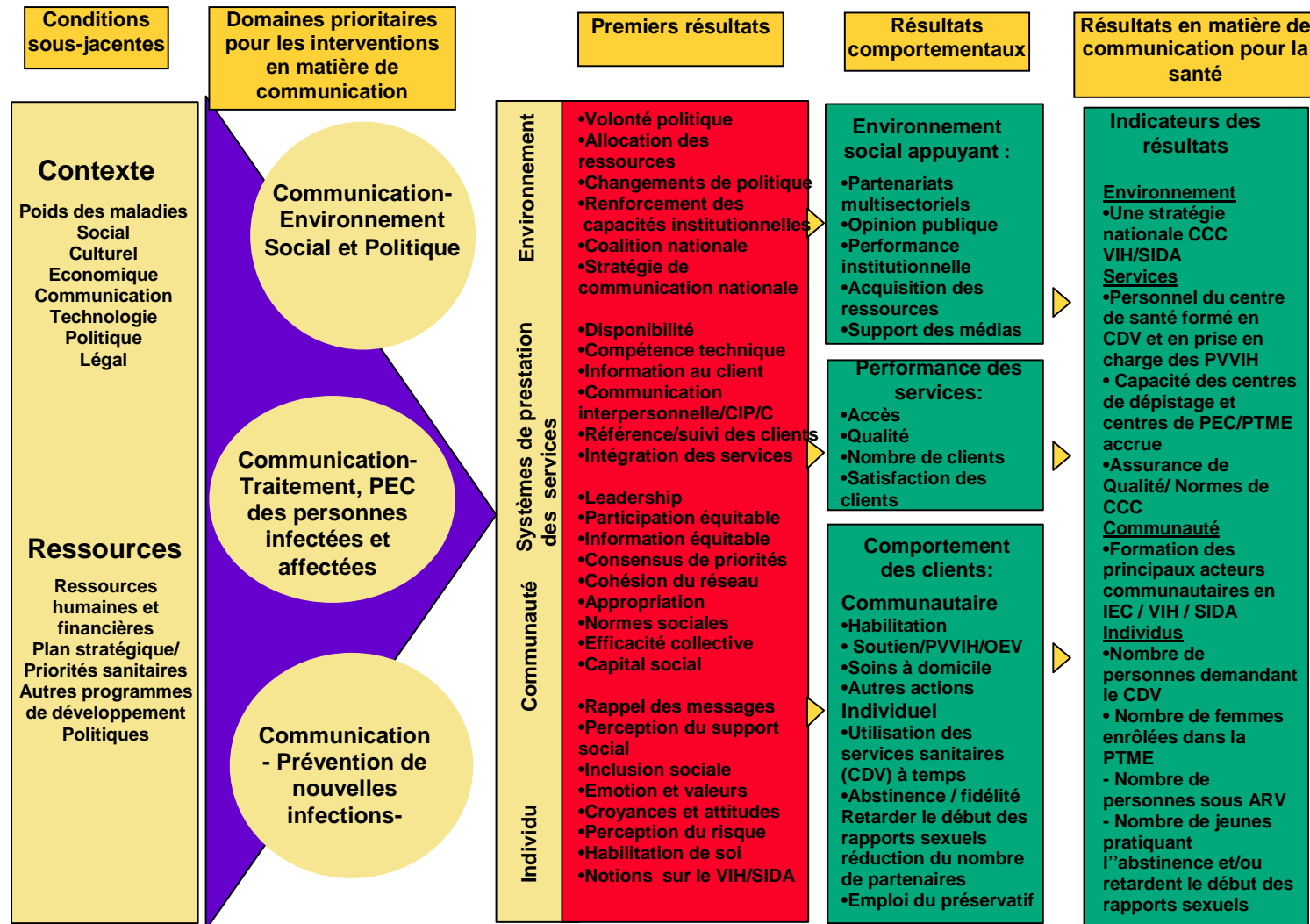
- "Des prestataires de services de prévention et de prise en charge qui acceptent de sortir de " leurs zones de confort " et interviennent différemment (plus de communication de proximité/Communication Inter Personnelle/counseling

- un environnement social favorable avec :

- * des leaders religieux/communautaires/politiques qui s'impliquent, apportent du soutien et de la compassion, et considèrent la réduction des facteurs de vulnérabilité qui exposent les populations au VIH/SIDA comme une priorité ;

- * des médias qui sont largement impliqués (après être formés à la CCC)

CADRE CONCEPTUEL PATHWAYS VERS UNE COMMUNAUTÉ COMPÉTENTE EN MATIÈRE DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA



CHAPITRE 3 : AXES STRATEGIQUES CCC PRIORITAIRES

Axe stratégique 1 :

Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH

Groupes cibles :

- * Groupes cibles prioritaires vulnérables et à haut risque (jeunes, femmes, enseignants, déplacés internes et réfugiés, migrants, femmes à partenaires multiples, PVVIH, OEV, militaires, hommes en uniforme, hommes en arme, chauffeurs routiers, camionneurs)
- * Communautés
- * Individus et familles
- * Publics marginalisés (MSM, autres)
- * Associations/organisations de PVVIH*
- * Organisations religieuses, OBCs du Réseau de l'Alliance/Organisations de développement et du monde rural/ONGs
- * Autorités locales, leaders religieux, leaders d'opinion et communautaires, chefs traditionnels.

Stratégies:

- * Utilisation des mass media/médias communautaires
- * Approche ABC pour jeunes
- * Réduction des partenaires, et promotion des condoms pour les publics qui se déplacent, etc.
- * Changement des normes sociales liées à l'inclusion sociale, genre, multi partenariat
- * Promotion des CDV
- * Approche divertir pour éduquer
- * Education aux compétences de la vie
- * Education par les pairs
- * Développement de campagnes communautaires utilisant une approche multi-média intermittente
- * Evaluation multiplication et vulgarisation de supports CCC/IST/VIH/SIDA
- * Utilisation des canaux traditionnels pour promouvoir les comportements responsables
- * Prise en charge des besoins des groupes vulnérables (jeunes filles socio-économiquement vulnérables, OEV)
- * Témoignages de PVVIH
- * Mobilisation des ONGs, des Organisations à base communautaire (OBCs), pour mener des interventions CCC.

Résultats attendus :

- * Une communauté mieux mobilisée à la base
- * Une communauté plus compétente dans le domaine de la santé : protection contre l'infection par le VIH, prise en charge des PVVIH et des OEV, et recherche des soins appropriées
- * Le nombre des jeunes protégés augmente (abstinence, condoms)

Axe stratégique 2 :

Promouvoir la prise en charge efficace des soins et l'observance aux traitements

Groupes cibles :

- * PVVIH
- * Prestataires de soins : agents de santé (médecins, infirmiers/infirmières, sages femmes), personnels des centres de santé, des centres socio-sanitaires publics et privés, des postes de santé
- * Personnels des centres de conseil et dépistage volontaire, des centres de prise en charge et de PTME
- * Agents sociaux/assistants sociaux
- * Conseillers communautaires/associatifs/PVVIH
- * Pairs éducateurs
- * Conseillers communautaires
- * Tuteurs (OEV)
- * Accompagnateurs
- * Tradipraticiens
- * ONGs, associations y compris les associations de PVVIH
- * OBCs et organisations religieuses du réseau de l'Alliance
- * Organisations de développement et du monde rural/ONGs/ANADER
- * Ministère de La lutte contre le SIDA,
- * Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population
- * Groupe technique CCC.

Stratégies :

- * Renforcement des compétences des prestataires de services en CIPC/Counselling de prévention/Counselling Thérapeutique pour l'accompagnement à l'observance aux traitements
- * Renforcement des capacités et des compétences des PVVIH avec des mises à jour régulières
- * Provision d'outils de travail pour les prestataires à tous les niveaux
- * Accroissement de la participation active des PVVIH
- * Motivation accrue des PVVIH à intégrer des associations/Adhérer à une association communautaire de PEC
- * Amélioration des compétences des pairs éducateurs, accompagnateurs, tuteurs, conseillers communautaires à mener des activités de CCC
- * Augmentation du nombre de paires, tuteurs, accompagnateurs, etc.
- * Education des familles étendues des PVVIH et OEVs
- * Implication des travailleurs communautaires dans les centres de prise en charge
- * Développement des soins communautaires/visites à domicile
- * Intégration de la prise en charge des PVVIH dans tous les centres de santé.

Résultats attendus :

- * Des Prestataires plus performants
- * Des PVVIH plus impliqués dans la PEC/ARV
- * Des PVVIH mieux protégés contre les infections et contre la réinfection par le VIH
- * Des Familles plus impliquées dans la prise en charge des ARV et la gestion des effets secondaires
- * Des prestations de services de prévention et de prise en charge de qualité.

Des prestations de services de prévention et de prise en charge de qualité

Axe stratégique 3 :

Améliorer l'environnement socio-politique par la lutte contre la stigmatisation et la discrimination – Promouvoir l'inclusion sociale

Groupes cibles :

- * Communautés - les élus locaux, leaders, enseignants, leaders religieux
- * médias/REPMASCI,
- * OBCs, des organisations religieuses
- * organisations/réseaux de PVVIH

Stratégies :

- * Organisation de Campagne pour la compassion et pour la réduction de la stigmatisation envers les PVVIH
- * Renforcement des compétences des médias/REPMASCI - développement d'un 'Cadre de dialogue' entre les journalistes, le Ministère d'Etat, Ministère de la Santé publique et le MLS
- * Plaidoyer
- * Renforcement des capacités du REPMASCI, des OBCs, des organisations religieuses
- * Organisation de forums communautaires, à la radio, des articles réguliers sur le SIDA.

Résultats attendus :

- * Une participation des partenaires locaux et internationaux dans le GTCCC
- * Une participation accrue dans les activités de réductions de stigmatisation tels que les forums, les programmes radiophoniques
- * Une amélioration de l'environnement socio politique
- * Une inclusion sociale forte avec des actions communautaires de qualité

Une inclusion sociale forte avec des actions communautaires de qualité

Axe stratégique 4 : Promouvoir l'efficacité des interventions CCC/VIH/SIDA

Groupes cibles:

- * Direction de la Mobilisation Sociale, CNLS, CIMLS, CMP
- * Responsables de programme au niveau central - secteurs ministériels concernés (santé, solidarité, fonction publique, éducation nationale, droits de l'homme, communication)
- * Responsables de programme au niveau décentralisé (région, département, commune)
- * Elus locaux
- * ONGs mettant en œuvre les activités de CCC
- * Partenaires au développement.

Stratégies

- * Développement d'une compréhension commune en matière de CCC VIH/SIDA/IST au niveau des intervenants
- * Utilisation de la stratégie CCC
- * Renforcement des capacités du MLS et du GTCCC
- * Mise en place d'un Groupe Technique CCC
- * Définition des grandes lignes du suivi/évaluation
- * Définition des indicateurs nécessaires.

