

Commission Nationale de Lutte contre le SIDA



Cadre Stratégique National du Rwanda

en

Communication pour le Changement de Comportements en matière du VIH/SIDA/IST

2005-2009

Version 26 Mai 2004

* Il est proposé que les logos suivants soient mis à la fin et à l'endos du document.



Cette publication a été financée par
l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID)
dans le cadre du projet IMPACT (Implementing AIDS Prevention and Care)
de Family Health International, (accord de coopération HRN-A-00-97-00017-00). Son contenu ne
reflète pas nécessairement les positions de FHI et de USAID.

Version 26 mai 2004



TABLE DES MATIÈRES

Sigles et abréviations	5
Préface	7
Résumé	8
Préambule	14
1. Introduction	16
1.1 Contexte	16
1.2 Méthodologie	17
2. Analyse de la situation	18
2.1 Introduction	18
2.2 Epidémiologie globale du VIH/SIDA/IST	18
2.3 Afrique subsaharienne	18
2.4 Justification d'une stratégie CCC VIH/SIDA/IST au Rwanda	19
2.4.1 Situation du VIH/SIDA/IST et CCC au Rwanda	19
2.4.2 Problèmes et recommandations relatifs aux comportements, attitudes, compétences et pratiques	20
2.4.3 Sommaire de l'analyse au niveau de la Coordination et de la Programmation IEC/CCC	25
3. Communication pour le Changement de Comportements	28
3.1 Différence entre IEC et CCC	28
3.2 Rôle de la CCC	29
3.3 Éléments qui influencent le processus de CCC	29
3.3.1 Étapes de changements de comportements	30
3.3.2 Facteurs qui influencent les changements de comportements	30
3.3.3 Stigmatisation et discrimination	31
3.3.4 Interrelation de différents éléments qui influencent la CCC	32
3.3.5 Intégration de la CCC dans la prévention et la prise en charge	32
3.3.6 Étapes de développement d'un projet CCC	33
4. Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST	33
4.1 Définition et destinataires	33
4.2 Buts et objectifs du Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST	36
4.3 Principes directeurs	37
4.4 Groupes cibles prioritaires nationaux	37
4.5 Recherche	40
5. Matrice de planification CCC VIH/SIDA/IST	42
5.1 Introduction	42
5.2 Segmentation du groupe cible	44
5.3 Problèmes de comportements	44
5.4 Facteurs influençants	45
5.5 Comportements désirés	48
5.6 Objectifs de CCC	49
5.7 Messages	49
5.7.1 Introduction	49
5.7.2 Avantages-clés	49
5.7.3 Caractéristiques d'un bon message	50
5.7.4 Approche d'un bon message	50
5.8 Canaux, interventions, supports de communication et pré-testing	50

5.8.1 Canaux	50
5.8.2 Interventions	52
5.8.3 Supports de communication	54
5.8.4 Pré-testing	54
5.9 Suivi et évaluation	55
5.9.1 Introduction	55
5.9.2 Niveaux de suivi et évaluation	55
5.9.3 Indicateurs	57
5.10 Partenaires et couverture géographique	60
6. Opérationnalisation des programmes CCC	60
7. Proposition de suivi pour le Cadre Stratégique national CCC VIH/SIDA/IST	60
7.1 Activités recommandées après la finalisation du document -Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST-	60
7. 2 Recommandations après la finalisation du Cadre Stratégique CCC	61
Lexique	62
Annexe des partenaires impliqués dans la conception du Cadre Stratégique Nationale CCC VIH/SIDA/IST	65
Ressources bibliographiques	68
Ressources en communication	71
Ressources de Curriculums de formation	71
Inventaire de matériels CCC	72
Figure 1 : <i>Les étapes qui décrivent le changement de comportements</i>	30
Figure 2 : <i>Interrelation entre les éléments qui influencent la CCC</i>	32
Figure 3 : <i>Éléments qui composent le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST</i>	35
Figure 4 : <i>EXEMPLE pour comprendre la MATRICE de PLANIFICATION CCC</i>	43
Figure 5 : <i>Interrelation entre les différents niveaux et facteurs environnementaux du changement de comportements.</i>	48
Figure 6 : <i>Cadre des Composantes pour le Suivi et l'Evaluation des Programmes CCC VIH/SIDA/IST</i>	55

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AF	Abstinence, Fidélité
AFC	Abstinence, Fidélité, Condom
APELAS	Association du privé et du paraétatique contre le SIDA
ARV	Anti rétroviraux
BSS	Behavior Surveillance Survey
CCC	Communication pour le Changement de Comportements
CCM	Country Coordination Mechanism
CDLS	Commission de District de lutte contre le SIDA
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CDV	Voluntary Counselling and Testing
CIPD	Conférence Internationale sur la population 1995)
CNJR	Conseil National de la Jeunesse du Rwanda
CNLS	Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
CPLS	Commission Provinciale de lutte contre le SIDA
DHS	Demographic Health Study
EDS	Enquête Démographique et de Santé 2000
FHI	Family Health International
FOSA	Formation Sanitaire
IO	Infection opportuniste
IEC	Information, Education, Communication
IMPACT	Implementing AIDS Prevention and Care Project
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAP	Multisectorial AIDS Projects
MIJESPOC	Ministère de la Jeunesse des Sports et de la Culture
MINADEF	Ministère de la Défense
MINALOC	Ministère de l'Administration Locale et des Affaires Sociales
MINEDUC	Ministère de l'Education
MINISANTE	Ministère de la Santé
MNC	Mécanisme National de Coordination
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPO	Office National de la Population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PACFA	Prevention and care for families affected by AIDS
PCC	Promotion pour le Changement de Comportement
PF	Planification familiale
PSI	Population Services International
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SR	Santé de la Reproduction
SRA	Santé Reproductive des Adolescents
SS/SR	Santé Sexuelle/Santé Reproductive
SWAA	Society for Women and AIDS in Africa
TRAC	Treatment and Research AIDS Center
UNDP	United Nations Development assistance for Population

USAID	United States Agency for International Development
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise

PRÉFACE

(à être complétée)

RÉSUMÉ

1. Introduction

Des activités majeures d'IEC ont été menées jusqu'à présent afin d'informer et d'éduquer la population sur le VIH/SIDA mais ces efforts n'ont pas atteint des résultats escomptés en terme de changement de comportements face aux infection par le VIH/SIDA/IST.

Le présent document intitulé '*Cadre Stratégique National du Rwanda sur la Communication pour le Changement de Comportements en matière du VIH/SIDA/IST*', couvre la période 2005-2009. Il tient compte et reflète les priorités nationales et sectorielles qui ont été identifiées dans le Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA de la CNLS et répond plus spécifiquement aux axes 1, 3, 4 et 5.

Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST est d'abord un document de plaidoirie afin d'assurer que la CCC soit intégrée dans tous les programmes VIH/SIDA/IST. Ce cadre représente un document de référence pour guider la planification, la coordination, l'élaboration, le suivi et l'évaluation de programmes visant l'adoption de nouveaux comportements et/ou le maintien des comportements favorables à la santé en matière de prévention, de prise en charge et de soins au VIH/SIDA/IST. Il s'adresse à tous les planificateurs de programmes et d'interventions VIH/SIDA/IST.

Pour développer le contenu de ce document, la CNLS a pris soin d'assurer une collaboration de plusieurs partenaires provenant de tous les secteurs et de tous les niveaux de la société rwandaise. Une équipe nationale CCC a été formée et plusieurs ateliers et réunions ont été réalisés principalement depuis août 2003.

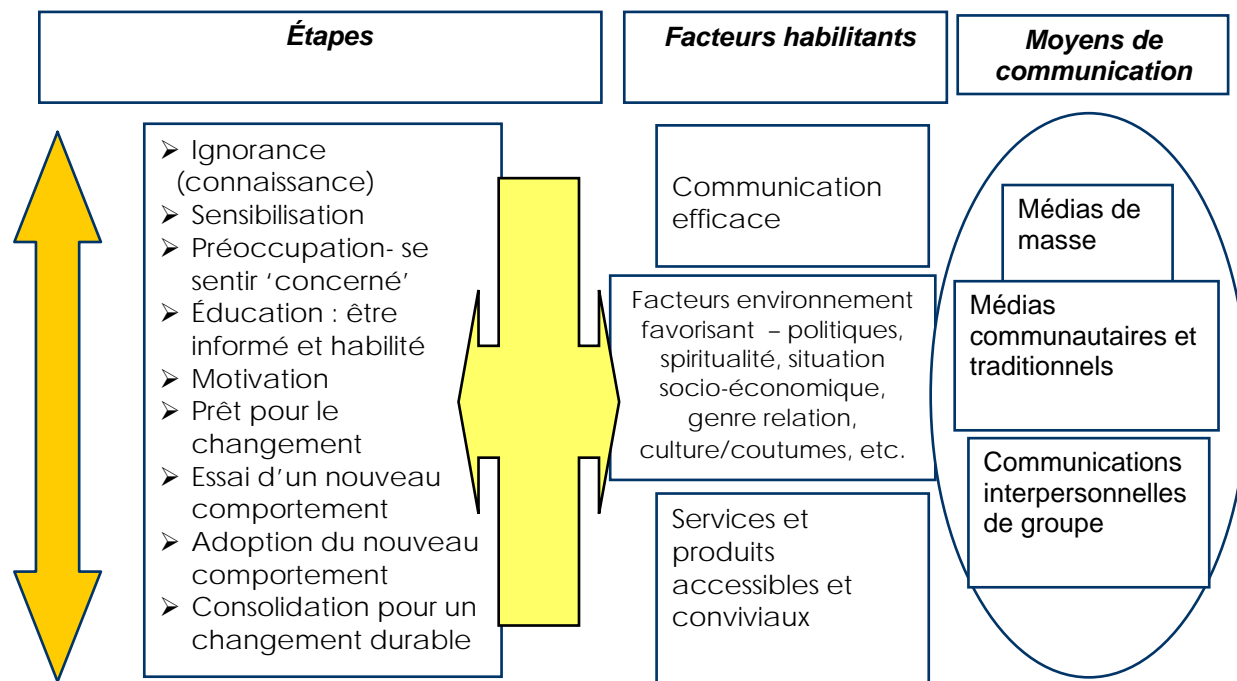
2. Analyse de la situation

Une courte analyse de la situation résume les problèmes et les facteurs qui influencent les comportements relatifs à la santé sexuelle et reproductive, la prise en charge et la demande des services de santé. Des recommandations spécifiques à ces problèmes y sont présentées. En deuxième lieu, une analyse présente les aspects de '*Coordination et Programmation IEC/CCC*' est proposé. Des recommandations spécifiques y sont aussi présentées.

3. Communication pour le Changement de Comportements

L'approche CCC succède au concept IEC en ce sens qu'elle représente une approche plus globale et intégrée, qui va au-delà de la simple transmission de messages, de connaissances et d'information.

Le tableau suivant résume l'interrelation entre les éléments qui influencent les changements et le maintien de comportements.



Il est maintenant nécessaire d'intégrer la CCC tant dans les activités de prévention que de prise en charge. Il existe un besoin d'accroître la synergie entre les différents services et activités tels que le CDV, la PTME, le traitement des infections opportunistes et des ARV, et les soins à domicile. La CCC doit jouer un rôle important pour créer cette synergie et améliorer la qualité et l'utilisation des services.

4. Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST

Ce cadre précise le but national CCC VIH/SIDA/IST, les objectifs nationaux CCC VIH/SIDA/IST et ses objectifs et les groupes cibles prioritaires nationaux. Des principes directeurs sont aussi présentés dans le cadre mais pas dans ce résumé.

BUT du Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST :

Contribuer à stabiliser la prévalence actuelle de 13.5 %, auprès de l'ensemble de la population rwandaise.

OBJECTIFS NATIONAUX du Cadre Stratégique CCC VIH/SIDA/IST

1. Assurer que la CCC soit intégrée par tous les intervenants dans leurs programmes de lutte contre le VIH SIDA ;
2. Renforcer la capacité de coordination et de programmation en CCC en matière du VIH/SIDA/IST ;

3. Promouvoir l'adoption et le maintien des comportements sans risques par rapport au VIH/SIDA/IST au sein de la population rwandaise;
4. Améliorer la qualité des comportements, attitudes et pratiques chez les prestataires de services en matière du VIH/SIDA/IST;
5. Encourager les PVVIH à s'impliquer activement dans la gestion de leur état de santé;
6. Renforcer l'implication de la communauté dans la lutte contre le stigma et la discrimination des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA/IST;
7. Assurer une approche communautaire pour le développement des programmes CCC VIH/SIDA/IST;
8. Promouvoir l'implication des autorités politico administratives dans les activités de CCC en matière de VIH/SIDA/IST.

GROUPES CIBLES PRIORITAIRES

Des groupes cibles ont été identifiés comme prioritaires au niveau national. Pour assurer un impact de changements favorables et sécuritaires face au VIH, il est important que l'ensemble des programmes VIH/SIDA/IST et CCC se centrent sur ces groupes cibles. Il sont divisés en deux catégories :

1. La première catégorie sont les groupes vulnérables, ceux qui sont le plus exposés à un haut risque infectieux. Ce sont, par ordre prioritaire :

- **Les jeunes**
- **Les PVVIH**
- **Les femmes et les hommes à haut risque** qui comprennent toute la population mobile : (militaires, policiers, camionneurs et taximen, marchands ambulants et travailleurs migrants), les travailleurs/euses de sexe et leurs clients, les femmes qui travaillent dans les hôtels, les bars, etc.
- **Les femmes à faible niveau de revenu domestiques** (les veuves, les jeunes filles étudiantes, etc.)
- **Les femmes et les hommes en âge de reproduction**
- **Les employeurs /employés**

2. La deuxième catégorie fusionne plusieurs autres groupes, dont:

Les groupes les plus influents qui jouent un rôle d'agents de changements importants dans la société :

- **Les leaders d'opinions;**
- **Les décideurs;**
- **Les éducateurs/parents;**

Les groupes dont leurs attitudes et pratiques jouent un rôle capital pour la prévention et la prise en charge du VIH :

- **Les prestataires de services de santé;**
- **Les agents de santé**

Les groupes qui subissent d'une façon tragique l'impact lié à l'épidémie du VIH/SIDA :

- **Les enfants vulnérables.**





La conduite d'une recherche est une des phases les plus cruciales, et même obligatoires, dans le développement de programmes CCC. Ces résultats **guident à déterminer le profil du groupe cible**. Elle permet aussi d'identifier les paramètres pour effectuer une évaluation adéquate des programmes CCC et de ses impacts au niveau des changements de comportements chez les individus des groupes cibles.

5. La matrice de planification CCC VIH/SIDA/IST

Une matrice de planification pour la CCC est présentée afin de guider, dans une prochaine étape, le développement des Plans Opérationnels Nationaux pour chacun des groupes cibles prioritaires identifiés. Cette matrice identifie chacun des éléments nécessaires à la planification pour toute décision et action dans la réalisation de programmes CCC. Elle vise aussi à assurer la cohérence et la pertinence des messages et des interventions CCC et exige la clarification des rôles et des responsabilités de tous les acteurs partenaires CCC à chaque niveau pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

Elle comprend les **éléments** suivants qui sont tous inter reliés et dans un ordre chronologique:

1.	La segmentation des Groupes Cibles 	Une segmentation doit être effectuée en précisant les groupes cibles primaires (ceux qui méritent une intervention en vue d'un changement de comportement) et les groupes cibles secondaires qui représentent les groupes d'individus qui peuvent avoir des influences sur le groupe cible primaire).
2.	Les problèmes de Comportements 	<p>Les problèmes de comportements nationaux majoritaires sont identifiés à la suite :</p> <p>A. Stigmatisation et Discrimination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stigma, discrimination des PVVIH par la communauté et les prestataires de services ▪ Forte auto stigmatisation des PVVIH <p>B. Comportements sexuels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports sexuels précoces chez les jeunes ▪ Infidélité conjugale ▪ Rapports sexuels non protégés avec les partenaires non réguliers parmi les personnes sexuellement actives ▪ Partenaires sexuels multiples ▪ Faible utilisation constante et correcte du condom parmi les personnes sexuellement actives <p>C. Soins de santé / service :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible fréquentation des services IST/CDV/PTME par les hommes ▪ Faible utilisation des services des soins par les PVVIH ▪ Faible utilisation des services de soins par les PVVIH ▪ Automédication en cas d'IST <p>D. Communication:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de dialogue entre parents et enfants en matière d'éducation sexuelle ▪ Manque de dialogue concernant les rapports sexuels, la sexualité et le VIH/SIDA entre les hommes et les femmes. <p>E. Culture :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dominance de l'homme sur la femme en matière de sexualité
3.	Les comportements désirés 	<p>a) Retarder l'âge de début des rapports sexuels chez les jeunes</p> <p>b) S'engager dans une fidélité conjugale</p> <p>c) Avoir toujours des rapports sexuels protégés avec tous les divers partenaires</p> <p>d) Avoir un seul partenaire sexuel</p> <p>e) Augmenter la demande par rapport aux services liés aux IST</p> <p>f) Augmenter la qualité des prestataires de services de santé dans les services CDV et PTME</p> <p>g) Avoir une attitude de respect et de compassion envers les PVVIH</p> <p>h) Impliquer les PVVIH dans tous les secteurs de la vie</p> <p>i) Protéger légalement et effectivement les femmes et les jeunes filles qui font une plainte contre la violence sexuelle</p> <p>j) Consultation des services de santé en cas des IST</p> <p>k) Consultation précoce des services de soins par les PVVIH</p> <p>l) Dialogue entre les parents et les enfants en matière d'éducation</p>

		<p>sexuelle</p> <p>m) Augmentation des services CDV/PTME par les hommes</p> <p>n) Utilisation constante et correcte du condom chez toutes les personnes sexuellement actives</p> <p>o) Dialoguer ouvertement sur les rapports sexuels, la sexualité et le VIH/SIDA entre hommes et femmes</p> <p>p) Les femmes sont capables de négocier leur sexualité de manière équitable et qui tienne compte de leurs besoins</p>
	<p>Les objectifs de CCC</p> 	<p>Ils sont directement liés aux problèmes de comportement identifiés et visent une action par rapport aux comportements désirés.</p>
	<p>Le développement des messages</p> 	<p>Les messages sont liés aux objectifs de communication pour le changement de comportement. Ils doivent être développés avec une approche systématique basée sur une recherche préalable. Ils doivent répondre aux besoins du public cible, refléter le comportement désiré et présenter un avantage clé. Il est essentiel de pré tester les messages avant de les diffuser.</p>
	<p>L'identification des canaux, des interventions, des supports de communication et le pré-testing</p> 	<p>Pour un impact maximisé, il est important d'utiliser divers canaux, interventions et supports de communication.</p> <p>Les canaux comprennent la communication interpersonnelle, les médias traditionnels et populaires et les mass médias qui intègrent aussi les petit médias, tels que le matériel imprimé.</p> <p>Les interventions sont l'éducation par les pairs, la formation, les réunions, séminaires et conférences, la mobilisation des communautés, le plaidoyer incluant le lobbying, les campagnes de sensibilisation et le marketing social.</p> <p>Les supports de communication représentent tous les outils dont nous avons besoin pour réaliser les interventions CCC, tels que matériels imprimés, cassette audio-visuels, cahier de formation, émissions TV ou radio, etc. Il est essentiel d'utiliser l'assistance d'experts dans leur développement, tels que bons scénaristes, imprimeurs, etc.</p>
	<p>Le suivi et l'évaluation (avec indicateurs)</p> 	<p>Les composantes dont il faut tenir compte pour le suivi et l'évaluation des programmes CCC VIH/SIDA/IST sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les intrants/inputs des personnes, les ressources et les équipements permettent l'organisation d'activités/processus. - Les extrants tels qu'une meilleure qualité des services, une meilleure connaissance et un accès accru aux services. - Les résultats, tels qu'un changement d'attitude, l'adoption d'un comportement sexuel plus sûr, de meilleures compétences ou une plus grande capacité à faire face au SIDA. - Les impacts tels que la réduction des risques, la réduction des infections, la réduction de la transmission de IST/SIDA. <p>Des indicateurs sont identifiés en relation avec les objectifs nationaux CCC pour le niveau national ainsi que pour le niveau des programmes CCC VIH/SIDA/IST.</p>
	<p>Identification des partenaires et couverture géographique</p>	<p>Nous devons identifier les partenaires les plus aptes et ceux qui seront responsables des interventions CCC définis. Il faudra aussi s'assurer de définir des budgets nécessaires.</p> <p>La CNLS assurera aussi que la couverture géographique au niveau de la</p>

		CCC soit bien établie au niveau national et des provinces. Elle verra à promouvoir le développement des interventions CCC au sein des CPLS qui en ont le plus de besoin.
--	--	--

Dans le document, une définition et des exemples pour chacun de ces éléments sont donnés.

6. Opérationnalisation des programmes CCC et recommandations pour le suivi de ce cadre

Il s'agira de mettre en oeuvre les Plans Opérationnels spécifiques à chaque groupe cible. Chacun de ces plans nécessitent le développement de budgets spécifiques. Les rôles, les responsabilités et les activités spécifiques de chacun des collaborateurs partenaires devront être clairement définis dont celui de la CNLS, l'Equipe nationale CCC VIH/SIDA\IST, le Ministère de la Santé, les autres Ministères, les Provinces au sein des CPLS, les Districts au sein des CDLS, les ONGs et autres partenaires

7. Activités prévues après la finalisation du Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA

Ce document est la première étape du développement d'une réponse nationale en matière de changement de comportements liés au VIH/SIDA/SSR au Rwanda. Les activités suivantes sont prévues afin d'en assurer son suivi.

	Activités
1.	Développer un Plan (2004-2006) pour le suivi de ce Cadre incluant un <u>budget</u> spécifique pour chacune des activités énumérées ci bas.
2.	Faire le plaidoyer pour mettre en œuvre ce plan de suivi auprès des donneurs et décideurs (incluant la restitution du document).
3.	Intégrer les changements nécessaires au Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST suite aux résultats de la revue Littéraire.
4.	Intégrer le Cadre Stratégique National CCC au sein du Plan national de Prévention en fonction des groupes cibles et des secteurs.
5.	Développer un Guide de Formation CCC : (après la finalisation du Cadre) qui vise à guider le développement des Plans opérationnels spécifiques CCC pour chacun des groupes cibles nationaux définis.
6.	Former tous les partenaires , les Secrétaires exécutifs des CPLS, les cadres des principaux ministères et ONGs, les organismes communautaires à développer les Plans Stratégiques CCC pour chacun des groupes cibles.
7.	Développer les outils de communication – au niveau communautaire.
8.	Développer un plan de suivi et d'évaluation pour chacun des Groupes Cibles.
9.	Etablir des mécanismes pour une coordination à long terme pour supporter la mise en œuvre de ces Plans Stratégiques CCC VIH/SIDA/IST
10.	Développer des Plans Opérationnels CCC selon la segmentation des groupes cibles pour les provinces et les districts

PRÉAMBULE

Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST est d'abord un document de plaidoirie afin d'assurer que la CCC soit intégrée dans tous les programmes VIH/SIDA/IST. Ce cadre représente un document de référence pour guider la planification, la coordination, l'élaboration, le suivi et l'évaluation de programmes visant l'adoption de nouveaux comportements et/ou le maintien des comportements favorables à la santé en matière de prévention, de prise en charge et de soins au VIH/SIDA/IST.

Il s'adresse aux ministères, aux planificateurs de provinces et de districts, aux ONGs, aux organisations communautaires, les organisations membres du réseau national des PVVIH, les communautés religieuses, les établissements d'enseignement et les employeurs, les structures organisationnelles de la jeunesse et des femmes, et toute autre organe ou institution appelées à élaborer des programmes VIH/SIDA/IST.

Le Cadre stratégique est également destiné à guider les donateurs dans les domaines du soutien des programmes CCC qui exigent des ressources financières en dehors du budget national.

Ce cadre précise :

- le but national CCC VIH/SIDA/IST;
- les objectifs nationaux CCC VIH/SIDA/IST;
- les principes directeurs ;
- les groupes cibles prioritaires nationaux.

Il propose aussi une matrice de planification pour la CCC qui servira à développer, dans une prochaine étape, les Plans Opérationnels Nationaux pour chacun des groupes cibles prioritaires identifiés.

Cette matrice identifie chacun des éléments nécessaires à la planification pour toute décision et action dans la réalisation de programmes CCC. Elle vise aussi à assurer la cohérence et la pertinence des messages et des interventions CCC et exige la clarification des rôles et des responsabilités de tous les acteurs partenaires CCC à chaque niveau pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

Cette matrice comprend les éléments suivants qui sont tous inter reliés et présentés dans un ordre chronologique:

- la Segmentation des Groupes Cibles
- les Problèmes de Comportements
- les Facteurs influençants (positives et négatifs)
- les Comportements désirés
- les Objectifs de CCC
- le Développement des messages
- l'identification des canaux, des interventions et des supports de Communication
- le suivi et l'évaluation (avec indicateurs)
- les Partenaires.

Afin d'identifier le contenu de ces éléments de la matrice, une recherche préalable est nécessaire. L'Université Nationale du Rwanda est donc en processus d'élaboration d'une Revue Littéraire, qui représente la première étape de cette recherche.

Ces résultats de recherche permettront alors de pouvoir dresser les informations essentiels pour chacun des groupes cibles.

Par la suite, la CNLS prévoit former tous les partenaires, incluant les Secrétaires exécutifs des CPLS, les cadres des principaux ministères, les ONGs et les regroupements communautaires impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les objectifs de cette formation seront liés à prendre connaissance de ce Cadre Stratégique CCC VIH/SIDA/IST et à élaborer simultanément les Plans Opérationnels CCC pour chacun des groupes cibles.

Avec l'ensemble de ces activités présentées dans ce document, la CNLS entend assurer l'intégration de la CCC à tous les niveaux de programmation des activités VIH/SIDA des différents secteurs du pays.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

Afin de répondre aux différents défis imposés par l'épidémie du VIH/SIDA, le Rwanda, a depuis 1987, mis en place des stratégies visant à réduire la pandémie et l'impact du VIH/SIDA. Parallèlement des efforts considérables ont été déployés pour assurer la coordination des réponses appropriées face à ce fléau national. Depuis environ une demi-décennie, une volonté politique et un engagement des plus hautes instances politiques se sont clairement manifestés.

La concrétisation de cet engagement politique fut la création de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS), placée sous la tutelle de la Présidence de la République en 2000.

Cette Commission a les missions suivantes:

- Orienter la Politique Nationale de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Coordonner l'ensemble des interventions en matière de VIH/SIDA ;
- Sensibiliser la population ;
- Promouvoir et renforcer la mobilisation des leaders à tous les niveaux et dans tous les secteurs dans cette lutte: public, privé, communautaire et confessions religieuses.