Résultats attendus :

- Une amélioration de la coordination
- Un programme CCC où les acteurs se concertent
- Les objectifs CCC mieux définis et les programmes plus performants
- Les activités qui se complètent et qui contribuent à une action compréhensive.
- Une réponse nationale concertée, coordonnée et multisectorielle en matière de CCC avec l'application des "Trois principes directeurs " en particulier pour le suivi et évaluation.

Une réponse nationale concertée, coordonnée et multisectorielle en matière de CCC avec l'application des « Trois principes directeurs» en particulier pour le suivi et évaluation

CHAPITRE 4 : TABLEAUX DES PLANS D'INTERVENTION STRATEGIQUES
(public cible, objectifs de communication, stratégies et interventions)

AUDIENCE : JEUNES EN MILIEU URBAIN

Segmentation:

* Age : 15 - 24 ans

* Niveau d'instruction : Scolarisés

Objectif long - terme :

* De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des jeunes scolarisés sexuellement actifs du milieu urbain qui utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels.

- De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des jeunes scolarisés (13-18 ANS) du milieu urbain qui pratiquent l'abstinence et la fidélité

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 1: Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
1. Utiliser systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels	Communication mass media (radio, TV, Presse écrite, Internet)	Concevoir des messages éducatifs ciblant les jeunes	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, institutions, PNSSU, autres Min. syndicats d'enseignants, associations d'élèves et étudiants
		Produire des spots publicitaires sur le port du préservatif	MEN, MLS, ONGs Réseaux, institutions autres Min.
		Produire des émissions (radio, TV)	MEN, MLS, RTI, ONGs, Réseaux, Institutions autres Min.
		Diffuser les messages éducatifs	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, PNSSU, autres Min. Ligne verte, syndicats d'enseignants, associations d'élèves et étudiants
		Produire des outils pédagogiques (BD, Brochures, Dépliants, livres, livrets, Œuvres littéraires etc.)	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions, PNSSU, autres Min. syndicats d'enseignants, associations d'élèves et étudiants
		Organiser des causeries débats	MEN, MLS, ONGs, réseaux, autres Min. syndicats d'enseignants, associations d'élèves et étudiants
	Approche divertir pour éduquer	Organiser des jeux - concours	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions, PNSSU.
	Education aux compétences pour la vie	Renforcer les capacités des encadreurs de jeunes	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions,

		Produire des émissions thématiques favorisant les échanges entre parents et enfants	MEN, MLS, ONGs, RTI, Radios de proximité
1. Utiliser systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels	Education par les pairs	Renforcer les capacités des pairs éducateurs en CCC/D	MEN, MLS, ONGs réseaux, Institutions, syndicats d'enseignants, associations d'élèves et étudiants
		Elaborer un guide national de formation des pairs éducateurs	MEN, MLS, ONGs, réseaux, Institutions
	Mobilisation des ONGs, des OBCs de jeunes pour mener des interventions CCC	Renforcer les capacités des relais communautaires en CCC/D	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions
	Marketing social des préservatifs	Multiplier les points de vente des préservatifs	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions, AIMAS, PSI
2. Pratiquer AB (Abstinence, Bien fidèle,) Réduire le nombre des partenaires	Education aux compétences pour la vie	Renforcer les capacités des membres des ONG	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions autres Min.
		Produire des émissions thématiques favorisant les échanges entre parents et enfants	MEN, MLS, RTI, Radios de proximité, ONGs, Réseaux, Institutions autres Min.
		Produire des outils pédagogiques pour les ONGs et OBCs	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions autres Min.
	Education par les pairs	Renforcer les compétences des Pairs éducateurs en CCC/D	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions autres Min.
		Former les relais communautaires jeunes	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Institutions autres Min.
	Mobilisation des leaders d'opinion	Impliquer les idoles des jeunes (artistes, athlètes, etc.) dans la promotion des avantages du report de l'âge du premier rapport sexuel	MEN, MLS, Min culte, Min JSL, ONGs, Réseaux, Institutions autres Min.
		Faire un plaidoyer à l'endroit des leaders religieux	MLS, Min Culte.
	Mobilisation des ONGs, des OBCs de jeunes pour mener des interventions CCC	Organiser les jeunes en réseaux d'influence pour promouvoir autour d'eux le report de l'âge du premier rapport	MEN, MLS, ONGs, Réseaux, Collectifs, Institutions, autres Min.
	Approche divertir pour éduquer	Organiser des jeux - concours	Min Culture, MLS, Min JSL, ONGs, Réseaux, Collectifs, Institutions.

AUDIENCE: JEUNES EN MILIEU RURAL

Segmentation:

* Age : 15 - 24 ans

* Niveau d'instruction : Déscolarisés

Objectif long - terme :

* De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des jeunes non scolarisés sexuellement actifs du milieu urbain qui utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels.

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 1: Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
1. Utiliser systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels	Communication mass média (Radio, TV)	Concevoir des messages éducatifs ciblant les jeunes	MLS, ONGs, Réseaux, Collectifs, institutions, autres Min, comités régionaux..
		Produire des spots publicitaires sur le port du préservatif	MLS, ONGs, Réseaux, institutions, Radios locales, autres Min. comités régionaux.
		Produire des émissions (radio, TV)	MLS, ONGs, Réseaux, institutions, Radios locales, autres Min, ANADER, comités régionaux.
		Diffuser les messages éducatifs	MLS, ONGs, ANADER. Réseaux, institutions, Ligne verte, Radios locales, autres Min, comités régionaux.
		Produire des outils pédagogiques (Boîtes à images, Pièces théâtrales, Films)	MLS, MEN, ONGs, ABCs, OBCs, Réseaux, institutions, autres Min, comités régionaux.
		Organiser des causeries débats avec les leaders communautaires	MLS, ONGs, ABCs, OBCs, Réseaux, institutions, Radios locales, autres Min.
	Utilisation des canaux de communication traditionnels	Former les tribuns (griots, chansonniers, conteurs, etc.) en CCC IST - VIH/SIDA	MLS, ONGs, Réseaux, institutions, ABCs, OBCs, autres Min, comités régionaux.
		Utiliser les tribuns (griots, chansonniers, conteurs, etc.) pour la diffusion des messages	MLS, ONGs, Réseaux, institutions, ABCs, OBCs, autres Min, comités régionaux.
		Organiser des jeux concours de sensibilisation impliquant les tribuns (griots, chansonniers, conteurs, etc.)	MLS, ONGs, Réseaux, institutions, ABCs, OBCs, autres Min, comités régionaux.
	Approche divertir pour éduquer	Organiser des tournées de présentations théâtrales dans les villages	MLS, ONGs, ABCs, OBCs, Réseaux, institutions, Radios locales, autres Min. Comités régionaux.
	Education par les pairs	Renforcer les capacités des pairs éducateurs en CCC	MLS, ONGs, Réseaux, institutions, Radios locales, autres Min. Comités régionaux.

1. Utiliser systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels (Suite)	Education par les pairs	Elaborer un guide national de formation des pairs éducateurs	MLS, ONGs, Réseaux, institutions, autres Min.
	Mobilisation des ONGs, des OBCs de jeunes et des structures étatiques pour mener des interventions CCC	Renforcer les capacités des relais communautaires en CCC/D	MLS, ONGs, Réseaux, ABCs, OBCs, institutions, autres Min.
		Renforcer les capacités des Agents de santé du milieu rural en CCC/D	MLS, MSP, ONGs, Réseaux, institutions, autres Min.
	Marketing social des préservatifs	Multiplier les points de vente des préservatifs	MLS, ONGs, Réseaux, AIMAS, PSI, institutions, autres Min.
		Animer des campagnes de sensibilisation dans les chefs lieux administratifs ruraux	MLS, Comités régionaux, ONGs, Réseaux, institutions, autres Min.

LES FEMMES

AUDIENCE: LES FEMMES SOCIO- ÉCONOMIQUEMENT VULNÉRABLES (APPRENTIES COUTURIÈRES, APPRENTIES COIFFEUSES, DOMESTIQUES, LES COMMERÇANTES, LES DÉSCOLARISÉES, ETC....)

Segmentation:

- Age : 10-40 ans
- Niveau d'éducation : primaire
- milieu : urbain

Objectif à long terme : D'ici la fin 2008, 50 % de femmes utilisent systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique : Promouvoir la responsabilisation du public cible pour qu'il adopte des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
<p>Négocier et obtenir le port du préservatif masculin</p> <p>Utiliser systématiquement et correctement le préservatif féminin</p>	<p>Communication interpersonnelle</p> <p>Mobilisation /approche communautaire</p> <p>Communication mass média</p>	<p>-Organiser des causeries débat par les pairs éducateurs</p> <p>- Démontrer le port du préservatif</p> <p>- Organiser des interventions CCC par les ONGs, les OBCs</p> <p>- Utiliser des canaux traditionnels pour promouvoir les comportements responsables</p> <p>- Organiser des campagnes d'information et de formation</p> <p>- Produire et diffuser des spots, des débats télé et radio</p>	<p>MFFE</p> <p>Organisations féminines</p> <p>ONGs</p> <p>RTI</p> <p>OBCs</p> <p>MLS</p> <p>ME/MSP</p> <p>MSSSH</p> <p>REPMASCI</p> <p>AIBEF</p>

Segmentation:

- Age : 15-40 ans
 - Niveau d'éducation : primaire
 - milieu : rural
-

1. Objectif à long-terme : D'ici la fin 2008, 30% de femmes utilisent systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 1: Promouvoir la responsabilisation du public cible pour qu'il adopte des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
Négocier et obtenir le port du préservatif masculin Utiliser systématiquement et correctement le préservatif féminin	Communication interpersonnelle Mobilisation /approche communautaire Communication mass média	-Organiser des causeries débat par les pairs éducateurs - Démontrer le port du préservatif - Organiser des interventions CCC par les ONGs, les OBCs - Utiliser des canaux traditionnels pour promouvoir les comportements responsables - Organiser des campagnes d'information et de formation - Produire et diffuser des spots, des débats télé et radio	Agences de communication MFFE Organisations féminines ONGs OBCs MLS ME/MSP MSSSH AIBEF Radio de proximité, ANADER, Radio rurale, REPMASCI

Segmentation:

- Age : 21-49 ans
 - Niveau d'éducation : primaire
 - milieu : urbain/rural
-

2. Objectif à long-terme : D'ici la fin 2008, 70% des femmes pratiquent la fidélité

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique : Promouvoir la responsabilisation du public cible pour qu'il adopte des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
Pratiquer la fidélité Avoir l'estime de soi	Communication interpersonnelle Mobilisation /approche communautaire Communication mass média	-Organiser des causeries débat par les pairs éducateurs - Organiser des interventions CCC par les ONGs, les OBCs, les foyers féminins - Utiliser des canaux traditionnels/religieux pour promouvoir l'abstinence - Organiser des campagnes d'information et de formation sur les avantages de la fidélité et le report du premier rapport - Produire et diffuser des spots, des débats télé et radio	Agences de communication MFFE Organisations féminines ONGs OBCs MLS ME/MSP MSSSH AIBEF Radio de proximité, ANADER, Radio rurale, REPMASCI