A cet effet, la CNLS a produit, 3 principaux documents directeurs :

- *Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA (2002-2006),*
- *Plan National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (2002-2006),*
- *Plan National de Suivi et Évaluation (2002-2006).*

Le cadre stratégique de la CNLS est structuré autour de cinq axes stratégiques:

- Axe 1 : Le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH ;
- Axe 2 : Le renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- Axe 3: L'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- Axe 4: Le renforcement de mesures de réduction de la pauvreté et intégration de la dimension Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA
- Axe 5: Le renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle.

Dans le même ordre d'idée, le TRAC (Treatment and Research on AIDS Center) a également été créé en avril 2001 au sein du MINISANTE avec comme mission de promouvoir les activités de prise en charge et de recherche sur le VIH/SIDA.

En 2002, un poste de Secrétaire d'État au Ministère de la Santé a été créé, chargé de la lutte contre le VIH/SIDA et les autres épidémies. Il est premier Vice-président de la CNLS et Président du Mécanisme National de Coordination (Country Coordination Mechanism-CCM) de revue des projets Multisectorial AIDS Projects (MAP) et Global Fund. Le Secrétariat d'Etat assure la coordination des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA. Un plan directeur pour le traitement et la prise en charge du VIH/SIDA a aussi été élaboré et publié.

D'autres documents stratégiques clés, destinés à orienter les réponses nationales au problème du VIH/SIDA, de santé sexuelle et reproductive, ont été produits. Parmi ces documents, figurent la *Politique Nationale de Santé de la Reproduction* (2003), le document intitulé, *Stratégies Nationales de Dépistage du VIH* et la *Stratégie Nationale de Communication pour le Changement de Comportements* dans le domaine de la santé du Ministère de la Santé (2003-

2007). Ce dernier comprend la première orientation stratégique de base spécifique au VIH/SIDA/IST en matière de communication pour le changement de comportements. D'autres contributions techniques ont également été fournies par des ONGs et des institutions de recherche.

Le présent document intitulé '*Cadre Stratégique National du Rwanda sur la Communication pour le Changement de Comportements en matière du VIH/SIDA/IST*', tient compte et reflète les priorités nationales et sectorielles qui ont été identifiées dans les documents cités précédemment. Ce cadre stratégique CCC répond plus spécifiquement aux axes 1, 3, 4 et 5 du Cadre Stratégique National VIH/SIDA 2002-2006 mentionné plus haut.

Des activités majeures d'IEC ont été menées jusqu'à présent afin d'informer et éduquer la population sur le VIH/SIDA mais ces efforts n'ont pas atteint des résultats escomptés en terme de changement de comportements face aux risques d'infection par le VIH/SIDA.

En effet, la plupart des rwandais connaissent bien comment le VIH/SIDA se transmet et comment on peut s'en protéger, mais le nombre de nouvelles infections continue d'apparaître à chaque jour. Les jeunes continuent à avoir des rapports sexuels précoces (à 18 ans, 25% des femmes ont déjà eu des rapports sexuels/EDS-2000) multiples, et non protégés. De plus, les personnes sexuellement actives continuent d'avoir des comportements à risque et ne changent pas leurs comportements de manière significative. La population continue aussi de vivre dans la peur et la honte par rapport au VIH/SIDA. Les attitudes et les comportements envers les personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA sont encore assez négatifs, du fait que cette maladie est associée aux personnes de mœurs légères. Il faut de plus, noter un phénomène réel et important d'auto-stigmatisation chez les PVVIH.

Ce Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA est d'une haute importance et représente une des priorités de la CNLS. Il constitue une référence technique pour la coordination et l'élaboration de programmes en communication visant à susciter des changements de comportements sexuels, dépourvus de risques d'infection par le VIH/SIDA, et à promouvoir des bonnes pratiques de gestion de la maladie et des personnes infectées et affectées.

Ce Cadre Stratégique National CCC est conçu pour couvrir la période de 2004-2009. Le contenu du document comprend un aperçu de l'analyse de la situation du VIH/SIDA/SS/SR au niveau global et local, et explique la différence entre le concept *Information, Éducation et Communication* (IEC) et CCC, identifie le but, les objectifs, ses principes directeurs et les groupes cibles prioritaires. Il décrit et fournit des informations sur les composantes nécessaires pour développer, dans une prochaine étape, les Plans Opérationnels Spécifiques à chacun des groupes cibles. Il indique aussi les indicateurs.

1.2 Méthodologie

Afin d'assurer un impact effectif, une mobilisation de partenaires provenant de tous les secteurs rwandais, privés, publics et de la Société Civile. Un Comité Multisectoriel, nommé «*Équipe Nationale CCC VIH/SIDA*» a été mis en place. De cette équipe, un groupe restreint a été formé, nommé «*Noyau de réflexion CCC VIH/SIDA*». Depuis septembre 2003, plusieurs réunions de ces différents groupes ont été tenues. De plus, un atelier a eu lieu en décembre 2003 pour adopter les termes de références de ces groupes ainsi que le protocole pour le développement de ce cadre stratégique CCC. Un questionnaire a été élaboré pour évaluer les besoins de formation des partenaires en CCC. De plus, un deuxième questionnaire a aussi été utilisé auprès de différents représentants des secteurs d'intervention en matière du VIH/SIDA pour identifier les principaux problèmes liés à la coordination CCC, aux médias, ainsi qu'aux problèmes

comportementaux relatifs à la transmission du VIH. Un atelier et des réunions pour amender le document du cadre stratégique CCC ont été réalisés en mai 2004. Une revue littéraire nationale en CCC sera complétée par l'Université Nationale du Rwanda en 2004. Les résultats de cette revue serviront à amender de nouveau, le Cadre stratégique National CCC. Un plan national de prévention est aussi en cours d'élaboration et il est prévu que les éléments de ce cadre CCC y soient directement intégrés.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1 Introduction

L'épidémie du VIH/SIDA cause de plus en plus de problèmes et d'immenses défis dans le monde. Elle prive les pays, et principalement ceux de l'Afrique, des ressources et des capacités dont dépendent sa sécurité et son développement. Le Rwanda est un des pays dans le monde le plus touché par le VIH/SIDA. Il constitue la première cause de mortalité dans la population urbaine. Les activités d'éducation et de communication sur le VIH/SIDA et IST, ont été centrées surtout sur la prévention. Elles ont engendré une meilleure connaissance au niveau du VIH/SIDA chez la population mais le problème majeur reste le changement et l'adoption des comportements sécuritaires. Au niveau des opinions et des attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA et des personnes infectées et/ou affectées par cette maladie, il existe encore beaucoup de travail à effectuer afin d'éradiquer la stigmatisation, la honte et la peur qui y sont associées. Les données ci-après expliquent la situation dans le monde, en Afrique subsaharienne et au Rwanda et constituent des éléments importants pour le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST.

2.2 Epidémiologie globale du VIH/SIDA

L'impact dévastateur de l'épidémie du VIH/SIDA augmente rapidement, faisant de nombreuses victimes et orphelins de par le monde. Selon le Rapport de l'ONUSIDA, 2003:

- Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 42 millions dont 13 millions d'orphelins;
- 5 millions de nouveaux cas d'infection VIH et plus de 3.1 millions de personnes sont décédées;
- 600.000 femmes meurent chaque année, dans le monde, à la suite de complications liées à une grossesse, un accouchement, un avortement et au VIH/SIDA.

2.3 Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne est de loin, la région la plus touchée par l'impact des problèmes liés au VIH/SIDA/IST. Plusieurs facteurs contribuent à l'amplitude du problème dans la région: la pauvreté sans cesse croissante, les conditions socioéconomiques de plus en plus mauvaises, les inégalités très importantes entre hommes et femmes et les pratiques culturelles préjudiciables liées à la santé sexuelle et reproductive. Selon le Rapport de l'ONUSIDA 2003:

- 70% des personnes atteintes du VIH/SIDA (28.4 millions) vivent en Afrique subsaharienne;
- 10 millions de jeunes (entre 15 et 24 ans) et près de 3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH;
- Plus de la moitié des nouvelles infections se retrouvent chez les jeunes entre 15-24 ans et ces jeunes sont fortement exposés aux grossesses non désirées et aux IST;
- 90% des orphelins dans le monde vivent actuellement en Afrique subsaharienne ;
- Les jeunes filles sont notamment plus vulnérables. Aujourd'hui, les adolescentes risquent d'être infectées par le VIH de cinq à six fois plus que les garçons. Les femmes sont, en moyenne, infectées par le VIH, de cinq à dix ans plus tôt que les hommes.

2.4 Justification d'une stratégie CCC VIH/SIDA/IST au Rwanda

2.4.1 Situation du VIH/SIDA/IST/CCC au Rwanda

Le Rwanda est situé au cœur de l'Afrique subsaharienne. D'après le Recensement général de la Population et de l'habitat Rwanda 2002, le Rwanda compte une population estimée à plus de 8 162 000 d'habitants avec un des taux annuels de revenu les plus bas au monde soit de 252\$/habitant (UNDP). Il se caractérise par la plus haute densité de population en Afrique soit de 336Habitants/km2 dont la majorité vit dans des zones rurales et de l'agriculture (90%). L'espérance de vie n'est que de 48.5 ans (EDS 2000) et près de 48% de la population a moins de 15 ans (RGPH 2002). Le taux général d'alphabétisation est particulièrement accentué chez les femmes (53%) contre 43% chez les hommes adultes. De plus, en 1994 une guerre et un génocide ont emporté plus de 800,000 personnes. Cette situation a provoqué une forte mobilité de la population et a eu comme conséquence que 38% des femmes sont devenues chefs de ménage. (Analyse de la situation sur les enfants vulnérables MINALOC/MIGEPROF/UNICEF)

Au Rwanda, comme partout ailleurs en Afrique, la transmission du VIH se fait surtout par le biais de comportements à risques, incluant principalement les rapports sexuels non protégés (75%) et la transmission de la mère à l'enfant (20%). Le Rwanda est très touché tant par le VIH/SIDA et les IST, avec notamment des taux élevés de mortalité maternelle et infantile.

- Le taux de séroprévalence national au sein de la population active est de 13.5%.
- Les prévalences les plus élevées s'observent dans les tranches d'âge suivantes : 30-34 ans : 7.4%, 25-29 ans : 5.6%, 15-19 ans : 4.8% et 4.5% chez les femmes de 20-24 ans. TRAC 2002.
- Le nombre d'enfants chefs de ménage est en augmentation et on estime au nombre de 260,000 enfants devenus orphelins principalement à cause du SIDA; (ONUSIDA 2002)
- Les taux de mortalité maternelle et infantile du Rwanda sont parmi les plus élevés au monde. 1071 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes et 196 pour mille chez les enfants de moins de cinq ans (ONAPO/EDS/RW 2000). Scientifiquement, nous pouvons confirmer que ces taux de mortalité maternelle sont en partie dus aux complications liées au VIH/SIDA. (EDS 2000).
- 60% des patients atteints du VIH souffrent aussi de la tuberculose. (MINISANTE /HIV/AIDS Epidemiological Statistics, 2002 estimates).

Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST a été conçu essentiellement pour identifier les problèmes et les facteurs qui influencent les comportements relatifs à la santé sexuelle et reproductive, la prise en charge et la demande des services de santé. C'est sur ces éléments que la population rwandaise doit agir afin de contrer l'épidémie du VIH/SIDA et des IST. Le tableau ci-dessous donne une synthèse '*Problèmes de comportements, attitudes et pratiques*', de quelques uns en rapport avec la Santé sexuelle et de reproduction ainsi que des recommandations correspondantes.

En deuxième lieu, un résumé d'analyse de la situation lié aux aspects de '*Coordination et Programmation IEC/CCC*' est proposé. Il est aussi suivi de recommandations. Ce cadre CCC VIH/SIDA/IST tente donc de répondre aux besoins essentiels et de combler les lacunes des programmes IEC (informations, éducation, communications) actuels vers une approche davantage holistique qu'est la CCC.

2.4.2 Problèmes et Recommandations relatifs aux Comportements, Attitudes, Compétences et Pratiques

Les statistiques fournies à la suite sont principalement tirées de l'Enquête Démographique et de Santé 2000, (RGPH 2002 et de l'ONUSIDA 2002).

Problèmes de Comportements/Compétences/Attitudes/Pratiques	Certaines recommandations
a. Connaissances et attitudes	
<p>1. Les niveaux de connaissance sur le VIH/SIDA sont bons, néanmoins certaines lacunes existent entre le VIH et SIDA, entre TB et VIH/SIDA, et entre IST et VIH/SIDA;</p> <p>2. Peu d'informations sont disponibles sur les perceptions personnelles du risque d'infection par le VIH/SIDA;</p> <p>3. Bas niveau de perception du risque d'infection par le VIH/SIDA;</p> <p>4. Beaucoup de tabous entourent les discussions portant sur la sexualité et la santé de la reproduction;</p> <p>5. Peu de données sont disponibles sur les facteurs qui influencent principalement les attitudes, ces facteurs sont toutefois une variable importante en ce qui a trait aux changements de comportements;</p> <p>6. Les perceptions par rapport à la prise en charge et au traitement ne sont pas toujours favorables à la lutte contre le VIH/SIDA ;</p> <p>7. Le VIH/SIDA n'est pas reconnu comme problème prioritaire par la communauté ;</p> <p>8. Le fait de nier l'existence du VIH/SIDA continue de persister dans la communauté</p>	<p>A. Combler les lacunes en matière de connaissances en se focalisant sur la tuberculose et le SIDA, les IST et le SIDA, la transmission de la mère à l'enfant (TME) et le SIDA, les infections multiples et le VIH/SIDA.</p> <p>B. Développer les recherches afin d'étudier davantage la perception des risques d'infection au VIH.</p> <p>C. Développer des mécanismes pour une culture de l'ouverture et fournir des informations correctes sur le sexe et la sexualité, le VIH/SIDA/IST</p> <p>D. Sensibilisation sur l'accroissement du risque personnel au sein de la population.</p>
b. Pratiques	
<p>1. Quoiqu'il existe certaines variations dans les données disponibles, les premières relations sexuelles sont très précoces, (elles peuvent être moins de 10 ans). Ceci constitue un important facteur contribuant aux problèmes de VIH/SIDA/IST et de santé reproductive ;</p> <p>2. Il existe une forte tendance à avoir de multiples partenaires, aussi bien parmi les célibataires que parmi les personnes mariées, hommes et femmes, et parmi les jeunes ;</p> <p>3. Les partenaires sont catégorisés de différentes manières et les risques quant aux ITS et au VIH/SIDA sont aussi évalués différemment en fonction de cette catégorisation des partenaires ;</p> <p>4. Problèmes relatifs au viol et aux violences sexuelles ;</p> <p>5. Certaines confessions religieuses découragent l'utilisation du préservatif ;</p> <p>6. Existence d'infidélité conjugale tolérée davantage chez les hommes ;</p> <p>7. Certaines pratiques traditionnelles encouragent la propagation des ITS et du VIH/SIDA, continuent d'exister, beaucoup en ignorent encore les conséquences ;</p>	<p>A. Stratégie destinée à promouvoir un mécanisme visant à promouvoir l'abstinence et à retarder les premières relations sexuelles chez les enfants et les adolescents ;</p> <p>B. Priorité accordée à des relations sexuelles sans risque (avec usage du condom) avec tous les types de partenaires ;</p> <p>C. Utiliser le préservatif pour les premières relations sexuelles et toujours l'utiliser par la suite de façon correcte ;</p> <p>D. Promouvoir la fidélité ;</p> <p>E. Implication des autorités religieuses dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.</p>

<p>8. Certaines pratiques traditionnelles influencent la façon dont la sexualité est discutée et perçue dans la société et font la promotion d'une domination et d'un contrôle masculin en ce qui a trait à la sexualité ;</p>	
<p>c. Prévention IST et VIH</p>	
<p>1. Une femme sur cinq n'a jamais entendu parler de IST, et parmi les autres, moins de 1 femme sur 2 connaissent au moins un symptôme d'IST ;</p> <p>2. L'abstinence et la fidélité comme méthodes de prévention des ITS et du VIH sont envisagées par la majorité des individus, mais beaucoup les jugent difficiles à réaliser ou à pratiquer ;</p> <p>3. Les IST sont une cause importante de maladies et provoquent de graves complications. Peu connaissent les risques accrus de contracter le VIH à partir d'autres IST ;</p> <p>4. La majorité des individus souffrant d'IST consulte en premier lieu un guérisseur traditionnel. Les clients préfèrent les guérisseurs traditionnels aux employés des cliniques de santé, ces derniers étant perçus comme ayant souvent une attitude jugeant ;</p> <p>5. Les partenaires sexuels sont rarement informés si ils ont contracté une IST, généralement seuls les conjoints sont informés ;</p> <p>6. Les traitements et la prise en charge par l'automédication sont inadéquats et très pratiqués ;</p> <p>7. Une grande partie de la population a peur de connaître leur statut sérologique.</p>	<p>A. Tous les individus et les couples en quête de services dans le domaine de la SR devraient se voir proposer des conseils et des tests du VIH ;</p> <p>B. Faire face et renforcer la reconnaissance des symptômes liés aux IST et leur gestion correcte ;</p> <p>C. Renforcer les services de conseils en matière de IST et mobiliser les personnes afin qu'elles suivent un traitement précoce, notamment parmi les jeunes ;</p> <p>D. Sensibiliser les hommes, les femmes et les jeunes à prendre leurs responsabilités et à veiller sur leur santé et celle de leurs partenaires et de leur progéniture ;</p> <p>E. Offrir des services CDV de qualité et du personnel ;</p>
<p>d. Promotion et usage du condom</p>	
<p>1. Le condom est connu mais son emploi demeure très limité ; moins de 9% des hommes l'ont déjà utilisé.</p> <p>2. Beaucoup de fausses croyances sont liées à l'usage du condom ;</p> <p>3. Peu savent comment utiliser correctement les condoms ;</p> <p>4. Les condoms sont perçus comme indiquant la promiscuité, les gens voulant témoigner de leur confiance en l'autre partenaire n'utilisent pas le condom ;</p> <p>5. Les condoms ne sont pas acceptés comme une méthode de planification familiale. Le concept double protection n'est pratiquement pas utilisée ;</p> <p>6. Les hommes ont tendance à avoir le contrôle de l'utilisation du condom et à se charger de s'en procurer. Les femmes qui achètent des condoms, en portent sur elles, ou suggèrent le port du condom sont considérées comme marginales ou prostituées.</p> <p>7. Les croyances religieuses sont hostiles à l'usage du condom et à sa promotion ;</p> <p>8. Il existe très peu de points de vente de condoms dans les milieux ruraux, ce qui le rend inaccessible ;</p> <p>9. Refus d'utilisation du préservatif par ceux qui en disposent et mauvaise utilisation du préservatif.</p> <p>10. Le préservatif féminin n'est pas connu et il n'est pas utilisé.</p>	<p>A. Promouvoir l'utilisation du préservatif pour la première relation sexuelle ;</p> <p>B. Envisager de promouvoir le double avantage d'une utilisation du préservatif (prévention des IST/VIH et PF) en rejetant les idées fausses par le biais de discussions plus ouvertes, tout en encourageant l'acceptabilité sociale ;</p> <p>C. Des mécanismes visant à rendre l'utilisation du préservatif plus acceptable socialement doivent être développés ;</p> <p>D. Des mécanismes doivent renforcer la capacité des femmes à se sentir concernées par le condom, à entamer une discussion sur le préservatif, et à être capable de demander aux hommes de l'utiliser ;</p> <p>E. Une communication sur les risques d'infection de la part de tous les types de partenaires est nécessaire et les préservatifs devraient, dès lors, être utilisés constamment avec tous les partenaires pour réduire les risques liés à l'infection du VIH/SIDA/IST ;</p> <p>F. Former les prestataires de services PF pour encourager la fourniture de préservatifs à tout un chacun ;</p> <p>G. Davantage d'études sont nécessaires sur la relation existant entre la perception des risques</p>

	<p>(statut du partenaire et risque d'infection) et l'utilisation du préservatif ;</p> <p>H. Le lobbying sur la promotion du condom est nécessaire auprès des leaders d'opinions ;</p> <p>I. Renforcer les programmes d'informations et d'éducation sur l'utilisation du préservatif ;</p> <p>J. Encourager les femmes à connaître le condom féminin et à l'avoir toujours dans son sac.</p>
<i>e. Dépistage du VIH</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les services de centre CDV ne répondent pas à la demande de la population qui est de plus en plus croissante ; 2. Les gens ne sont pas suffisamment conscients des bénéfices de connaître leur statut sérologique ; 3. Certaines inquiétudes existent quand à la confidentialité des résultats des tests, à la qualité et la compétence des services de conseil VIH/SIDA ; 4. Les gens sont peu enclins à révéler leur sérologie par peur d'être stigmatisée car dans la plupart des cas, on associe encore le VIH aux personnes qui ont des mœurs légères ; 5. La qualité et les références aux services des soins et de la prise en charge est encore très faible, le personnel est souvent peu accueillant, surtout auprès jeunes et des jeunes filles ; 6. Le personnel médical et les conseillers au service CDV sont insuffisants et auraient besoin de formation adéquate et spécialisée. Le personnel souffre souvent de stress, affecté par l'amplitude du travail ; 7. Les services de CDV ne sont pas suffisamment disponibles en milieu rural ; 8. Les hommes ne sont pas assez impliqués dans les services CDV/PTME. 	<ol style="list-style-type: none"> A. Fourniture d'informations précises et objectives sur la nature, l'objectif et les avantages à court et à long terme des CDV pour tous les rwandais ; B. Promotion des CDV afin de s'assurer que de plus en plus de familles, en particulier de femmes, connaissent leur statut sérologique et soient en mesure de prendre des décisions éclairées concernant une grossesse ; C. Il devrait y avoir des procédures/directives claires concernant les conseils en matière de VIH ; D. Les programmes CCC doivent avoir comme objectif d'encourager l'acceptation et de réduire la stigmatisation et la honte pour les personnes séropositives ou atteintes du SIDA E. Augmenter les services CDV et les conseillers bien formés dans les milieux ruraux. F. Sensibiliser davantage les hommes à utiliser les services CDV/PTME.
<i>f. Soins et Assistance aux personnes atteintes du VIH/SIDA</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Il existe encore une discrimination et une stigmatisation des PVVIH ; 2. Les besoins en matière de soins à domicile sont aigus et les programmes de Services de prise en charge à domicile sont souvent inadéquats ; 3. Les volontaires des Services de prise en charge à domicile ont besoin d'être mieux éduqués au sujet du VIH et du SIDA ; 4. Il existe un problème d'accessibilité des services aux soins pour les PVVIH éloignés des centres urbains ; 5. Une faible proportion des PVVIH bénéficie des traitements ARV. 6. Plusieurs PVVIH n'obtiennent pas les médicaments nécessaires pour traiter les infections opportunistes, et souffre de malnutrition. 7. La capacité de gestion de la maladie en termes de connaissances et de moyens, a exacerbé la situation économique, déjà très précaire de la majorité de la population rwandaise. Les comportements sexuels à risque et de contraintes socio-économiques auxquels le Rwanda est confronté entravent la prévention contre le 	<ol style="list-style-type: none"> A. Il devrait y avoir des directives visant à soutenir les personnes atteintes du SIDA, à s'occuper des questions éthiques et de droits de l'homme soulevées par le VIH/SIDA ; B. Soutenir le développement d'attitudes positives parmi les PVVIH eux-mêmes, les prestataires de soins à domicile et dans les cliniques envers les patients séropositifs et atteints du SIDA comme une base pour la fourniture de soins et d'un soutien efficace, et promouvoir l'égalité entre hommes et femmes ; C. La lutte de la stigmatisation et la discrimination doit également se faire au sein de la famille, dans les communautés et dans les lieux de travail ; D. La promotion des soins à domicile devrait s'accompagner de la fourniture d'informations sur l'infection et la prévention, ainsi que d'une formation et d'infrastructures afin de permettre aux prestataires de respecter les directives ; E. Mettre en place une loi spécifique régissant

<p>VIH/SIDA et la prise en charge des PVVIH ;</p> <p>8. Faible implication des PVVIH dans leur prise en charge ;</p> <p>9. Les services de CDV/PMCT ne sont pas compris comme porte d'entrée à la prise en charge ;</p> <p>10. Insuffisance des programmes de nutrition associés à la distribution des ARVs.</p>	<p>les droits et les responsabilités des PVVIH ;</p> <p>F. Promouvoir des programmes de nutrition et de production alimentaire associés à la distribution des ARVs ;</p> <p>G. Intégrer davantage le programme de soins à domicile dans les programmes de prise en charge .</p>
<p>g. Facteurs économiques/sociaux/services et santé sexuelle</p>	
<p>1. La pauvreté a beaucoup d'impacts sur la santé sexuelle. La pauvreté est associée aux mariages précoces, aux hauts taux de fertilité, à l'échange de cadeaux ou d'argent contre des faveurs sexuelles et la sexualité commerciale ;</p> <p>2. Les travailleuses du sexe sont prêtes à recevoir une plus grande compensation pour des relations non - protégées puisque leur situation économique est souvent jugée plus dramatique que les risques potentiels ;</p> <p>3. La culture rwandaise donne la préséance à l'homme. Les hommes prennent la plupart des décisions en matière de sexualité et de santé reproductive ;</p> <p>4. L'ampleur et l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA au Rwanda ont provoqué plusieurs sentiments de désespoir et d'impuissance face à cet état de fait ;</p> <p>5. La plupart des rwandais continuent de s'adresser aux guérisseurs traditionnels et s'endettent pour cela moyennant un paiement de leurs services ;</p> <p>6. Les impacts socio-économiques de l'épidémie à VIH sont multiples. Elles affectent principalement les femmes et les enfants. La plupart des enfants touchés vivent de graves problèmes de malnutrition et ne sont pas scolarisés. Ce sont aussi de plus, souvent les jeunes filles qui sont retirées du milieu scolaire afin de supporter les besoins de la famille ;</p> <p>7. Peu de filles sont scolarisées et ont accès à un travail intéressant et correctement rémunéré. Trop peu de femmes sont indépendantes financièrement.</p> <p>8. Plusieurs enfants sont orphelins et n'ont pas accès à un soutien moral, aux services sociaux et de santé.</p>	<p>A. Promouvoir un débat public permanent et des programmes éducatifs sur les lois et les politiques qui concernent le statut socioéconomique des femmes, des filles, des hommes et des garçons qui sont moins privilégiés, afin de réduire la propagation et l'impact du VIH/SIDA et l'importance des problèmes de santé reproductive ;</p> <p>B. Sensibiliser les travailleurs de la santé et les former à fournir des services spécialement conçus pour les patients atteints du SIDA ;</p> <p>C. Les travailleuses de sexe devraient avoir accès à des informations sur la santé reproductive, le VIH/SIDA et les IST, leurs droits, les droits de leurs clients, ainsi qu'à des examens médicaux obligatoires et à des traitements conséquents ;</p> <p>D. Développer et diffuser des messages IEC sur l'espoir, la foi, la compassion et l'acceptation de la réalité du VIH/SIDA, à l'attention des dirigeants religieux, des leaders traditionnels, des conseillers, des groupes de soutien communautaires et du grand public ;</p> <p>E. Soutenir et encourager les parents dans la scolarisation des filles ;</p> <p>F. Renforcer les capacités économiques des ménages par la réduction de la pauvreté.</p>
<p>h. Santé de la reproduction</p>	
<p>1. L'indice de fécondité est encore très élevé : 5.8 ;</p> <p>2. Un besoin existe pour la mise en place de service de santé reproductive s'adressant spécifiquement aux jeunes ;</p> <p>3. Bien qu'il existe de plus en plus de méthodes modernes de planification familiale, l'usage du condom demeure peu fréquent et n'est pas souvent préconisé malgré son double avantage dans la prévention des ITS ;</p> <p>4. Les hommes sont peu intégrés dans les programmes de formation IEC et planification familiale ;</p> <p>5. Au Rwanda, les méthodes contraceptives sont mal connues et très peu utilisées (moins de 4% des femmes en union). L'utilisation du préservatif pour une double protection contre les IST, le VIH/SIDA et les grossesses non désirées reste très peu répandu.</p> <p>6. La planification familiale n'est pas intégrée à la PMTE ;</p>	<p>A. Les services SS/SR doivent être plus soucieux et plus effectifs quant aux besoins spécifiques des jeunes, et les faire davantage participer aux processus de décisions, aux formations, etc. ;</p> <p>B. Promouvoir le dialogue entre les parents et les enfants sur la sexualité, les rapports sexuels sans risques et les IST ;</p> <p>C. Sensibiliser les communautés, les décideurs politiques, les dirigeants religieux sur les risques de relation sexuelle à un âge précoce ;</p> <p>D. L'implication des hommes dans la SS/SR doit être renforcée à tous les niveaux ;</p> <p>E. Des communications spécifiques ciblant les hommes souffrant de IST sont nécessaires ;</p> <p>F. Intégrer la PF dans les services de PTME et</p>