Segmentation:

- Age : 21-40 ans
- Niveau d'éducation : primaire
- milieu : urbain/rural

3. Objectif à long terme : D'ici la fin 2008, augmenter le pourcentage des femmes qui connaissent leur statut sérologique

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique : Promouvoir la responsabilisation du public cible pour qu'il adopte des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
Fréquenter les centres de CDV Faire son test Repartir chercher les résultats	Communication interpersonnelle Mobilisation /approche communautaire Communication mass média	-Organiser des causeries débat par les pairs éducateurs - Organiser des interventions CCC par les ONGs, les OBCs - Utiliser des canaux traditionnels/religieux pour promouvoir le dépistage - Organiser des campagnes d'information et de formation sur les avantages du dépistage - Promouvoir les centres de CDV - Produire et diffuser des spots, des débats télé et radio	Ligne verte Agences de communication MFFE Organisations féminines ONGs OBCs MLS ME/MSP MSSSH AIBEF Radio de proximité, ANADER, Radio rurale, REPMASCI

Segmentation:

- **Age : 15-40 ans**
 - **Niveau d'éducation : primaire**
 - **milieu : urbain/rural**
-

4. Objectif : D'ici 2008, augmenter le pourcentage de femmes économiquement autonomes

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-économique et politique			
Mettre sur pied un fonds d'aide Alléger les conditions d'accès aux fonds Soutenir les initiatives des femmes Renforcer la législation qui protège la femme Encourager la scolarisation de la petite fille	Plaidoyer	- Organiser des rencontres avec des autorités - promouvoir la création des AGR - Elaborer des supports de plaidoyers - Sensibiliser les parents à la scolarisation de la petite fille - Equiper les centres sociaux	- Mairie - Conseils généraux - MFFE - MSSSH - Partenaires au développement - ONGs - MEN

LES ENSEIGNANTS

Audience: Enseignants

Objectif long - terme :

* De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des enseignants qui utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels.

* De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des enseignants qui s'abstiennent d'avoir des rapports sexuels illégaux avec les personnels du secteur

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 1: Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
Utiliser systématiquement le condom	Communication mass média	Concevoir des messages éducatifs ciblant les enseignants	MEN,ONGs, MLS, Institutions
		Produire des spots publicitaires sur le port du préservatif	MEN,ONGs, MLS, Institutions, réseaux de média
		Produire des émissions (radio, TV)	MEN, RTI, MLS, Institutions, radio de proximité
		Diffuser les messages éducatifs	MEN,ONGs, MLS, Institutions radio de proximité
		Produire des supports éducatifs ciblant les enseignants	MEN,ONGs, MLS, Institutions
		Diffuser les supports dans les établissements scolaires	MEN,ONGs, MLS, Institutions
Diminuer le nombre de partenaires sexuels	Mobilisation des ONGs, des Comités de lutte et des Coordinations régionales (Mobilisation sociale)	Organiser des tournées de sensibilisation par directions régionales et dans les écoles	MEN, ONGs, MLS, Institutions
		Faire témoigner à visage découvert les PVVIH du secteur	MEN, ONGs, MLS
		Diffuser des informations sur l'ampleur de l'infection dans le secteur éducatif	MEN, MLS, MSP, Institutions
		Mobilisation des ONGs, des syndicats des Comités de lutte et des Coordinations régionales	
		Diffuser la politique interne du Ministère de l'Education en matière de lutte contre le sida auprès partenaires publics et privés	
	Education par les pairs	Harmoniser le contenu des messages ciblant les enseignants	MEN, MLS, ONGs, Institutions
		Renforcer les capacités des pairs éducateurs en CCC/D	MEN, MLS, ONGs, Institutions
		Elaborer un guide national de formation des pairs éducateurs	MEN, MLS, ONGs, Institutions

Faire le dépistage volontaire	Promotion du CDV	Organiser des tournées de sensibilisation sur le conseil et dépistage volontaire par direction régionale et dans les écoles	MEN, ONGs, MLS, institutions
		Concevoir des outils portant sur la promotion des CDV	MEN, ONGs, MLS, institutions
		Diffuser des informations sur les avantages du CDV	MEN, MLS, ONGs, Institutions
		Diffuser des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des ARV	MEN, MLS, ONGs, Institutions
		Faire un plaidoyer auprès des assureurs et de la MUGEFCI pour la prise en charge du traitement ARV	MEN, MLS, Institutions
		Faire subventionner par l'Etat le traitement des Infections Opportunistes	MEN, MLS
Diminuer les rapports sexuels avec les élèves	Communication mass média	Concevoir des messages éducatifs ciblant les enseignants, les autres personnels du secteur et les élèves	MEN, MLS, ONGs, Institutions
		Produire des spots publicitaires sur le caractère illégal du harcèlement sexuel entre subordonnés et supérieur hiérarchique	MEN, MLS, ONGs, Institutions
		Produire des émissions (radio, TV)	MEN, MLS, RTI, ONGs, Institutions
		Diffuser les messages éducatifs	MEN, MLS, RTI, Institutions
		Produire des supports éducatifs ciblant les enseignants, les autres personnels et les élèves	MEN, MLS, ONGs, Institutions
		Diffuser les supports dans les établissements scolaires ou le milieu éducatif	MEN, ONGs, Institutions

LES PVVIH

Audience :- PVVIH

Segmentation:

- Age..... 18-49 ans
- Education..... Lettrée / illettrée
- Milieux..... rural et urbain
- sexe..... Masculin / Féminin

Audience secondaire : - Partenaire/conjoint(e), enfants **affectés**, parents, amis, prestataires de services de **santé**, agents des services sociaux, accompagnateurs, leaders d'opinions

Objectif à long terme 1: D'ici 2008 amener 95% des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH.

Objectif à long terme 2 : D'ici 2008 amener 95% des PVVIH à fréquenter les centres accrédités de PEC

Objectif à long terme 3 : D'ici 2008 amener 95% des PVVIH à fréquenter les centres accrédités de PEC

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 1: Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
1)-Utiliser systématiquement et correctement les préservatifs 2)-Négocier et obtenir le port des préservatifs 3)-fréquenter les CDV et les CPEC 4)-Prendre correctement ses médicaments selon les prescriptions 5)-Fréquenter les centres PTME 6)-Amener son partenaire a se faire dépister 7)-Engagement des PVVIH à visage découvert	-Utilisation des mass media/médias communautaires -Education par les pairs -Marketing social des préservatifs -Mobilisation des ONGs, des OBCs, pour mener des interventions CCC -Mobilisation des Leaders Communautaires	-Produire et diffuser des spots publicitaires. -Produire des supports (affiche, boite a image, dépliant, K7 A/V) -Projeter des films dans les centres PTME -Organiser et ou participer a des debats nationaux, des conférences, causeries sur le VIH -Développer des campagnes communautaires utilisant une approche multi-média -Former des pairs éducateurs -Réaliser des séances de sensibilisation par les leaders communautaires	RTI, Radio de proximité, Radio rurale, PSI/AIMAS, les ONGs, Association des PVVIH, MLS, MSP, Alliance des Maires
Axe stratégique 2 : Promouvoir la prise en charge efficace, les soins et l'observance aux traitements			
1)-Fréquenter les centres de prises en charge 2)-Adhérer aux traitements ARVs 3)- Observance aux traitements 4)-Fréquenter les centres de PTME	-Implication des travailleurs communautaires dans les centres de prise en charge -Promotion des centres de PTME	-Identifier et recenser les ONGs ou associations de lutte contre le VIH/SIDA -Faire la promotion des CDV et des Centres accrédités de Prise en Charge -Appui aux associations a base communautaire pour l'enrôlement des PVVIH -Faire l'événementiel par les sketches, le théâtre	Alliance des Maires, MLS, Conseil général MSP, RIP+ RTI, PNPEC, PMI, AIBF, DAV

Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-politique – lutter contre la stigmatisation et la discrimination - promouvoir l'inclusion sociale			
<p>1)-Prendre des dispositions juridiques protégeant les droits et les devoirs des PVVIH.</p> <p>2)-Soutenir les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH/SIDA</p> <p>3)-Améliorer la qualité des prestations des services offerts aux PVVIH.</p> <p>4)-Apporter un soutien psychosocial aux PVVIH</p>	<p>Sensibilisation à la compassion pour la réduction de la stigmatisation</p> <p>Information/sensibilisation sur les PEC et les ONGs</p> <p>-Renforcement des capacités des prestataires de services de santé</p> <p>-Organisation des groupes</p>	<p>Visite à domicile</p> <p>-Témoignage à visage découvert dans le foyer, la famille et la communauté</p> <p>-Scène de vie des PVVIH dans les médias et dans la presse</p> <p>Tenir des fora communautaires, à la radio, des articles réguliers sur le SIDA</p> <p>-Former les prestataires des services de santé</p> <p>-Confectionner et diffuser des prospectus</p> <p>-Promouvoir les CPEC existants</p>	<p>Les partenaires, les prestataires de santé, RIP+, Les ONGs de prise en charge, les agents des services sociaux, les accompagnateurs, les personnes affectées</p>

LES ORPHELINS ENFANTS VULNERABLES

Audience secondaire: La communauté (Les leaders d'opinions, parents, tuteurs/accompagnateurs, agents des services sociaux, famille...)

Objectif a long-terme : D'ici 2008 amener 70% de leaders d'opinions à soutenir les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination relative aux OEV

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-politique – lutter contre la stigmatisation et la discrimination - promouvoir l'inclusion sociale			
1)-Apporter le soutien nécessaire aux OEV	-Plaidoyer -Mobilisation sociale	-Constituer des groupes de soutien -Elaborer une plaquette de plaidoyer -Organiser des conférences, des débats a l' Assemblée Nationale -Réaliser des émissions radio télé	UNICEF, Ministères concernés, ONG et association, les institutions religieuses, PNOEV...
2)- Prendre des dispositions juridiques protégeant les droits et les devoirs des OEV	-Renforcement du partenariat	-Renforcer les visites dans les familles d'accueil	
3)-Favoriser la création des centres de PEC			

LES HOMMES EN UNIFORME

Audience: Les Hommes et Femmes en arme.

Segmentation :

- **age** : 18 à 35 ans
- **niveau d'instruction** : primaire ou secondaire
- **milieu** : urbain et rural
- **sexe** : masculin ou féminin

Objectif à long-terme : - D'ici 2008, augmenter le pourcentage des hommes et des femmes en arme qui se font dépister volontairement
 - D'ici 2008, augmenter le pourcentage des hommes et des femmes en arme qui utilisent correctement et systématiquement le préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels.