<p>7. La compréhension du concept de Planification familiale diverge à différents niveaux de la société ;</p> <p>8. La planification familiale n'est pas acceptée et intégrée dans les programmes des différentes églises.</p>	<p>sensibiliser les couples et la communauté à l'utilisation de ces services</p> <p>G. Élaborer des messages de santé allant dans le sens de la santé de la mère- enfant en tenant compte des problèmes socioéconomiques, environnementaux et démographiques ;</p> <p>H. Conscientiser les leaders d'opinion sur l'importance de la PF.</p>
<p>i. Santé maternelle</p>	
<p>1. 69 % des naissances ont lieu à domicile et les mères accoucheuses sont principalement assistées par des accoucheuses traditionnelles qui n'ont pour la majorité aucune formation au niveau du VIH/SIDA. Seulement 31% des femmes se font assister par un personnel qualifié pour les accouchements.</p> <p>2. Environ un tiers des bébés nés de mères séropositives est exposé au risque d'infection par le VIH/SIDA. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est également devenue une priorité en raison des risques encourus tant par la mère que par l'enfant ;</p> <p>4. Une grande majorité des femmes ont leur premier enfant alors qu'elles sont encore adolescentes ;</p> <p>5. Les taux de mortalité en couche sont inacceptablement élevés au Rwanda ;</p> <p>6. Beaucoup de femmes ne veulent pas accoucher dans les cliniques de santé en raison de la mauvaise qualité des services offerts, de l'attitude négative des employés et de manque de moyen financier ;</p> <p>7. L'allaitement est une norme culturelle de la société rwandaise ;</p> <p>8. En raison de cette norme et du coût élevé des substituts laitiers, beaucoup de femmes séropositives continuent d'allaiter, en augmentant aussi le risque de contamination au VIH de leurs bébés ;</p> <p>9. Les mariages précoces avant 21 ans ne devraient être favorisés ;</p> <p>10. Absence de services de conseil pré-nuptial et post-natal ;</p> <p>11. Absence de prise en compte de facteurs culturels dans les directives données aux infirmières en matière d'accouchement.</p>	<p>A. Plaidoyer pour le soutien communautaire des femmes/filles célibataires enceintes ;</p> <p>B. Informations sur les signes de danger lors d'une grossesse ;</p> <p>C. Renforcer la capacité de prise de décisions des femmes en ce qui concerne leurs choix en matière de sexualité et de santé reproductive ;</p> <p>D. Sensibiliser et informer les futurs époux sur les lois qui régissent l'âge au mariage et les conséquences des grossesses précoces sur la santé maternelle ;</p> <p>E. Intégrer les services de conseil pré-nuptial et de consultation prénatale dans le paquet des services des Centres de Santé ;</p> <p>F. Promouvoir l'approche de partenariat communautaire dans la définition de la qualité de services.</p>

Dans l'ensemble, on peut reconnaître que le Rwanda connaît une épidémie généralisée. Le document de politique nationale de lutte contre la pauvreté (PRSP) (6), résume le scénario de l'impact du VIH/SIDA de la manière suivante :

'... Le VIH/SIDA a un effet dévastateur sur l'ensemble de la société rwandaise de par ses conséquences sur la population active ; ce qui augmente le nombre de dépendants, hypothèque le développement humain et la croissance économique. Son impact est particulièrement ressenti en termes de pertes en vies humaines parmi les adultes dans la force de l'âge, la perte de la main d'œuvre dans les unités de production agricole et ainsi la diminution des revenus, la perte de la maîtrise des techniques agricoles et la désorganisation des mécanismes sociaux traditionnels de solidarité... '

2.4.3. Sommaire de l'analyse au niveau de la Coordination et de la Programmation IEC/CCC

Etat de la situation

Au Rwanda, il existe de nombreuses activités d'information, de communication et d'éducation en matière du VIH/SIDA et des IST. De plus, la majorité des partenaires engagés dans la lutte (public, privé, communauté, ONGs) ont recours à des activités de sensibilisation au VIH/SIDA dans leurs programmes. La plupart organisent des activités d'IEC surtout dans le domaine de la prévention. Néanmoins, des activités de sensibilisation relatives à la prise en charge ont lentement commencé à se réaliser. Ce concept de 'Communication pour le Changement de Comportement' est nouveau, il est peu connu et utilisé au Rwanda. La différence entre plaider, IEC et CCC a besoin d'être mieux défini auprès de tous les différents intervenants et à tous les niveaux. Ces concepts sont expliqués par la suite dans le document.

La CNLS, les CPLS, les CDLS et le TRAC ont plusieurs activités IEC prévues dans leur plan de travail 2004. Plus de la moitié des ministères ont aussi intégré des activités de sensibilisation VIH/SIDA dans leur programme. On peut notamment mentionner le MINISANTE, MINEDUC, MIGEPROF, MINALOC, MIJESPOC, MINADEF, MINITER, MINAGRI et la PRIMATURE. Ceci inclut comme interventions, la formation en IEC au niveau national et dans les provinces, les Clubs Anti-SIDA dans les milieux scolaires, des séances de planification familiale dans les hôpitaux et les centres de santé, la promotion des services de CDV, et PTME, la participation et la production à des émissions médiatiques, radio et télévision, etc. Cependant ces plans de travail au niveau de l'IEC ne sont proposés à partir d'aucun résultat/recommandation basés sur des recherches préalables conçues à cet effet. De plus, la CNLS a mis sur pied un Comité d'approbation de messages, néanmoins, ce comité n'est pas très fonctionnel et les membres ont peu de disponibilité à y accorder. Au niveau des provinces, il existe aussi une faible coordination et communication entre les différents intervenants sur le terrain en matière du VIH/SIDA, tels que les CPLS, les représentants des Ministères et des ONGs. Les rôles et les responsabilités des intervenants en IEC/CCC doivent être mieux clarifiés.

Le Conseil National de la Jeunesse (CNJ) a parmi ses principaux objectifs, la lutte contre le VIH/SIDA. Plusieurs activités de sensibilisation sont toujours en cours. Le conseil s'est fortement impliqué jusqu'à la base et dans les écoles à travers les Forums des Jeunes Anti-sida (FOJA) et les Clubs Anti-Sida. Cependant beaucoup de travail reste encore à faire au niveau de la coordination ainsi que de la qualité des interventions CCC pour et auprès des jeunes.

Le rôle de la Première Dame du Rwanda par le Projet PACFA a contribué de manière significative à la mobilisation de la population pour la lutte contre le VIH/SIDA ». Ce projet vise principalement les familles et les jeunes vulnérables.

Les UMBRELLAs des Confessions religieuses et du Regroupement National des PVVIH sont des organisations clés pour motiver et provoquer des changements de comportements. Cependant, à ce jour, ces Umbrellas sont peu effectives dans leurs interventions de communication étant donné que ces organisations viennent juste de démarrer. Les PVVIH sont très peu impliquées dans les programmes de réponse au VIH. Un certain nombre d'organisations (IMPACT, AFRICARE, Médecins sans frontières, World Relief et World Vision) ont commencé à réaliser des programmes de prise en charge des PVVIH et comprennent des activités IEC.

Le secteur privé est assez bien organisé et démontre de plus en plus de dynamisme au niveau des activités de prévention de dépistage volontaire et de prise en charge. Plusieurs industries et commerces offrent principalement des séances d'information et certains commencent aussi à proposer le service de dépistage volontaire.

Au niveau de la communauté et des ONGs, il existe un nombre considérable d'intervenants qui agissent à travers tout le pays. Mentionnons principalement le projet PACFA, une initiative de la Première Dame du Rwanda, PSI, IMPACT, PRIME 2, World Relief, Safe the Children- fund UK, Le Projet San Francisco, Health Unlimited, CARE, SWAA et ACTIONAID. Ces organisations facilitent une diversité d'activités principalement d'éducation informant la population sur la transmission du SIDA, sur les pratiques sexuelles à risques et sur la promotion du condom. Cela comprend des campagnes de sensibilisation, la production et la dissémination de matériels, la formation en matière du VIH/SIDA/IST et de la Santé Reproductive. Il existe aussi de plus en plus, d'activités de prise en charge psychosociale et d'incitation au test de dépistage volontaire du VIH/SIDA.

Les médias, et principalement la radio, jouent un rôle capital dans la transmission de l'information sur le VIH/SIDA/IST. La Radio Rwanda constitue un des canaux d'information les plus efficaces pour atteindre la population, aussi bien les hommes que les femmes et les jeunes en milieu rural. Cependant les médias de masse, radio et TV, ne donnent pas de plages horaires aux intervenants en matière de lutte contre le VIH/SIDA pour leurs programmes CCC. La radio reste la principale source d'information au Rwanda où l'accès aux journaux reste encore souvent limité aux zones urbaines, aux personnes qui savent lire et peuvent se procurer les journaux. Les journalistes ont reçu peu de formation relative au VIH/SIDA/IST/SR et CCC. Les heures de diffusion des émissions ne tiennent pas suffisamment compte de la capacité d'écoute de l'audience.

Le théâtre est une source d'information attractive pour beaucoup de gens au Rwanda et assez répandue dans les programmes d'éducation au VIH/SIDA. Les pièces de théâtre sont même diffusées sur les antennes de la radio rwandaise. Des activités IEC sont aussi souvent menées lors de festivals, de kermesses, de mobilisation dans les marchés, de rencontres sportives et de journées spéciales de sensibilisation comme celle de la Journée Internationale du SIDA. Ces activités sont cependant encore insuffisantes et manquent souvent de bonne coordination tant dans la présentation que dans le contenu des messages.

Peu de documents audio visuels existent pour expliquer davantage les comportements pour prévenir l'infection du VIH/SIDA et proposer des nouveaux modèles. Certains documents publiés sur le VIH/SIDA/IST existent mais leur nombre est encore fort limité, leur qualité a besoin d'être améliorée pour répondre aux besoins de la population majoritairement analphabète.

Les activités IEC existantes ont souvent été mises en œuvre avec une coordination et une collaboration relativement minime entre les institutions, les programmes et autres secteurs. Cela a souvent débouché sur une duplication des efforts, un recoupement des activités et une utilisation inappropriée des ressources limitées.

De plus, la plupart des programmes de communications interpersonnelles ne renforcent pas le développement des habiletés de communication et d'échange entre les couples, dans les familles, avec les jeunes et dans la communauté en général.

Les stratégies VIH/SIDA qui intègrent le volet 'lutte contre la pauvreté' dans les programmes de prévention et de prise en charge, sont peu nombreuses.

Recommandations

- ***Nécessité importante de coordination et de faciliter une meilleure collaboration et un meilleur échange au niveau CCC***

De tous les documents directeurs et recherches effectuées, il apparaît évident qu'il existe une absence de coordination des activités de communication au niveau VIH/SIDA/IST/SR. Les instances gouvernementales doivent passer du rôle de mise en œuvre IEC vers un rôle de facilitation, de coordination et de collaboration entre les institutions et les différents secteurs dans ce domaine. Les initiatives CCC doivent bénéficier des orientations politiques et techniques des instances de coordination au niveau national. Ce rôle doit aussi viser à faciliter les échanges des outils et établir une meilleure collaboration entre les secteurs de la communication, ainsi que les médias. Il est aussi essentiel de bien y définir les rôles des différents intervenants en CCC.