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 1: Promouvoir la responsabilisation des hommes en arme pour qu'ils adoptent des comportements de prévention réduisant la transmission du VIH			
Utiliser correctement et systématiquement le préservatif	Utilisation des mass media/médias communautaires	Réaliser et diffuser des spots publicitaires sur l'usage préservatif Animer des émissions radio et Télé Installer des points de vente de préservatifs dans les infirmeries d'unités et les autres formations sanitaires militaires	- Ministère de la Communication - Ministère de la Défense - SIPA (Service Information Presse des Armées) - AIMAS - PSI - RTI - University Johns Hopkins (Baltimore) - Projet RETRO-CI
Se présenter dans les infirmeries d'unités dès la reconnaissance des premiers signes d'IST	Marketing Social des préservatifs Education par les Pairs Mobilisation sociale	Organiser des campagnes de sensibilisation de masse dans les unités et sur la ligne de front Organiser des séances de causeries et de counselling, des séminaires et des conférences Elaborer une politique de lutte contre le VIH/SIDA	- Ministère de la Défense - MSP/PNPEC - MLS (DMS) - Orange TM - ONGs du secteur
Fréquenter les CDV (Se faire dépister volontairement et de manière précoce	Plaidoyer pour la création et la promotion des CDV dans les autres régions militaires Implication des PVVIH dans les campagnes de sensibilisation de masse	Sensibiliser les autorités militaires pour la création de nouveaux CDV dans les autres régions militaires Créer des réseaux de communication entre les Forces Organiser des séances de	

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
		Témoignages des PVVIH	
Axe stratégique 2 : Promouvoir la prise en charge efficace, les soins et l'observance aux traitements			
Offrir des prestations de qualité dans les infirmeries d'unité et les hôpitaux militaires	Renforcement des compétences des prestataires	Organiser des séances de formation en CIPC/Counselling de prévention Faire des visites de supervision	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Défense - ONGs des PVVIH (Pompon Rouge, Espoir FANCI, Glaive Bleu) - OBCs, ABCs du secteur
Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-politique, lutter contre la stigmatisation et la discrimination, promouvoir l'inclusion sociale			
Engagement des personnes en arme dans la lutte contre le VIH/SIDA : Inclusion des PVVIH	Plaidoyer	Témoignages des hommes en arme PVVIH Organiser des rencontres avec la hiérarchie militaire Organiser des projections de films et des débats dans les unités et sur la ligne de front Mener des démarches pour obtenir des temps d'antenne avec les médias	<ul style="list-style-type: none"> - MLS/DMS - Ministère de la Défense - ONGs des PVVIH (Pompon Rouge, Espoir FANCI, Glaive Bleu) - OBCs, ABCs du secteur

LES ROUTIERS ET CAMIONNEURS

Segmentation:

- Age : 16 à 50 ans
- Niveau d'instruction : primaire ou secondaire
- Milieu : urbain et rural
- Sexe : masculin.

Objectif à long-terme: - D'ici 2008, augmenter le pourcentage de routiers et camionneurs utilisant correctement et systématiquement le préservatif
 - D'ici 2008, augmente le pourcentage de routiers et camionneurs qui connaissent les CDV et les structures de PEC.

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 1: Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention réduisant la transmission du VIH			
Eviter le multi partenariat Se faire dépister volontairement et de manière précoce Visiter les centres de santé dès les premiers signes d'IST Utiliser correctement et systématiquement le préservatif	Utilisation des mass media/médias communautaires Marketing Social Education par les Pairs	Réaliser et diffuser des spots publicitaires Animer des émissions radio et Télé Installer des points de vente de préservatifs dans les gares routières Organiser des séances de causeries et de counselling, et des séminaires Elaborer, actualiser et vulgariser la cartographie des CDV	- MLS - MSP - AIMAS - PSI - AIBEF - ONGs (OIL-PST, FRETANI, CHARTE) du secteur - Restaurateurs - Gérants d'Hôtel - Propriétaires des auto-écoles - CNTG - Gérants des Stations d'essence
Axe stratégique 2 : Améliorer l'environnement socio-politique, lutter contre la stigmatisation et la discrimination, promouvoir l'inclusion sociale			
Soutenir les PVVIH des routiers et camionneurs Engagement des syndicats des Transporteurs dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination : Inclure les PVVIH des routiers et camionneurs dans la vie des syndicats et des ONGs	Plaidoyer Mobilisation sociale	Organiser des rencontres avec le Ministère du Transport Organiser des projections de films et des débats (méthode participative) dans les gares routières Créer des centres d'information et d'écoute dans les gares routières	- Ministère du Transport - Syndicats des Transporteurs - ONGs (OIL-PST, Fretani, Charte...)

LES PROFESSIONNELLES DU SEXE

Audience: Professionnelles du sexe

Segmentation:

- age : 15-35 ans
- éducation : primaire
- milieu : rural / urbain

1. Objectif à long terme : D'ici 2008, 99% des professionnelles du sexe utilisent systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique : Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
<p>Négocier et obtenir le port du préservatif masculin</p> <p>Utiliser systématiquement et correctement le préservatif féminin avec des partenaires réguliers ou/et irréguliers</p>	<p>Communication interpersonnelle</p> <p>Mobilisation /approche communautaire</p>	<p>-Organiser des causeries débat par les pairs éducateurs</p> <p>- Démontrer le port du préservatif</p> <p>- Organiser des interventions CCC par les ONGs, les OBCs</p> <p>- Organiser des campagnes d'information et de formation</p>	<p>ONGs</p> <p>MLS</p>

Segmentation:

- **age : 15-35 ans**
- **éducation : primaire**
- **milieu : rural / urbain**

2. Objectif à long terme : D'ici la fin 2008, augmenter le pourcentage des PS qui connaissent leur statut sérologique

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique : Promouvoir la responsabilisation des publics cibles pour qu'ils adoptent des comportements de prévention limitant la transmission du VIH			
Fréquenter les centres de CDV Faire son test Repartir chercher les résultats	Communication interpersonnelle Mobilisation /approche communautaire	-Organiser des causeries débat par les pairs éducateurs - Organiser des interventions CCC par les ONGs, les OBCs - Utiliser des canaux traditionnels/religieux pour promouvoir le dépistage - Organiser des campagnes d'information et de formation sur les avantages du dépistage - Promouvoir les centres de CDV	ONGs MLS AIBEF

Segmentation:

- **age : 15-35 ans**
- **éducation : primaire**
- **milieu : rural / urbain**

3. Objectif : D'ici 2008, augmenter le pourcentage des professionnelles du sexe qui se sont reconverties **aux activités génératrices de revenus**

COMPORTEMENTS RECHERCHES	STRATEGIES	ACTIVITES	PARTENAIRES
Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-économique et politique			
S'engager dans la reconversion des PS Mettre sur pied un fonds d'aide Alléger les conditions d'accès aux fonds	Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des rencontres avec des autorités - promouvoir la création des AGR - Elaborer des supports de plaidoyers - Equiper les centres sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Mairie - Conseils généraux - MFFE - MSSSH - Partenaires au développement - ONGs - MEN - Réseaux des PS

LES JOURNALISTES/ PATRONS DE PRESSE

Objectifs à Long terme : - D'ici 2008, augmenter le nombre des médias qui participent à la promotion de la lutte contre le VIH/SIDA

Comportements Recherchés	Stratégies	Activités	Partenaires
Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-économique et politique			
1. Faciliter l'accès des médias aux acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA,	Plaidoyer auprès des responsables de mass média	Rencontres et réunions de sensibilisation et d'information	MLS, MEMC, MEMSP Association et Réseaux de média (REPMASCI, CFMS)
2. Rechercher et diffuser des informations correctes sur le VIH/SIDA	Formation	Ateliers de formation sur le VIH/SIDA Atelier de formation à la recherche de source documentaire sur le VIH/SIDA	MLS, MEMC, MEMSP Association et Réseaux de média (REPMASCI, CFMS) RIP+
3. Renforcer la production d'émissions et d'articles spécialisés dans la presse écrite et audiovisuelle	Plaidoyer Sensibilisation	Production et animation d'émissions et articles spécialisés sur le VIH/SIDA Production de bulletin spécialisé sur le VIH/SIDA	MLS, Entreprises et bailleurs de fonds, REPMASCI, RIP+
4. S'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA pour un environnement sociopolitique favorable	Plaidoyer	Institution d'un prix annuel pour récompenser les meilleurs journalistes engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA Institution d'un système de motivation/récompense pour les meilleurs journalistes (stages, voyages d'études)	MLS, MEMC, MEMSP Association et Réseaux de média (REPMASCI, CFMS), Entreprises, et institution bailleuses de fonds

LES LEADERS RELIGIEUX

Objectifs à Long terme : : D'ici 2008, augmenter le pourcentage des leaders religieux impliqués dans la lutte contre les VIH/SIDA

Comportements Recherchés	Stratégies	Activités	Partenaires
Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-économique et politique			
<p>Engagement des leaders religieux dans la lutte contre la propagation du VIH/SIDA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lutte contre la discrimination et la stigmatisation envers les PVVIH ● Soutien à l'endroit des familles des PVVIH et des OEV ● Encouragement au dépistage volontaire des fidèles ● Encouragement des comportements de prévention : abstinence et réduction des partenaires 	<p>Plaidoyer/ Information Formation/Renforcement des capacités</p> <p>Sensibilisation de proximité</p> <p>Communication interpersonnelle</p>	<p>Rencontres et réunions de sensibilisation, causeries débats, conférences</p> <p>Séminaires de formation en PEC psychosociale et spirituelles des PVVIH</p> <p>organisation d'actions de proximité (Visites à Domicile) à l'endroit des fidèles et des PVVIH</p> <p>Emissions radiodiffusées sur les antennes des Radios confessionnelles</p> <p>Sermons, prêches et homélies évoquant les thèmes de VIH/SIDA</p> <p>Mise en place comités de lutte contre le SIDA au sein des quartiers</p> <p>Regroupement en organisations interconfessionnelles de lutte contre le VIH/SIDA</p> <p>Causeries/counselling/ sensibilisation impliquant les techniciens de santé dans la lieux de culte Sensibilisation à la création de Groupe de soutien Composition de chorales et cantiques de sensibilisation contre le VIH/SIDA Projection de films Formation de conseillers communautaires et de pairs éducateurs</p>	<p>Ministère des cultes MLS ONGs religieuses et de PVVIH Forum national des confessions religieuses Media confessionnelles</p>

LES AUTORITES POLITIQUES

OBJECTIF A LONG TERME : : D'ici 2008, augmenter le pourcentage des autorités politiques engagées dans la lutte contre les VIH/SIDA

Comportements Recherchés	Stratégies	Activités	Partenaires
Axe stratégique 3 : Améliorer l'environnement socio-économique et politique			
1- Prise de position publique des décideurs politiques contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH	Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> - Témoignage public d'autorité infectée ou affectée par le VIH/SIDA - Participer et soutenir des campagnes de sensibilisation à la lutte contre le VIH/SIDA - Création de supports médias incluant autorités politiques et PVVIH 	Institution de la République, MLS, MEMC, MEMSP, MEMAT Association et Réseaux de média (REPMASCI, CFMS), UVICOCI, ADDCI (Conseils généraux)
2- Créer un cadre juridique favorable à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH	Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres de sensibilisation des autorités politiques - Projet/ Proposition de loi pour lutter contre le VIH/SIDA - Débats parlementaires - Vote et promulgation de lois en faveur des PVVIH 	Institution de la République, MLS, MEMC, MEMSP, MEMAT Association et Réseaux de média (REPMASCI, CFMS), UVICOCI, ADDCI (Conseils généraux)

TABLEAU RECAPITULATIF DES PUBLICS CIBLES PRIORITAIRES

PUBLICS CIBLES PRIORITAIRES	COMPORTEMENTS RECHERCHES	OBJECTIFS PRIORITAIRES	STRATEGIES PRIORITAIRES	PARTENAIRES PRIORITAIRES
LES JEUNES	Utiliser systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels . Pratiquer AB (Abstinence, Bien fidèle,) Réduire le nombre des partenaires	1. De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des jeunes sexuellement actifs qui utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. 2. De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des jeunes (13-18 ANS) qui pratiquent l'abstinence et la fidélité	Communication mass media (radio, TV, Presse écrite,) Education par les pairs Approche divertir pour éduquer	MEN, MLS, ONGs, réseaux, Institutions, syndicats d'enseignants, associations d'élèves et étudiants, REPMASCI
LES FEMMES	Négocier et obtenir le port du préservatif masculin Utiliser systématiquement et correctement le préservatif féminin Faire le test de dépistage	1 .D'ici la fin 2008, 50 % de femmes utilisent systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels 2.D'ici la fin 2008, augmenter le pourcentage des femmes qui connaissent leur statut sérologique	Communication interpersonnelle Mobilisation /approche communautaire Communication mass média	Agences de communication MFFE Organisations féminines ONGs, OBCs, MLS ME/MSP, MSSSH, AIBEF
LES ENSEIGNANTS	Utiliser systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels Diminuer le nombre de partenaires sexuels Diminuer le nombre de rapports sexuels avec les élèves Faire le dépistage volontaire	1 De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des enseignants qui utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. 2. De 2005 à 2008, augmenter le pourcentage des enseignants qui s'abstiennent d'avoir des rapports sexuels illégaux avec les personnels du secteur	Mobilisation sociale Education par les pairs Communication mass média	MEN, ONGs, MLS, Institutions radio de proximité, syndicats et mutuelles d'enseignants
LES PVVIH	Utiliser systématiquement et correctement les préservatifs Négocier et obtenir le port des préservatifs	1. D'ici 2008 amener 95% des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH. 2. D'ici 2008 amener 95% des PVVIH à fréquenter les centres accrédités de PEC	Utilisation des mass media/médias communautaires -Education par les pairs	RTI, Radio de proximité, Radio rurale, PSI/AIMAS, les ONGs, Association des PVVIH, MLS, MSP, Alliance des Maires

PUBLICS CIBLES PRIORITAIRES	COMPORTEMENTS RECHERCHES	OBJECTIFS PRIORITAIRES	STRATEGIES PRIORITAIRES	PARTENAIRES PRIORITAIRES
	<p>Fréquenter les CDV et les CPEC</p> <p>Prendre correctement ses médicaments selon les prescriptions</p> <p>Fréquenter les centres PTME</p> <p>Amener leur partenaire a se faire dépister</p> <p>Engagement des PVVIH à visage découvert</p> <p>Fréquenter les centres de prises en charge</p> <p>Adhérer aux traitements ARVs</p> <p>Observance aux traitements</p> <p>Soutenir les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH/SIDA</p>	<p>D'ici 2008 amener 95% des PVVIH à fréquenter les centres accrédités de PEC</p>	<p>-Marketing social des préservatifs</p> <p>-Mobilisation des ONGs, des OBCs, pour mener des interventions CCC</p> <p>-Mobilisation des Leaders Communautaires</p>	
LES HOMMES EN UNIFORME	<p>Utiliser correctement et systématiquement le préservatif</p> <p>Se présenter dans les infirmeries d'unités dès la reconnaissance des premiers signes d'IST</p> <p>Fréquenter les CDV (Se faire dépister volontairement et de manière précoce</p> <p>Engagement des personnes en arme dans la lutte contre le VIH/SIDA : Inclusion des PVVIH</p>	<p>D'ici 2008, augmenter le pourcentage des hommes et des femmes en arme qui se font dépister volontairement</p> <p>D'ici 2008, augmenter le pourcentage des hommes et des femmes en arme qui utilisent correctement et systématiquement le préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels</p>	<p>Utilisation des mass media/médias communautaires</p> <p>Marketing Social des préservatifs</p> <p>Education par les Pairs</p> <p>Mobilisation sociale</p> <p>Plaidoyer pour la création et la promotion des CDV dans les autres régions militaires</p>	<p>MLS/DMS</p> <p>Ministère de la Défense</p> <p>ONGs des PVVIH (Pompon Rouge, Espoir FANCI, Glaive Bleu)</p> <p>OBCs, ABCs du secteur</p>
LES ROUTIERS ET CAMIONNEURS	<p>Eviter le multi partenariat</p> <p>Se faire dépister volontairement et de manière précoce</p> <p>Visiter les centres de santé dès les premiers signes d'IST</p> <p>Utiliser correctement et systématiquement le préservatif</p>	<p>D'ici 2008, augmenter le pourcentage de routiers et camionneurs utilisant correctement et systématiquement le préservatif</p> <p>D'ici 2008, augmente le pourcentage de routiers et camionneurs qui connaissent les CDV et les structures de PEC.</p>	<p>Utilisation des mass media/médias communautaires</p> <p>Marketing Social</p> <p>Education par les Pairs</p>	<p>MLS, MSP, AIMAS, PSI</p> <p>AIBEF, ONGs (OIL-PST, FRETANI, CHARTE) du secteur</p> <p>Ministère du Transport</p> <p>Syndicats des Transporteurs</p>

PUBLICS CIBLES PRIORITAIRES	COMPORTEMENTS RECHERCHES	OBJECTIFS PRIORITAIRES	STRATEGIES PRIORITAIRES	PARTENAIRES PRIORITAIRES
LES PROFESSIONNELLES DU SEXE	<p>Négocier et obtenir le port du préservatif masculin</p> <p>Utiliser systématiquement et correctement le préservatif féminin avec des partenaires réguliers ou/et irréguliers</p> <p>Se faire dépister</p>	<p>D'ici 2008, 99% des professionnelles du sexe utilisent systématiquement et correctement le préservatif lors des rapports sexuels</p> <p>D'ici la fin 2008, augmenter le pourcentage des PS qui connaissent leur statut sérologique</p>	<p>Communication interpersonnelle</p> <p>Education par les pairs</p>	<p>MLS, O CONFIANCE, AIBEF, AYMAS, PSI</p>

CHAPITRE 5 : MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE

Ce chapitre propose des recommandations afin d'assurer une synergie dans la gestion, la planification et l'exécution des interventions en communication du Ministère de la Lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire. Plus spécifiquement, il comporte les points suivants :

- 1) Exécution**
- 2) Cadre de gestion et de coordination**
 - a. Rôles et responsabilités des acteurs dans la mise en œuvre de la stratégie
 - b. Principes directeurs
- 3) Suivi et évaluation**

Tout au long du processus de la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le changement de comportement, le Groupe Technique CCC (GTC) assurera l'appui technique nécessaire au Ministère de la Lutte contre le SIDA pour une meilleure coordination.

5.1 Exécution

Les facteurs influençant la mise en œuvre de la stratégie de communication sont les suivants

- **La Décentralisation des activités.**

La réponse nationale indispensable à l'inflexion de la tendance du VIH nécessite une décentralisation des niveaux de renforcement des capacités en communication. Les comités décentralisés doivent avoir les capacités à valoriser les ressources humaines d'exécution des interventions de la lutte initiées jusque dans les villages.
- **La Coordination Multisectorielle**

Les interventions de communication en matière de VIH/SIDA initiées dans les différents secteurs doivent être approuvées, contrôlées et évaluées par le service de l'IEC/CCC du Ministère de la Lutte contre le SIDA.
- Le Forum des Acteurs Terrain (FAT) sera chargé de la capitalisation des pratiques; tandis que le Groupe Technique CCC assure les études relatives à la diffusion des bonnes pratiques.
- **La Coordination et renforcement au niveau des centres socio-sanitaires**

Les offres de service de qualité assurent une meilleure promotion de la prévention à l'infection à VIH. Le personnel des centres socio-sanitaires doivent être en communication par les formateurs de leurs niveaux. Et la coordination des activités assurée par la structure d'encadrement de référence.
- **L' utilisation d'indicateurs communs**

Les organisations sont encouragées à utiliser les mêmes indicateurs pour mesurer le progrès de leurs interventions sur le terrain.
- **La Faible capacité en communication**

Les capacités en communication des partenaires d'exécution (ONGs d'exécution, prestataires socio-sanitaires, pairs éducateurs) doivent être renforcées avec l'appui des ONGs d'encadrement (ou ONGs intermédiaires).
- **La Participation et habilitation des communautés**

La participation des groupes cibles infectés et affectés dans l'élaboration et l'exécution des interventions de communication et le renforcement de leurs capacités locales contribuera à les valoriser pour qu'ils se prennent en charge.

5.2. Cadre de Gestion et de Coordination

- **Le MLS** , créé en 2001 assure la coordination de toutes les activités de lutte contre le SIDA en Cote d'Ivoire et le suivi de la politique du gouvernement et la mise en œuvre de la réponse multi sectorielle.
- **Le Conseil national de Lutte contre le SIDA (CNLS)**
- **Le Comité interministériel de Lutte cotre le Sida en Côte d'Ivoire (CIMLS)**
- **Le Comité multipartite et du partenariat (CMP)**
- **Les Comités sectoriels de lutte contre le SIDA (CSLS)**
- **Les Comités régionaux, départementaux, communaux et villageois de lutte contre le SIDA(CRLS)**

5.2.1 ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE

Une coordination multisectorielle efficace est un pré-requis pour assurer l'exécution de la stratégie CCC. Une meilleure coordination des interventions permettra aux partenaires de ne pas dupliquer les activités, de mieux toucher les publics bénéficiaires, d'éviter les messages contradictoires, de rationaliser l'utilisation du matériel et d'assurer une forte couverture géographique des lieux de comportements à haut risque.