- ***Nécessité d'un cadre stratégique avec des priorités bien définies***

Il est nécessaire de prioriser les comportements clés afin de promouvoir un changement plus efficace. Une approche intégrée entre les programmes de SSR et de VIH/SIDA augmentera l'impact mesurable des interventions.

- ***Passer de la notion IEC à CCC***

Les programmes IEC tels que conçus ont mis l'accent sur l'information et ne visaient pas a priori le changement de comportements de la population. De plus, la variation dans la perception de ce qu'est la CCC, sa méthodologie et son importance au niveau des programmes clés restent à faire. La formation dans ce domaine est donc capitale afin de développer les compétences des acteurs.

- ***Renforcer les capacités CCC***

Suite à un sondage qui a été effectué auprès des principaux intervenants du pays en CCC VIH/SIDA, il a été conclu que les besoins de formation en CCC étaient plus qu'essentiels et ont été mentionnés par ordre prioritaire tels que la nécessité de savoir comment:

- Développer et coordonner un Cadre Stratégique Nationale CCC VIH/SIDA (incluant comprendre comment doit se faire le changement d'activités IEC à CCC)
- Effectuer une analyse de la situation /recherche en CCC
- Produire des outils de communication de masse
- Effectuer des activités de plaidoyer
- Effectuer des CCC dans les activités de Conseil et Dépistage
- Intégrer le genre dans la programmation CCC
- Développer les budgets relatifs aux activités CCC

- ***Accroître la qualité des programmes CCC et des supports de communication basés sur les résultats de recherche formative auprès des groupes cibles***

Nous pouvons accroître la qualité des programmes CCC, des matériels/supports et des interventions de communication, en faisant une bonne planification de développement, de mise et œuvre, de suivi et d'évaluation. Ceci doit comprendre obligatoirement une recherche préalable incluant une bonne analyse des groupes cibles et de leur comportements, une production qui inclue le pré-testing, plus de créativité de la part des producteurs et un plan de dissémination incluant la formation à l'utilisation de ces matériels.

- ***Accroître le nombre de matériel/activités IEC/CCC***

Nous devons aussi en augmenter le nombre et en assurer la diffusion jusqu'au niveau de la communauté. Des vidéos sont aussi nécessaires afin de "voir" de nouvelles façons d'intervenir en VIH/SIDA/IST/SR. La radio devrait produire davantage des séries de radio-romans de qualité,

très appréciés et effectifs pour atteindre la population. Ils doivent davantage exploiter la participation et le feedback de la communauté.

▪ ***Développer et harmoniser des messages de qualité***

Il est important que les messages soient développés correctement afin que ces messages soient effectifs. Ils doivent proposer des thèmes et problèmes réalistes et viser la population ciblée. Une approche plus 'humaine' et positive est aussi importante. Une assistance doit être donnée à plusieurs niveaux, et principalement aux journalistes de la radio. La Cadre stratégique assurera aussi l'harmonisation des messages en fixant des objectifs de communication bien définis. Il est aussi souhaitable de faciliter une meilleure collaboration entre les supporteurs de AF et ceux de AFC, qui souvent se contredisent au lieu de se compléter. Rendre plus efficace et effectif le Comité d'approbation national est aussi un bon moyen de développer des messages de qualité et de les harmoniser.

▪ ***Promouvoir une variété de moyens de communication pour un même programme***

Il est beaucoup plus efficace d'avoir une approche multimédia qui inclut les médias de masse, les communications communautaires et traditionnelles, et les communications interpersonnelles de groupe.

▪ ***Développer les programmes CCC pour la prévention et la prise en charge des PVVIH***

Il est nécessaire de développer des programmes CCC s'adressant spécifiquement aux PVVIH. Ce groupe cible a des besoins particuliers à combler concernant la prévention de la transmission du VIH, la prise en charge et tous les traitements en rapport avec la maladie.

▪ ***Coordonner la production des messages et des supports de communication***

Il est important d'effectuer d'abord un répertoire des supports de communication/matériel IEC et des messages nationaux. Ceci permettra d'assurer une harmonisation des messages et des supports, évitera la duplication et le gaspillage des ressources, et garantira une meilleure crédibilité des messages.

3. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS

Plusieurs éléments qui suivent sont tirés du *Cadre Stratégique de la Promotion du Changement de Comportement* (PCC) de Family Health International (FHI) et des documents sur les communications de ONUSIDA.

3.1 Différence entre IEC et CCC

L'approche IEC vise essentiellement à :

- diffuser les messages et
- sensibiliser la communauté par le biais de différents circuits médiatiques.

L'IEC a permis d'accroître les connaissances en matière de VIH/SIDA et de SSR. Cependant l'IEC n'a pas suscité des changements de comportements conséquents pour contrer l'épidémie. Les gens modifient rarement leur comportement du simple fait de l'amélioration de leurs connaissances.

L'approche CCC succède au concept IEC en ce sens qu'elle représente une approche plus globale et intégrée, qui va au-delà de la simple transmission de messages, de connaissances et d'information.

La CCC est un processus interactif qui vise à :

- motiver les gens, les groupes et les populations à changer leurs comportements, à en essayer des nouveaux et à les maintenir ;
- mettre l'accent sur les avantages liés à l'amélioration de la qualité de vie au plan individuel et collectif ;
- travailler en concertation avec la communauté ;
- développer des messages et des approches adaptés au groupe ciblé et au contexte, et de recourir à divers canaux de communication;
- être intégré dans les autres programmes de prévention, de soins et d'assistance en VIH/SIDA/IST/SR.

3.2 Rôle de la CCC

La CCC joue plusieurs rôles, qui sont en fait interdépendants :

- *Diffuser les connaissances* de base sur le VIH et sur le SIDA;
- *Stimuler le dialogue* au plan familial, du couple, entre pairs, au sein des communautés, des instances politiques et autres;
- *Promouvoir de nouvelles attitudes* comme la meilleure perception du risque personnel d'infection par le VIH ; prise de conscience du droit à une prise en charge médicale; meilleure attitude chez les prestataires;
- *Promouvoir le sens de la responsabilité* de tous et chacun dans la lutte contre le VIH/SIDA;
- *Lutter contre la discrimination et la stigmatisation* en abordant les problèmes qui y sont liés afin d'influencer la manière dont la société y répond;
- *Stimuler la demande d'information et de services*: la CCC peut inciter individus et communautés à s'informer sur le VIH/SIDA et à réclamer les services dont ils/elles ont besoin;
- *Influencer les décideurs et les leaders d'opinion* à s'intéresser aux approches les plus efficaces pour lutter contre l'épidémie, à s'exposer eux-mêmes à témoigner sur le VIH/SIDA et à prendre des décisions susceptibles d'induire le changement de comportements;
- *Promouvoir les services de prévention, de soins et d'assistance* comme le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), le conseil de dépistage volontaire (CDV) pour éviter une transmission mère enfant (TME); le soutien mutuel entre PVVIH. La PCC est également une composante intégrale de ces services;
- *Améliorer les compétences et le sens d'auto efficacité* (ex.: emploi du préservatif, capacité à convaincre les partenaires d'opter pour des habitudes moins risquées;
- *Favoriser l'intégration de la CCC* dans les autres programmes de lutte contre le SIDA.

Il est aussi important de noter que les programmes CCC ne produisent pas de changements à eux seuls. Ils doivent être intégrés aux autres programmes et les politiques en matière du VIH/SIDA/IST.

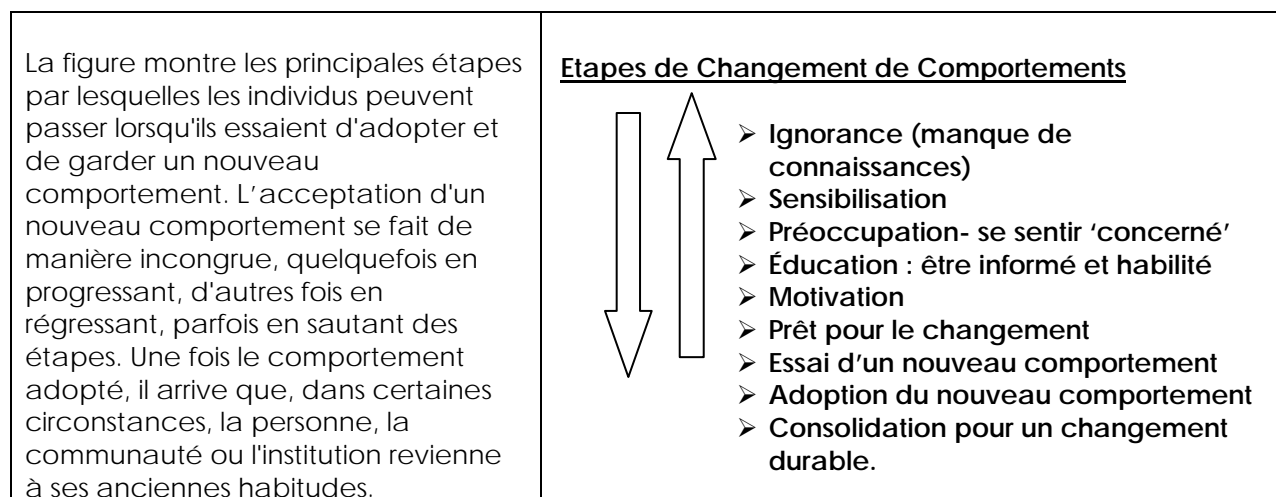
3.3 Éléments qui influencent le processus de Communication pour le Changement de Comportements

Les théories sur le changement de comportements ont évolué au cours des dernières décennies et constituent une base solide, à partir de laquelle on peut développer des Cadres Stratégiques globaux de Communication, utiles au niveau de la prévention et de la prise en charge pour le VIH/SIDA. Le modèle proposé tient compte d'un ensemble de théories pour concevoir des

programmes et des actions efficaces sur le terrain.

3.3.1 Etapes de changements de comportements

FIGURE 1. Les étapes qui décrivent le changement de comportements



Avant de définir une stratégie de CCC, il faut impérativement savoir à quelle étape se trouve la majorité des individus de la population cible.

L'approche reconnaît que le comportement individuel est influencé par de nombreux facteurs. Un changement de comportement exige un engagement individuel à changer et un environnement favorable. Les individus doivent reconnaître les situations qui constituent un risque pour eux et développer des compétences d'analyse et de communication pour résister aux pressions.

3.3.2 Facteurs qui influencent les changements de comportements

Les facteurs qui influencent les changements de comportements agissent à plusieurs niveaux :

- individuel,
- communautaire
- système.

Ces trois niveaux sont aussi influencés par des facteurs environnementaux tels que :

- la politique gouvernementale,
- la situation socioéconomique,
- la culture,
- les relations entre hommes et femmes et aussi, entre jeunes et adultes,
- la spiritualité/religion.

Une analyse de ces différents facteurs se trouve à la page 40-41 de ce document

3.3.3 Stigmatisation et la discrimination

On parle de stigmatisation quand on pointe du doigt négativement un individu¹. La stigmatisation peut être définie comme un attribut indésirable, peu honorable, indigne et/ou déshonorant que l'individu possède qui réduit le statut social de cette personne aux yeux de la société. La discrimination, elle, est le fait de faire une différence injuste entre deux éléments, ou individus, ou groupes. La discrimination est davantage liée à des actes, des paroles, des jugements négatifs qui amènent les individus à agir, ou au contraire à ne pas agir, avec pour conséquence qu'une personne sera abusivement et injustement traitée sur base de son statut réel ou supposé, par rapport au VIH/SIDA. L'auto stigmatisation est aussi un fait important à souligner. Apprendre que l'on est infecté par le VIH représente toujours une grande épreuve dans la vie et suscite très souvent des perceptions négatives envers soi-même. Le refus d'accepter un résultat positif, la honte et la peur d'avouer ce constat à son partenaire et à sa famille, la croyance que sa vie sexuelle est sûrement terminée, la peur de perdre son emploi, la peur d'être malade et de mourir représentent tous des réactions qui suscitent une fermeture sur soi-même et souvent une auto isolation.

Les problèmes liés à la stigmatisation, la discrimination et l'auto stigmatisation doivent être abordés dans tous programmes CCC. Il ne s'agit pas uniquement d'une question de compassion et de respect de l'autre. **Ses effets nuisent en effet aux succès de tous les programmes VIH/SIDA, de manière critique.**

Prévention : en négligeant d'aborder la stigmatisation dans les programmes CCC, on affaiblit la portée des messages de prévention contre le VIH. Toute discrimination envers les personnes séropositives ou particulièrement exposées au risque de contamination conduit en effet à les considérer comme des étrangers et renforce ainsi la croyance qu'une infection « n'arrive qu'aux autres ». La stigmatisation peut également décourager les gens de se rendre dans les services de dépistage ou de soins, y compris ceux visant à prévenir une transmission de la mère à l'enfant. Il arrive qu'elle frappe aussi les personnes qui cherchent à se protéger avec des préservatifs. La stigmatisation peut réduire l'impact des actions de prévention.

Qualité des soins : la qualité des soins peut souffrir en cas de discrimination contre les PVVIHS, et les prostitué(e)s. Une campagne de CCC visant à accroître la fréquentation d'un centre de santé verrait son impact réduit si les PVVIHS n'y recevaient qu'un traitement inférieur à celui d'autres patients.