Secteurs et Acteurs concernés	Missions
Ministère de la Lutte contre le SIDA	-Mobilisation communautaire et sociale- -Mobilisation des ressources- Coordination, suivi et évaluation de toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA en CI
GTCCC VIH /SIDA	_ Appui au MLS dans l'élaboration et la coordination du plan d'action prioritaire issu de la stratégie nationale de communication VIH/SIDA ; _ Appui au MLS dans la planification, mise en œuvre et suivi des interventions de communication VIH/SIDA ;
Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population	- Prise en charge thérapeutique (PNPEC), PTME, mise en œuvre d'une politique sectorielle de la lutte contre le SIDA, - Promotion du traitement ARV
CNLS (Conseil national de Lutte contre le SIDA)	- Mobilise la Nation en vue de son implication dans la lutte contre le SIDA à travers la détermination des orientations de la politique globale de lutte contre le SIDA, de la mise en place d'un fonds national pour la lutte contre le sida et l'appréciation des résultats de cette lutte
CIMLS (Comité interministériel de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire)	- Chargé du suivi, de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles de lutte contre le VIH/SIDA
Ministère d'Etat, Ministère de la communication	- Information et vulgarisation des messages de santé auprès des populations concernées - Promotion de la lutte contre le VIH/SIDA
Ministère de l'Education	- Intégration de l'information et de l'éducation en matière de SIDA dès le préscolaire -
Ministère de la Solidarité, de la sécurité sociale et des handicapés	- Promotion des actions d'assistance et de soutien aux OEV
Ministère de la fonction publique et de l'emploi	- Protection des travailleurs, notamment ceux atteints de l'infection à VIH/SIDA

Secteurs et Acteurs concernés	Missions
Ministère des droits de l'homme	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et mise en œuvre d'une politique d'assistance juridique en vue de la protection et de la défense des droits des malades du VIH/SIDA
Agences d'exécution du secteur public	<ul style="list-style-type: none"> - CCC pour les employés des différentes agences du secteur public, notamment les fonctionnaires et agents administratifs) - Promotion de l'utilisation des moyens de prévention y compris le préservatif - Promotion du dépistage et des CDV - PEC des PVVIH
Leaders politiques	<ul style="list-style-type: none"> - Implication dans les activités de communication Appui aux interventions des communautés résidentes et des groupes vulnérables
Leaders communautaires, religieux, Chefs traditionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Implication dans les activités de communication - Appui aux PVVIH dans les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination
Agences d'exécution privées (Organisations de la société civile, Associations, ONGs et le secteur privé)	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation et habilitation des populations cibles à répondre aux problèmes liés au VIH/SIDA - Campagnes CCC pour différents groupes cibles prioritaires (- Promotion de l'utilisation des moyens de prévention y compris les préservatifs féminins et masculins - Promotion du dépistage et des CDV - Services/activités communautaires de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA - Appui aux familles affectées (y compris activités génératrices de revenus) -
ONGs, Associations, OBCs, OSCs, populations bénéficiaires, groupes communautaires/groupes vulnérables, Organisations de PVVIH,	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des membres des communautés pour les amener à se structurer, se regrouper en associations et élaborer des plans d'actions communautaires - Exécution d'initiatives communautaires de lutte contre le VIH/SIDA - Campagnes d'information auprès des communautés, des familles pour lutter contre la stigmatisation
Bailleurs de Fonds	<ul style="list-style-type: none"> -Appui technique et financier

5.2. 2 Principes directeurs et opérationnels

Ils guident le fonctionnement des acteurs sur le terrain :

- Harmonisation des messages et matériels
- Accent sur la participation communautaire des publics prioritaires
- Utilisation des canaux non traditionnels de prestations de services
- Renforcement de la capacité en CCC des prestataires traditionnels et non traditionnels
- Lutte contre la stigmatisation et discrimination des populations vulnérables (Orphelins et enfants vulnérables)
- Utiliser une approche multi media pour toucher les publics vulnérables (Selon spécificité des groupes cibles)
- Fonder les interventions sur les données de recherche qualitative et quantitative
- Implication plus accrue des autorités religieuses (influençant les prises de décision) dans la planification et la coordination des interventions
- Répondre aux besoins spécifiques des populations rurales
- Associer les personnes vivant avec le VIH dans la mobilisation des communautés, la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des interventions
- Veiller au respect du genre, des droits de l'homme, lutter contre toute forme de discrimination et de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou d'autres groupes (hommes ayant des rapports avec d'autres hommes)
- Adresser systématiquement les questions de vulnérabilité socio-économique
- Faire le lien entre la prévention, les soins, le soutien et le traitement.

5.3 Suivi et Evaluation (S&E)

Le plan de S&E doit être développé par une approche participative étant donnée l'implication de différents partenaires.

Une méthodologie rapide sera développée pour suivre et évaluer l'impact des différentes interventions. Les données et résultats de recherche qualitative doivent être utilisées pour développer et pré-tester les messages et matériels de communication.

Il y a aussi des principes directeurs qui s'appliquent au suivi et à l'évaluation des activités CCC visant à l'amélioration des interventions de communication à tous les niveaux. On peut en souligner quatre :

- Former les bénéficiaires locaux en recherche qualitative, particulièrement le pré-test. Trop souvent cette étape n'apparaît pas par manque de temps ou de ressources financières bien qu'elle soit d'une importance capitale. Aucun matériel (ni matière imprimée, ni radio, ni des pièces de théâtre) ne devrait être introduit au public bénéficiaire avant d'être pré-testé
- Conduire des analyses qualitatives systématiques avant l'élaboration des messages et des matériels CCC
- Parfaire les indicateurs du processus et d'impact afin de suivre avec efficacité les interventions auprès des structures de santé et les activités de mobilisation communautaires (manuel de S & E)
- Instaurer avec l'appui des ONG d'encadrement la supervision formative
- Elaborer un système pour la dissémination systématique des résultats des recherches conduites.

La composition des équipes de supervision devrait être multisectorielle. L'utilisation par les équipes de supervision des ressources des partenaires, en particulier des partenaires bilatéraux et autres parties prenantes) est fortement recommandée.

5.4 Pérennisation

La pérennisation de la stratégie de communication dépend en grande partie de la participation effective des populations bénéficiaires à déterminer leurs priorités. Pour assurer cette pérennisation la stratégie propose les actions suivantes :

- ✓ Une collaboration plus accrue des organisations de la société civile –dont les organisations de PVVIH- et des associations communautaires à la base dans la planification
- ✓ Un renforcement des capacités des organisations de la société civile à exécuter les projets
- ✓ Une implication des bénéficiaires dans la préparation et le développement des activités de communication
- ✓ Une habilitation des groupes vulnérables

- ✓ Un engagement et un appui constants des autorités politiques.

ANNEXES

- 1.** Glossaire
- 2.** Les Trois Principes Directeurs
- 3.** Liste des participants aux différents ateliers d'élaboration de la stratégie

GLOSSAIRE

La Communication pour un Changement de Comportements (CCC)

Succédant au concept IEC (Information, Education et Communication), la Communication pour un Changement de Comportements (CCC) vise à amener des individus, des groupes ou une population à adopter, maintenir ou changer volontairement une attitude et un comportement en vue de l'amélioration de la qualité de vie au plan individuel ou collectif. La CCC combine un ensemble d'interventions comportant la communication interpersonnelle, le counselling, les mass médias, les approches de participation communautaire qui tiennent compte des valeurs, du contexte et des relations existant entre les membres d'une communauté.

L'Initiative 3 X 5

Il s'agit de la stratégie "3X5" de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'ONUSIDA visant à fournir un traitement aux antirétroviraux à trois millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) dans les pays en voie de développement d'ici 2005

Le Plaidoyer

Le plaidoyer vise à obtenir l'engagement politique et influencer les politiques, stratégies et programmes afin de maintenir des attitudes positives sur des thèmes prioritaires ayant trait à l'accès, la qualité et l'équité des services et traitements. Il aide également à mobiliser les ressources et services dans l'exécution des programmes.

La Mobilisation Communautaire

La mobilisation communautaire est un processus qui vise à rallier à l'action, les membres d'une communauté afin de réaliser un but social commun à travers les efforts et les contributions de tous et cela au moindre coût. Ce processus est planifié, exécuté et évalué par des individus, des groupes de la communauté de manière participative et constante afin de remédier au problème posé.

La Participation Communautaire

La participation communautaire consiste à amener une communauté, grâce à la communication, à prendre conscience du fait qu'elle dispose de ressources nécessaires pour réaliser une action de développement et à s'impliquer dans sa planification, son exécution et son évaluation. L'appui extérieur peut être nécessaire mais il doit contribuer à l'autonomie de la communauté et l'amener à terme à l'auto-développement.

Le Marketing social

Le marketing social est un ensemble de techniques issues du marketing commercial, utilisées pour persuader une population à adopter une idée, une pratique ou un produit sans que la visée commerciale ne soit la motivation principale. Le marketing social permet ainsi de provoquer un changement de comportement chez une personne cible par la persuasion.

Les trois principes directeurs

"Coordination des ripostes nationales au VIH/SIDA"

Principes directeurs à l'intention des autorités nationales et de leurs partenaires

Introduction

La pandémie du VIH/SIDA est une situation d'urgence planétaire puisque huit mille personnes perdent la vie chaque jour, et que des dizaines de millions d'autres vies sont menacées, alors que l'infection continue de se propager dans le monde.

Pour que les nouvelles ressources, quoique limitées, soient utilisées au mieux pour riposter aux besoins des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et de ceux qui risquent de contracter cette infection, il faudra amplifier au maximum la coordination des actions entreprises au sein de la communauté internationale.

Pour exploiter ces ressources et produire l'effet maximal sur la riposte mondiale au SIDA, toutes les parties prenantes doivent s'efforcer de cibler leurs programmes relatifs sur les besoins prioritaires des pays touchés, tout en cherchant à éviter de mettre en place des activités déjà en cours par ailleurs.

Réunion de l'ICASA et action complémentaire ICASA

Lors de la Conférence internationale sur le SIDA et les IST en Afrique (ICASA) qui s'est déroulée en septembre 2003 à Nairobi (Kenya), les représentants officiels des organismes de coordination nationale et des ministères concernés des pays africains, des principaux organismes de financement, des institutions multilatérales et bilatérales, des ONG et du secteur privé se sont réunis pour une consultation ayant pour but d'examiner les principes d'une coordination au niveau national de la riposte au VIH/SIDA.

Ces principes ont été définis à l'issue d'un processus de préparation qui s'est déroulé aux niveaux mondial et national sous les auspices de l'ONUSIDA en coopération avec la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, pour être ensuite perfectionnés au cours d'un dialogue avec d'autres importants partenaires bailleurs de fonds.

Il est apparu à tous que la diversité croissante des mécanismes de financement et des partenariats visant une action contre le VIH/SIDA présentait une variété d'opportunités et de défis. Les participants ont souligné qu'il fallait préciser davantage les rôles et les liens au sein de cette diversité, et insister sur l'urgence d'une action à l'échelon local et sur la présence indispensable d'un environnement politique favorable.

Un solide consensus a été obtenu sur trois principes applicables à toutes les parties prenantes de la riposte au VIH/SIDA à l'échelon pays :

- **Un** cadre d'action contre le VIH/SIDA dans lequel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires.
- **Un** organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA à représentation large et multisectorielle.
- **Un** système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

A partir de ces trois axes de réflexion, il est possible d'utiliser tout un ensemble de moyens pour rassembler des entités, partenariats et mécanismes de financement autonomes au sein d'une action concertée.

Bien qu'il ne s'agisse pas de prescrire des normes ou des modèles applicables à tous, un consensus s'est établi sur plusieurs principes directeurs essentiels applicables par les autorités nationales et leurs partenaires.