Influence des programmes VIH/SIDA: les programmes qui ignorent les problèmes de stigmatisation favorisent de fait la persistance de pratiques et de règles discriminatoires, et, dans certains cas, empêchent l'application de la législation protégeant les victimes. Ces programmes ratent aussi une opportunité d'influencer l'orientation des décideurs.

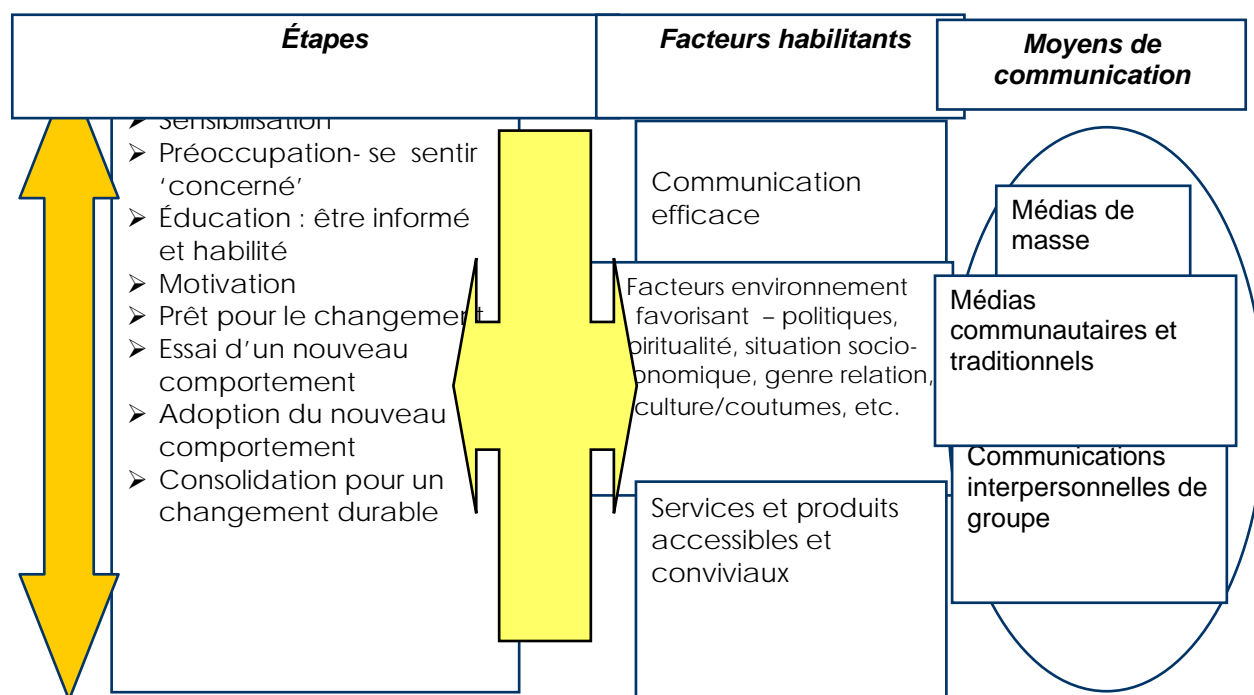
Les programmes luttant contre la stigmatisation peuvent travailler avec les groupes qui en souffrent habituellement et y recruter des activistes, que ce soit parmi les PVVIHS, les travailleuses/eurs de sexe. Ces personnes pourront devenir des fournisseurs de soins, des travailleurs sociaux, des éducateurs au sein de leur propre groupe (pairs éducateurs) et **des modèles de changement**. Plus les gens seront informés de leur état sérologique et plus ils demanderont à avoir accès au traitement et aux services. Ceci aidera aussi à réduire l'auto stigmatisation.

¹ Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre. Considérations éthiques et juridiques. ONUSIDA. Mai 2002.

3.3.4 Interrelation de différents éléments qui influencent la CCC

L'expérience a montré que l'efficacité des canaux de communication varie en fonction de ces étapes comme en fonction des buts fixés. Si les mass media permettent de transmettre à une population particulière une information exacte et de forger des attitudes positives, ce sont l'orientation des programmes et l'environnement social qui deviennent des facteurs prépondérants quand les individus ou la communauté ont atteint la phase de motivation. Lorsque les groupes ciblés sont mûrs pour le changement, il faut que les activités, les services ou les fournitures présentés dans la campagne leur soient accessibles.

Figure 2 : Interrelation entre les éléments qui influencent la CCC



3.3.5 Intégration de la CCC dans la prévention et la prise en charge

La Communication pour le Changement de Comportements a surtout été centrée sur la prévention. Il est maintenant nécessaire d'intégrer la CCC tant dans les activités de prévention que de prise en charge. Il y a maintenant un besoin d'accroître la synergie entre les différents services et activités tels que le CDV, la PTME, le traitement des infections opportunistes et des ARV, et les soins à domicile. La CCC doit jouer un rôle important pour créer cette synergie et améliorer la qualité et l'utilisation des services. Ces services constituent une meilleure opportunité pour communiquer et promouvoir des changements de comportements sécuritaires et sains.

Les PVVIH ont aussi un rôle déterminant au niveau de la prévention et de la prise en charge. Ils doivent d'abord eux-mêmes recevoir l'assistance et l'information nécessaire afin de ne pas transmettre le virus. Ils doivent acquérir, entre autres, des connaissances et des pratiques pour se soigner face aux maladies opportunistes et apprendre à avoir une bonne hygiène de vie. L'apprentissage d'une gestion judicieuse des médicaments est aussi nécessaire pour ceux qui

ont accès aux ARVs et aux traitements prophylactiques. L'arrivée des ARVs représente un nouvel et grand espoir pour la population. La venue des ARVs risque cependant de nuire aux efforts de prévention. En effet, l'existence des ARVs, risquent de susciter à nouveau, des comportements à risque chez certaines personnes. Les PVVIH sont aussi de puissants agents de changement de comportement et peuvent aider leur entourage à être davantage concerné par le VIH/SIDA et la prise en charge.

Des stratégies CCC pour accroître la synergie entre la prévention et la prise en charge sont nécessaires tels que :

- Réduire le risque des cas d'exposition au VIH et offrir de l'aide aux personnes qui y sont exposées (dans tous les secteurs : hôpital, viol,...);
- Renforcer le système de référence entre les services de CDV, de PTME, ARV, infections opportunistes et assistance psychosociale;
- Renforcer la qualité et le taux d'utilisation des services offerts
- Augmenter le taux d'utilisation par les bénéficiaires, surtout les PVVIH;
- Renforcer la fréquentation des services CDV par les personnes les plus exposées.

3.3.6 Etapes de développement d'un projet CCC

Afin d'assurer que les programmes CCC soit effectifs et de qualité, il est essentiel de suivre une planification stratégique CCC systématique. Chaque étape, décrite par la suite, est essentielle. Le processus de planification qui est énuméré ci-après, est relevé principalement du document de Family Health International (FHI) intitulé : *Promotion du changement comportemental dans le cadre de la lutte contre le SIDA*. Les voici :

1. Définition du but du programme ou projet CCC
2. Implication des partenaires
3. Identification des populations cibles
4. Conduite d'une évaluation/analyse de la situation
5. Segmentation des populations ciblées
6. Déterminer les changements de comportements escomptés
7. Conception du programme ou projet CCC (qui inclus un plan de suivi et évaluation)
8. Création de produits et interventions de communication
9. Pré-testing
10. Mise en œuvre et suivi
11. Evaluation
12. Rétroaction

4. CADRE STRATÉGIQUE NATIONAL CCC VIH/SIDA/IST

4.1 Définition et destinataires

Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST est un document de référence pour guider la planification, la coordination, l'élaboration, le suivi et l'évaluation de programmes visant l'adoption de nouveaux comportements et/ou le maintien des comportements favorables à la santé en matière de prévention, de prise en charge et de soins au VIH/SIDA/IST.

Ce cadre :

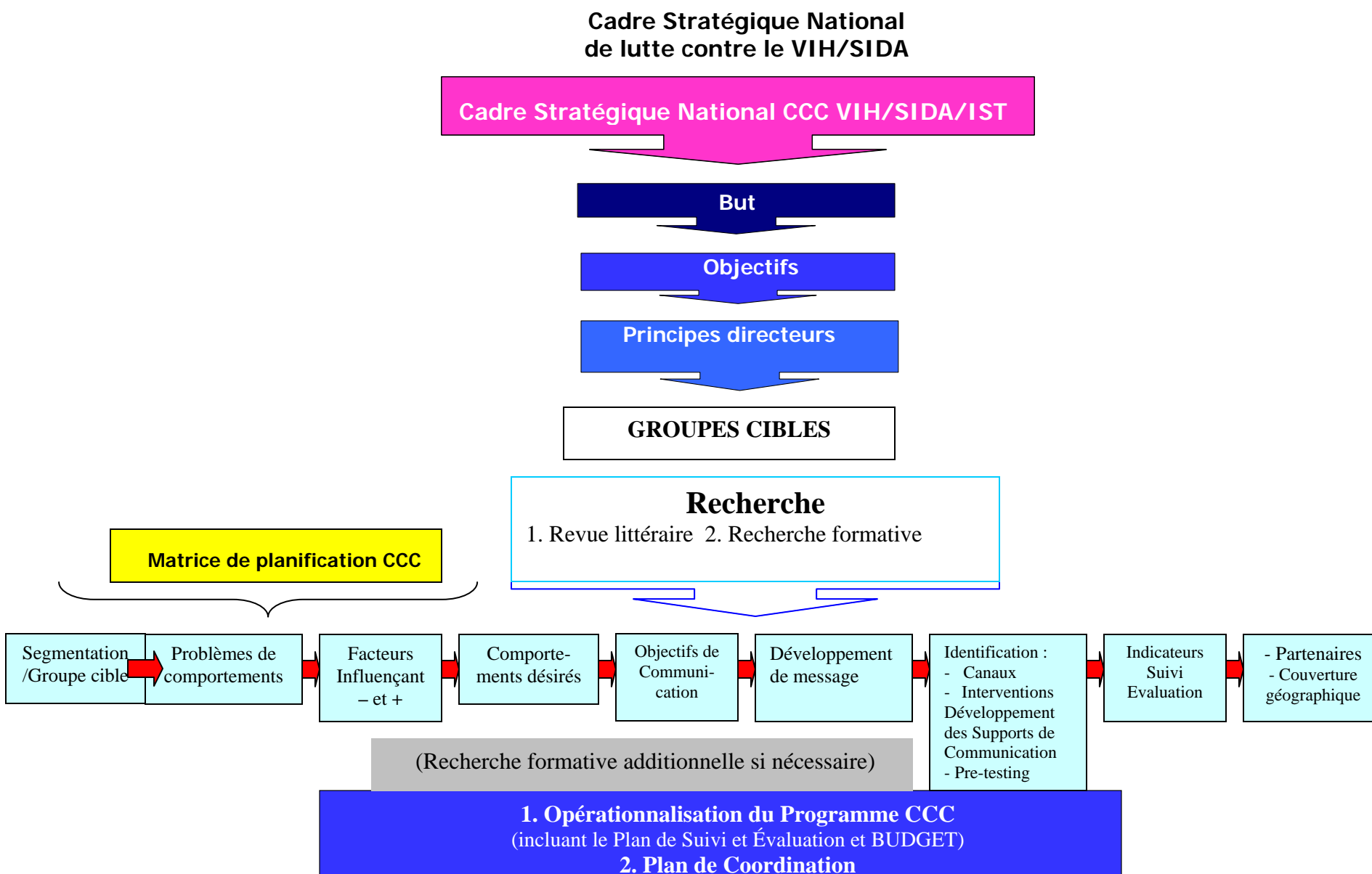
- précise le but spécifique à la CCC, les objectifs, les principes directeurs et les groupes cibles prioritaires
- propose une matrice de planification pour la CCC
- fournit des recommandations pour le suivi de ce cadre

Il s'adresse aux ministères, aux planificateurs de provinces et de districts, aux ONGs, aux organisations communautaires dont le réseau des PVVIH, les communautés religieuses, les établissements d'enseignement et les employeurs, les structures organisationnelles de la jeunesse et des femmes, appelées à élaborer des programmes VIH/SIDA/IST. Le Cadre stratégique est également destiné à guider les donateurs dans les domaines du soutien des programmes CCC qui exigent des ressources financières en dehors du budget national.

Note : Il est important de noter que désormais, l'IEC est incluse dans le concept CCC.

Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST est schématisé sous le tableau à la page suivante:

Figure 3 : Eléments qui composent le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST



4.2 But et objectifs du Cadre Stratégique Nationale CCC VIH/SIDA/IST

Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST constitue une des stratégies qui permet d'atteindre le but du Cadre Stratégie National de Lutte contre le SIDA de la CNLS, à savoir, *stabiliser la prévalence à 13.5%.*

Son contenu répond également aux axes 1, 3, 4, 5 de ce document stratégique de la CNLS :

Axe 1 : Le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH

Axe 3: L'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées

Axe 4: Le renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et intégration de la dimension Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA

Axe 5: Le renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle

BUT du Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST :

Contribuer à stabiliser la prévalence actuelle de 13.5 %, auprès de l'ensemble de la population rwandaise.