Ces principes sont présentés aux pays en tant que point de départ de l'optimisation des rôles et des liens pour la lutte contre le VIH/SIDA.

PREMIER PRINCIPE

Un cadre d'action contre le VIH/SIDA, dans lequel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires

- Un cadre d'action contre le VIH/SIDA commun à tous et accepté par tous constitue l'élément fondamental de la coordination entre les partenariats et les mécanismes de financements, et du fonctionnement efficace d'un organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA.
Pour établir un tel cadre, il faut :
 - o **des priorités**
pour définir avec précision l'affectation des ressources et l'attribution des responsabilités, de sorte qu'il soit possible d'établir des liens entre les priorités, les flux de ressources et les effets/résultats.
 - o **des examens et des consultations :**
des systèmes permettant d'effectuer régulièrement ensemble des examens et des consultations relatifs au déroulement des activités impliquant tous les partenaires.
 - o **une volonté de coordination :**
les organismes d'appui extérieur s'engagent à coordonner leur action au sein du cadre d'action et conformément à leurs propres missions.
 - o **des liens**
reconnaissant les rapports qui existent entre le cadre d'action contre le VIH/SIDA et les cadres d'action concernant la réduction de la pauvreté et le développement, ainsi que les accords de partenariats pertinents.
 - o **un cadre pour la gestion du partenariat secteur public/privé dans la prestation des services**
confirmer et optimiser la tendance croissante à faire participer les organisations de la société civile et le secteur privé à la prestation des services.

DEUXIÈME PRINCIPE

Un organisme national de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA, à représentation large et multisectorielle

- o **Mandat officiel :**

Un organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA doit avoir un statut juridique et un mandat officiel qui :

- définisse le degré d'autonomie ;
- précise les liens hiérarchiques avec les pouvoirs publics, au niveau des ministères et de l'administration, (information et instructions concernant la politique à suivre) ;
- détermine les domaines de responsabilités, quant à la mise en œuvre des politiques, l'inclusion de partenaires et les résultats des programmes/du développement.

o **Contrôle démocratique :**

Une instance nationale doit avoir des liens avec le pouvoir législatif afin d'exercer un contrôle Démocratique, notamment le partage de l'information et la rédaction de rapports à intervalles réguliers.

o **Habilitation à exercer un pouvoir au niveau du pays :**

Il faut qu'un organisme national ait un rôle clairement défini comprenant des fonctions « de gardien » envers le cadre national d'action contre le VIH/SIDA

- élaboration, négociation, suivi et évaluation du cadre national d'action contre le VIH/SIDA ;
- point de convergence pour coordonner la mise en place du cadre national d'action contre le VIH/SIDA ;
- coordination des demandes de ressources conformément à des priorités nationales convenues, tout en laissant la gestion financière et la mise en œuvre à d'autres entités ;
- soutien du budget national pour les dépenses essentielles liées au fonctionnement de l'organisme.

o **Assumer des " fonctions d'encadrement " pour divers partenariats et mécanismes de financement :**

Un organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA doit fonctionner de telle manière que les partenaires et les mécanismes de financement faisant partie du cadre d'action contre le VIH/SIDA acceptent leurs fonctions et leurs rôles de premier plan. Pour y parvenir, les organismes nationaux doivent respecter les principes suivants :

- Les organismes nationaux doivent faire la preuve de leur crédibilité en s'engageant à obtenir la participation d'un large éventail de partenaires, notamment des membres à part entière de la société civile, des organisations non gouvernementales, des groupes communautaires, des personnes vivant avec le VIH et des partenaires internationaux.
- Chaque partenaire doit à son tour accepter et respecter le cadre national d'action contre le VIH/SIDA et le rôle de l'organisme national de coordination du SIDA en tant que fondement d'une collaboration qui renforcera au lieu de limiter les actions entreprises.
- Les partenaires peuvent être assurés de bénéficier d'une indépendance organisationnelle pour ce qui touche à l'accomplissement de leur propre mandat.
- Aucun partenariat ni mécanisme de financement ne tentera de s'approprier l'organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA.
- Les parties prenantes du cadre national d'action contre le VIH/SIDA participent au suivi et à l'évaluation au sein d'un cadre conjoint et collaborent entre elles de manière à garantir la répartition des responsabilités.

- **Favoriser les accords de partenariat nationaux pour le VIH/SIDA**

Dans de nombreux pays, le besoin se fait sentir de plus en plus d'un dispositif ou d'un mécanisme organisationnel commun, intervenant à l'intersection des fonctions de prise de décision et d'encadrement de l'organisme national de lutte contre le SIDA, et de la mise en œuvre effective du cadre d'action contre le VIH/SIDA. Un tel dispositif devrait être accessible à tous, et comporter une base suffisamment large et ouverte. Les fonctions de ces dispositifs pourraient consister notamment à encourager l'exercice du pouvoir, à fournir des perspectives pour l'élargissement des ripostes nationales, à partager l'information, à faciliter l'harmonisation des procédures et des systèmes, et à servir de guide aux mécanismes de financement existants ou nouvellement constitués.

- ***Un environnement national et mondial favorable***

- Au niveau mondial, l'engagement des gouvernements, qu'ils soient riches ou pauvres, et les sentiments humanitaires de la société civile et du secteur privé sont indispensables à la réussite de cette action.
- Au niveau des communautés et des pays touchés par le fléau, une bonne gestion d'entreprise, l'État de droit, la liberté d'expression et de réunion créeront l'environnement qui permettra à toute la société de faire face avec efficacité à la menace que représente la pandémie.

TROISIÈME PRINCIPE

Un système de suivi et d'évaluation pour l'ensemble des activités nationales bien qu'un système multiple existe déjà, et qu'un ensemble d'indicateurs liés à la Déclaration d'engagement sur le SIDA de l'UNGASS soient disponibles avec possibilité d'acquisition auprès d'organismes clés, aucun modèle de « meilleures pratiques » n'a encore été adopté pour le suivi et l'évaluation des ripostes à l'échelon des pays.

L'absence d'un cadre opérationnel commun de suivi et d'évaluation dans la plupart des pays a entravé les efforts visant à accroître les compétences dans les domaines de l'assurance de qualité, du contrôle national et de l'utilisation appropriée du suivi et de l'évaluation pour l'ajustement des politiques.

Etant donné cette absence de compétences, souvent les données manquent ou sont de qualité médiocre, ce qui limite le suivi des résultats obtenus et la formulation de mesures reposant sur des données probantes. Il se peut qu'en matière de suivi et d'évaluation, les pays n'aient pas une idée précise de leurs besoins, et que les donateurs n'aient pas une idée précise des investissements à réaliser en priorité.

Voici quelques principes nécessaires pour renforcer les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation :

- **Alignement au niveau mondial**

Les partenaires devraient s'engager à tout faire pour normaliser au niveau mondial leurs besoins en matière de suivi et d'évaluation, non seulement pour garantir l'obligation de rendre compte de l'utilisation des fonds et l'élaboration des programmes axés sur les résultats, mais aussi pour décider ensemble des éléments essentiels qui devront figurer au sein d'un système national de suivi et d'évaluation pour répondre à ces besoins.

- **Système national central relié au cadre national d'action contre le VIH/SIDA**

- Chaque cadre national d'action contre le VIH/SIDA devrait être doté d'un système central permettant de suivre le déroulement des activités entreprises pour maîtriser l'épidémie sous la direction de l'organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA.

- **Stratégies d'investissement concertées concernant la qualité des données**

Les parties prenantes nationales intégrées au sein du cadre national d'action contre le VIH/SIDA devraient procéder en priorité à des évaluations des systèmes de suivi et d'évaluation existants, et convenir de la marche à suivre pour les améliorer et mettre en place un système commun partagé capable de fournir des données de qualité pour analyser les résultats au niveau du pays.

- **Investir dans les compétences nationales**

Il faut que les gouvernements, les organismes de lutte contre le SIDA et les partenaires au développement et à la lutte contre le SIDA démontrent la nécessité d'investir en vue de renforcer les compétences humaines indispensables pour répondre aux besoins nationaux en matière de suivi et d'évaluation.

**Atelier de développement de la stratégie nationale CCC/VIH/SIDA
22 au 27 février 2005, Agboville RCI**

LISTE DE PRESENCE

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION	FONCTION	ADRESSE	EMAR- GEMENT
01	Dr. Nicolas BETSI	Centre Suisse de Recherches Scientifiques en CI	Chercheur Chargé de Communication Coordinateur ALS	05-98-37-32 07-18-45-57 01 BP 1303 ABJ 01 alain.betsi@csrs.ci nicolasbetsi@yaho.fr	
02	Mme HAÏDARA Mariama	Population Service International Côte d'Ivoire	Resp. CCC Formation et Marketing	06 BP 2456 ABJ 06 05-03-69-76 22-52-75-10 hmariama@yahoo.fr	
03	N'GUESSAN Victoire Valerie Bé	Ministère de la Famille, de la Femme et de l'enfant	Pt Focal VIH/SIDA	victoirevaleriebe@yahoo.fr	
04	N'GUESSAN Kouadio Bertin	Direction Mutualité et Œuvres Sociales en milieu Scolaire/MEN	Chef de Sce Prévention IST-VIH/SIDA	20-21-15-50 05-68-74-44 nguessan_bertinay@hoo.fr	
05	BAYETO Lié Claude Daly	Réseau Ivoirien des ONG des personnes vivant avec le VIH/SIDA	Permanent	20-33-71-35 05-83-51-89 claudebayeto@yahoo.fr rip_ci@yahoo.fr	

06	AGNEROH Amari Raphaël	ANADER	Coordonnateur Central VIH/SIDA du PNGTER	20-21-05-64 07-83-87-84 r.agnero@anader.or.ci agnero100@yahoo.fr	
07	ABOU Fanta	AIMAS	Chef de Sce IST-VIH/SIDA Chef Produit Prudence	22-52-77-90 05-60-25-94 aboufanta@yahoo.fr	
08	SIA JEAN	Projet RETRO-CI	Conseiller Technique	21-21-42-95 siajean52@yahoo.fr .	
09	KOUAME KAN Philomène	Indépendant	Consultant en CCC	22-43-83-62 05-90-83-56 kouaphil@yahoo.fr	
10	ASSA Achy Mathieu	MLS	Conseiller Technique	07-09-36-85 mathieu.assa@caramail.com	
11	GAUZE Jean-Marc	Pohorow Communication ACC	Directeur Clientèle	07-28-62-28 jmgauze@notmail.com	
12	MANGLE Gérard Armand	Pohorow communication ACC	Chef de Publicité	08-12-34-82	

13	Bintou SANOGO	REPMASCI	Vice-Présidente Chargée des Radios	07-84-51-39 20-21-63-37 bintoufr1107@yahoo.fr	
14	SOUKPA ép. Angélique WILSON	Compagnie Ivoirienne d'Electricité	Sous-Directeur Activités Sociales Coordonnateur Comité SIDA	21-23-34-30 07-90-96-22 Swilson@cie-ci 01 BP 6923 ABJ 01	
15	NODJAN Marie Clémence	RIPS/AJ	Economiste de la Santé	20-32-33-17 05-53-07-01 mnodjan@yahoo.fr	
16	KAHA GRIVAZ Lucien	Forum National des Confessions Religieuses	Pasteur	03 BP 826 ABJ 03 07-03-38-09 20-22-80-72 kahagrivaz@yahoo.fr	
17	ALLA SEYDOU	Organisation Ivoirienne pour la Lutte contre la Pauvreté et VIH/SIDA dans le secteur du Transport	Secrétaire Général	07-83-65-01 BP 2070 ABJ 01 07-88-50-72 ongpauvrete_sida- trans.2003@yahoo.fr.	

18	KONE Djénéba	PNPEC/OEV	Chef de Service Formation et Recherche	05-86-53-23/22-41-39-86 kdjeneba2002@yahoo.fr-	
19	Dr. ASSAOLE N'Dri David	Comité Régional Lutte contre le SIDA de l'Agnéby	Directeur Régional Santé Secrétaire GI	23-54-87-40/50 07-68-06-76	
20	ZAGOTE Martin ZOKOU	PNPEC	Chef de Service	08-01-25-39 05-90-78-79	
21	YAPI Blaise	Ministère de la Lutte contre le Sida	Sous-Directeur Statistiques et Informatiques	05-79-79-33 20-33-80-64 blaise_yapi@yahoo.fr	
22	DANHO ABY Vincent	Ruban Rouge CI	SGA, Ruban Rouge CI Coordonnateur du réseau Jade	23-45-35-10 05-40-80-87 vincendanho@yahoo.fr	

23	Alain Michel KPOLO	Ligne Verte Info SIDA	Coordonnateur National de réseau La Ligne Verte Info Sida	07-82-58-49 23-50-05-92 kpolomichalain@yahoo.fr sida8000400@yahoo.fr	
24	ATTE Ernest Boka	Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES)	Secrétaire Exécutif	05-80-84-24 22-47-50-54/23-50-05-92 rijsci@yahoo.fr stan_bok2002@yahoo.fr	
25	KONAN Amenan Lucile	HOPE Worldwide Côte d'Ivoire	Assistante du Coordinateur Projet OEV	05-47-87-36 21-24-43-79 misslucika@yahoo.fr	
26	MAH BI Guessan	ONG ASAPSU	Coordonateur Projet IST/VIH/SIDA	22-47-50-54 07-08-12-70 mah-bi@hotmail.com	
27	Jean-Marcel KONAN KOUADIO	COSCI	Chargé de la Communication et des relations Publiques	05-76-53-30 jmkonan@hotmail.com	
28	Dr. ABLE Ambroise Ekissi	MLS/DMS	Directeur	21-24-31-19 05-90-61-20 ablekissi@yahoo.fr	

29	Auguste BOUAZO	MLS/SERCOM	Chef de Service Communication	07-60-99-70 20-33-81-24 bouazola@yahoo.fr	
30	KOUYE M. Pauline	CARID	Consultant	05-06-47-36 kouyepauline@yahoo.fr	
31	SORO Karim	MLS/DAAF	Logisticien	05-81-70-43 SoroKarime@yahoo.fr	
32	Elisabeth KOFFI TAH	Sce CCC DMS/MLS		05-62-04-91	
33	KONE Drissa	MLS	Chauffeur	21-24-30-13	
34	GOGNIN Kodohi	Point Focal VIH/SIDA HMA/MD	I.DA.	A07-30-54-98	
35	IDIBOUO Carlos	Président Arc-en- ciel+	Président	07-15-51-13 05-77-21-02 arcenciel@gayplanet.com	

36	QUENUM Brigitte	Consultante JHU	S/C RETROCI ABJ	bquenum@yahoo.com	
37	AKO Cyriaque YAPO	Alliance Internationale	Presonne ressource	07-89-94-46 20-33-71-35 rap.2002@aviso.ci	
38	TALNAN Edouard	CARID		07-89-98-48 22-44-41-15	
39	MARCOS Thérèse	Direction Régionale Santé Agnéby	Secrétaire	23-54-87-50 07-06-89-08	
40	MANOUAN Alain	ONUSIDA	Chargé de Programme	20-33-71-54	
41	OUATTARA Korotoumou	Pohorow Communication ACC	Chef de Publicité	05-99-85-62	

**ATELIER DE FINALISATION ET
DE VALIDATION DE LA STRATEGIE NATIONALE
DE COMMUNICATION
POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DURABLE
Agboville du 20 au 25 juin 2005**

Agboville, le 21 Juin 2005

LISTE DE PRESENCE

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION	STRUTURE	ADRESSE	EMARGEMENT
01	KOUASSI MAMBE AGNÈS	Chef de Service Mobilisation Sociale	PNO EV	05-91-41-91 / 22-50-41-76 kouassiagnès @ yahoo.fr	
02	DIOMANDE BRAHIMA	Chef Supérieur de la Cellule SIDA	ASAPSU	05-34-82-02 / 22-47-50-54	
03	OUATTARA KOROTOUMOU	Chef Publicité	POHOROW Communication	05-99-85-62 / 22-47-51-29	
04	KAHA GRIVAZ LUCIEN	Pasteur	FORUM national des Confessions Religieuses de CI	07-03-38-09 / 20-22-80-72 KAHA GRIVAZ@ yahoo. Fr	

05	IDIBOUO CARLOS	President ONG	ARC-EN-CIEL PLUS	07-15-51-13 / 20-33-71-35 idibouoc @ yahoo.fr	
06	GAUZE JEAN-MARC A.	Directeur Clientèle	POHOROW Communication	22-47-58-82 / jmgauz@hotmail Com	
07	BAMBA IBRAHIMA	Officier d'Administration	Point vocal VIH/SIDA Ministère de la Défense	05-60-47-68 / 07-41-93-75 ibnbik@ yahoo.fr	
08	TONGA MATHURIN	Assistant Programme	UVICOCI/Alliance des Maires sur le VIH/SIDA	07-85-58-07	
09	KINDA MAMADOU	Chargé de Projets	Fondation Djigui la Grande Espérance	07-87-96-70 / 21-26-33-06	
10	Dr BAHLOU KOPHY ALEXANDRE	Médecin	MLS/DAT renforcement capacités	07-68-89-79 / 05-55-37-69 kbahlou@ yahoo.fr	
11	EMMANUEL BOUKEÏ	Adjoint Communication	COS-CI	05-89-85-74 / 07-63-41-88	
12	BINTOU SANOGO	Journaliste	REPMASCI	07-84-51-39 / 20-21-63-37	
13	NODJAN MARIE CLEMENCE	Economiste de la Santé	RIPS/AJ	05-53-07-01 / 07-98-78-34	
14	N'GUESSAN ESTER CATHY	Stagiaire Mobilisation Sociale	Ministère de la Lutte Contre le SIDA (MLS)	07-21-20-75	
15	ALLA SEY DOU	Secrétaire Général	Organisation Ivoirienne pour la Lutte contre la Pauvreté et VIH/SIDA dans le secteur de transport OIL-PST	07-83-65-01	
16	NIAMAGA KHADY	Chargée de Communication	MLS	20-33-81-24 05-62-05-06 nimagakadi@ yahoo.fr	

17	DRO KPAN INNOCENT	Coordinateur Adjoint du Projet de Mobilisation Communautaire	HOPE Worldwide Côte d'Ivoire	05-47-51-78 drokpan@ yahoo. fr	
18	Dr KONAN JEAN	Administrateur Projet VIH/SIDA	UNICEF	20-20-81-02 / 07-98-67-77 kkonan @ unicef org	
19	DANHO VINCENT	Secrétaire GI Adjoint RRCI Coordonnateur du réseau Jade	Ruban Rouge CI	vincendanho@ yahoo 05-40-80-87	
20	ATTE BOKA ERNEST	Secrétaire Exécutif du RIJES	RIJES	05-80-84-24 23-50-05-92 rijsci@ yahoo. Fr stan bot 2002@ yahoo.fr	
21	ALAIN MICHEL KPOLO	Coordinateur National	Ligne Verte Info Sida	07-82-58-49 23-50-05-92 kpolomichalain@ yahoo.fr sida 80000400@ yahoo. fr	
22	KOUAME KAN PHILOMENE	Facilitateur	Indépendante	22-43-83-62 05-90-83-56 konaphil @ yahoo. fr	
23	TRAORE SERI REGINA	Conseiller Résident	JNO/CCP	rtserie@ yahoo.fr 05-95-32-53	
24	Dr ABLE EKISSI AMBROISE	Facilitateur	MLS	ablekissi@ yahoo. Fr 21-24-31-19 05-90-61-20	
25	ELISABETH K.TAH	Facilitateur	MLS/DMS	05-62-04-91	
26	SORO KARIM	Technicien Audio Visuel	MLS/DAAF	05-81-70-43 SoroKarime@yahoo. Fr	

27	TALNAN EDOUARD	CARI D Démographe	CARI D	07-89-98-48	
28	SIA JEAN	Conseiller Technique	Projet RETRO-CI	05-85-66-86 21-21-42-95	
29	N'GUESSAN K.Bertin	chargé de communication de la cellule focale du Min. Educ.Nat	DMOSS	05-68-74-44 nguessan bertin@ yahoo.fr	
30	Mr BOUA BI DRIGONE	Membre CA RIP+	RIP+ netcourrier.Com	07-12-73-38 32-78-45-87 boua-bienetcourrier. Com	
31	Dr.NICOLAS BETSI	chargé de Communication Chercheur	Centre Suisse de recherche scientifique en Côte d'Ivoire	05-98-37-32 23-47-27-90 /91 07-18-45-57	
32	CAMARA KOGOCHOU Lacina	Agent CCC	MLS / DMS	05-93-54-05 21-24-30-14 / 13 ckohochou@ yahoo.fr	
33	N'GUESSAN VITOIRE VALERIE BE	Point vocal VIH/SIDA	MFFE	20-32-42-33 vitoirevaleriebe@ yahoo.fr 07-13-76-27	
34	KOBRISSA EMMANUEL D	SCE COMMUNICATION	PNPEC	05-43-15-76	
35	AGNEROH AMARI	Coordonnateur CLS ANADER	PNGTER /ANADER	20-21-05-64 agnero 100 yahoo.fr 07-83-87-84	
36	Dr ASSAOLE N'DRI David	DR Santé AGNEBY	Directeur Régionale Santé	23-54-87-40 23-54-8750	
37	TRAORE Moussa	Consultant UNICEF	UNICEF	07-48-33-86 moussa @ hotmail.Com	
38	KOUAME ADJOA Adèle	Secrétaire	MLS/DMS	21-24-30-14/13	
39	KOFFI KOUAME Jean-Baptiste	Chauffeur	MLS/DMS	21-24-30-14/13	