OBJECTIFS NATIONAUX du Cadre Stratégique CCC VIH/SIDA/IST :

1. Assurer que la CCC soit intégrée par tous les intervenants dans leurs programmes de lutte contre le VIH SIDA ;
2. Renforcer la capacité de coordination et de programmation en CCC en matière du VIH/SIDA/IST ;
3. Promouvoir l'adoption et le maintien des comportements sans risques par rapport au VIH/SIDA/IST au sein de la population rwandaise;
4. Améliorer la qualité des comportements, attitudes et pratiques chez les prestataires de services en matière du VIH/SIDA/IST;
5. Encourager les PVVIH à s'impliquer activement dans la gestion de leur état de santé;
6. Renforcer l'implication de la communauté dans la lutte contre le stigma et la discrimination des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA/IST;
7. Assurer une approche communautaire pour le développement des programmes CCC VIH/SIDA/IST;
8. Promouvoir l'implication des autorités politico administratives dans les activités de CCC en matière de VIH/SIDA/IST.

Pour atteindre ces objectifs, une mobilisation concertée en CCC est nécessaire à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la société.

4.3 Principes directeurs

Les principes directeurs du Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST sont définis pour aider et orienter la planification et la mise en oeuvre de tous programmes CCC.

Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST se fonde sur :

- a) Intégration de la CCC comme composante essentielle dans la planification et la mise en œuvre de tous les programmes VIH/SIDA/IST;
- b) Promotion de la qualité et d'un accès égal pour tous, aux services de la prise en charge et aux soins en matière de VIH/SIDA/IST ;
- c) Renforcement des capacités de CCC pour tous les groupes cibles et dans tous les secteurs, jusqu'au niveau de la base ;
- d) Promotion des programmes CCC VIH/SIDA/IST à long terme ;
- e) Participation de représentants des PVVIH, des confessions religieuses et de la jeunesse, à la préparation et à la mise en œuvre de tout projet CCC, qu'il s'agisse de n'importe quel groupe ciblé par le programme CCC;
- f) Représentation et participation de membres du groupe cible visé, nécessaire à toutes les étapes de la préparation et de mise en œuvre du programme CCC;
- g) Respect de l'équité, des droits de l'homme et des opinions des personnes infectées et/ou affectées du VIH au niveau de la conception et de la mise en oeuvre des programmes CCC ;
- h) Promotion de l'innovation et des aspects positifs de la culture rwandaise en utilisant un langage et des images positives pour surmonter le tabou associé aux questions liées à la santé reproductive;
- i) Réduction des inégalités entre hommes et femmes afin de produire un impact optimal sur l'épidémie de VIH/SIDA et les questions concernant la santé reproductive ;
- j) Des stratégies de CCC positives et qui visent l'action;
- k) Planification systématique de la CCC en respectant toutes les étapes nécessaires de développement et de mise en œuvre d'un programme CCC ;
- l) Une analyse systématique des groupes cibles pour toute élaboration de programmes CCC;
- m) Un test systématique des thèmes, des messages et des supports auprès des groupes cibles;
- n) Implication des membres de la communauté dans le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes CCC.

4.4 Groupes cibles nationaux prioritaires

Dans l'ensemble, le Rwanda connaît une épidémie généralisée. Les programmes CCC doivent être élaborés en s'assurant que tous les groupes de la société sont touchés. Cependant dans la conception des programmes CCC, il est important de bien cibler et connaître les groupes afin d'élaborer des programmes spécifiques et effectifs.

Le Cadre Stratégique Nationale CCC VIH/SIDA/IST a identifié **les douze groupes cibles prioritaires** qui doivent être les groupes cibles visés par l'ensemble des programmes VIH/SIDA/IST et CCC.

Les Groupes cibles prioritaires nationaux ont été identifiés selon les critères suivants : la magnitude du nombre de personnes liées à ce groupe, leur degré de vulnérabilité à l'infection

du VIH et leur degré d'exposition. Ils sont aussi appelés les groupes primaires dans le sens que chacun de ces groupes nécessitera un Plan Opérationnel spécifique.

Les groupes cibles prioritaires nationaux ont été divisés en deux catégories :

- La première catégorie se centre sur les groupes vulnérables : qui représentent les groupes de personnes qui sont exposés à un haut risque infectieux
- La deuxième catégorie fusionne plusieurs autres groupes, dont:
 - Les groupes les plus influents qui jouent un rôle d'agents de changements importants dans la société
 - Les groupes dont leurs attitudes et pratiques jouent un rôle capital pour la prévention et la prise en charge du VIH
 - Les groupes qui subissent d'une façon tragique l'impact lié à l'épidémie du VIH/SIDA

La première catégorie :

Ces groupes sont présentés à la suite par ordre prioritaire.

1.	Les jeunes	Les jeunes garçons et les jeunes filles doivent être ciblés prioritairement. Ils représentent la majorité de la population, jusqu'à environ 60%. Il est essentiel de préserver leur santé et de leur permettre de passer à l'âge adulte sans risque et sans infection du VIH. Ce groupe comprend les jeunes de 7 à 24 ans, scolarisés ou non.
2	Les PVVIH	Les PVVIH sont nombreuses dans le pays (13.5%) et elles ont besoin de programmes CCC spécifiques tant pour les soins, le traitement, la prise en charge et la gestion de la maladie. Il est important aussi qu'elles ne contaminent pas les personnes qui ne sont pas infectées.
3	Les femmes et les hommes à haut risque	Ce groupe est très important. Ce groupe comprend plusieurs sous-groupes qui sont particulièrement exposés au VIH/SIDA/IST suite surtout à leur travail. Il s'agit : La population mobile : <ul style="list-style-type: none"> - militaires - policiers - camionneurs et taximen - marchands ambulants - travailleurs migrants Les travailleurs/euses de sexe et leurs clients Les femmes qui travaillent dans les hôtels, les bars
4.	Les femmes à faible niveau de revenu	Les femmes à faible revenu sont très vulnérables et représentent une population nombreuse au Rwanda. Leur dépendance financière les expose à toutes sortes de situations à risques qu'elles doivent affronter afin de pouvoir subvenir à leurs besoins et aux besoins de leurs enfants. Elles sont amenées souvent à échanger des services d'ordre sexuel pour de l'argent ou des cadeaux. On peut retrouver dans cette catégorie : les domestiques, les veuves, les jeunes filles étudiantes, etc.
5	Les femmes et les hommes en âge de reproduction	Il convient de cibler tant les hommes que les femmes en âge de reproduction. Les femmes sont les plus infectées par le VIH/SIDA. Les relations sexuelles non protégées peuvent mener à une grossesse non désirée. Ceci place aussi les femmes à un haut risque de transmission, pour elle et l'enfant. De plus, le taux élevé du veuvage dû au génocide et au VIH/SIDA, fait que les hommes ont plus d'opportunités d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Les femmes sont surtout celles qui prennent soin des personnes malades et des PVVIH dans la société. Les hommes ont besoin d'être davantage impliqués et par le fait même, responsabiliser dans le

		processus du choix d'avoir des enfants.
6	Employeurs /Employés	Tout le secteur du milieu de travail représente un groupe de la plus haute importance à cibler. Ce groupe constitue le noyau économique du pays. Nous devons aussi souligner tous les rapports de dominance existant entre les employeurs/directeurs et les employés eux-mêmes et aussi des directeurs par rapport aux jeunes filles employées. Celles-ci se retrouvent souvent à avoir des rapports sexuels avec leurs patrons.

La deuxième catégorie :

1	Les prestataires de services de santé	Les prestataires de service de santé sont les médecins, infirmières, sages-femmes, pharmaciens, conseillers, les assistantes sociales, etc. Ils fournissent aux individus différentes informations et services et peuvent aider à renforcer la qualité des services et des soins fournis et à orienter les patients. Ce sont des partenaires essentiels en matière de communications, d'amélioration des relations fournisseurs -clients et de renforcement des liens entre les communautés.
2	Les agents de santé	Les agents de santé sont divisés en trois groupes principaux : - <i>Les chargés de santé</i> au niveau local - <i>Les accoucheuses traditionnelles</i> , qui méritent une attention particulière à cause du rôle important qu'elles jouent pour les femmes et la famille. - <i>Les tradi-praticiens</i> reconnus officiellement et travaillent généralement en association. Cependant les tradi-praticiens non reconnus officiellement jouent un rôle négatif auprès des patients et nuisent d'une façon importante à la prévention du VIH. De plus, ils trompent la population en promettant et donnant des produits douteux qui devraient supposément guérir le VIH/SIDA, moyennant des paiements exorbitants, qui appauvrissent la population.
3	Les enfants vulnérables	Suite aux problèmes de guerre, de génocide et du VIH/SIDA, il existe un nombre élevé d'enfants rwandais qui sont orphelins (+ de 260,000), et/ou chefs de ménage, et ce nombre continue sans cesse d'augmenter. Ces enfants constituent un groupe extrêmement vulnérable qui a des besoins spécifiques et requiert une assistance urgente. Si ils ne sont pas dans la rue, ces enfants orphelins représentent pour plusieurs familles qui décident de prendre en charge ces enfants, un fardeau additionnel à plusieurs niveaux. Le groupe des filles devra être spécialement pris en considération.
4	Les leaders d'opinions	Les leaders d'opinions sont des représentants de la communauté qui ont une influence capitale dans leurs décisions. Ils peuvent être des confessions religieuses, les commerçants, les conseillers et les responsables de chaque cellule. Ils mobilisent les communautés autour de questions liées au dialogue communautaire et à l'implication, et en mettant en cause des croyances et des pratiques préjudiciables liées à la stigmatisation et la discrimination et à l'inégalité entre hommes et femmes.
5	Les éducateurs/parents	Les éducateurs comprennent d'abord les parents qui occupent une place importante dans l'éducation des enfants et l'information qu'ils leur transmettent dès le jeune âge. Les enseignants, directeurs, jouent aussi un rôle de premier ordre pour les jeunes. De plus, les membres et les conseillers pédagogiques au sein des institutions d'enseignement jouent aussi un rôle pour assurer l'intégration du VIH/SIDA/IST dans les programmes et modules scolaires.

6	Les décideurs	Les décideurs sont les personnes de la présidence, du parlement, de la cour, les préfets, les maires. Leur rôle est déterminant parce qu'ils donnent les priorités nationales, adoptent les lois et les politiques en matière de VIH/SIDA et IST. Ils peuvent par exemple, mettre en place des politiques destinées à prévenir et éradiquer la stigmatisation et la discrimination ainsi que les inégalités entre hommes et femmes.
---	----------------------	---

4.5 Recherche

La conduite d'une recherche est une des phases les plus cruciales, et même obligatoires, dans le développement de programmes CCC. Ces résultats **guident à déterminer le profil du groupe cible**, qui sera les éléments clés pour définir l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes CCC.

Cette recherche est souvent aussi appelée, 'recherche de base', '*évaluation préalable*', '*analyse de la situation*' ou '*analyse du public cible*'. Il est important de s'assurer du concours des institutions de recherche dans ce processus et d'impliquer dès le départ, des organismes impliqués auprès de ce groupe cible et aussi, des membres de ce groupe cible.

Cette étape est souvent difficile à faire financer. Dans les pays où le VIH/SIDA est en pleine crise, les décideurs désirent surtout voir des actions CCC tangibles plutôt que des 'recherches' et ce, à bon escient. Cependant, il est important que cette étape soit bien effectuée car elle est la base de toutes interventions et programmes CCC pertinents. Elle permet aussi d'identifier les paramètres pour effectuer une évaluation adéquate des programmes CCC et de ses impacts au niveau des changements de comportements chez les individus et groupes cibles. Cette étape, la recherche, devrait représenter environ 10% du budget total du programme ou intervention CCC.

A. La première étape consiste à **identifier un protocole de recherche**, c'est ce que l'on appelle des 'termes de référence' afin de clarifier ce que nous désirons savoir.

Les éléments suivants devraient en faire partie :

- D'abord, il est nécessaire d'**identifier 'qui fait quoi et comment?'** :
 - Qui sont les ministères, organismes et groupes communautaires qui travaillent activement auprès de ce groupe cible?
 - Quels sont les types d'interventions CCC qu'ils exécutent auprès/avec cette population cible?
 - Comment sont effectuées ces interventions CCC? Suivent-elles toutes les étapes nécessaires au développement de programme CCC, incluant la recherche et le pré-testing?
 - Quelles sont les difficultés que les intervenants en CCC rencontrent? (manque de ressources humaines, budgétaires, manque de coordination, etc.)
 - Quelles sont les leçons apprises en CCC.
- Il est aussi important d'**inventorier les canaux de communication, des médias et des supports de communication existants** auxquels ce groupe cible a, ou peut avoir accès;
- Ensuite, il faut bien **définir le 'profil de ce groupe cible' et définir, si possible, à 'quelle étape de changements' se situe ce groupe** (manque de connaissances, sensibilisation,

préoccupation- se sentir 'concerné, éducation : être informé et habilité, motivation, prêt pour le changement, essai d'un nouveau comportement, adoption du nouveau comportement, consolidation pour un changement durable).

Voici les principaux éléments de recherche :

- informations telles que âge, profession, lieu de résidence, mode de vie, situation géographique, religions, etc.
- situations à risque liées à ce groupe cible, avec explication détaillée de la manière dont les décisions sont prises dans différents contextes ;
- motifs des comportements individuels ou collectifs;
- facteurs pouvant favoriser ou interdire leur changement (culturel, politique, socio-économique, genre, spirituel);
- perceptions des risques et des comportements à risque (attitudes et pratiques);
- paramètres positifs et négatifs ayant un impact sur les comportements ;
- avis des personnes déterminant les courants d'opinion (guides d'opinion) ;
- accès et modes de fréquentation des services liés au VIH/SIDA, incluant le CDV et la PTME, et opinions sur ces services ;
- perceptions de la stigmatisation et de la discrimination ;
- perception des PVVIH;
- espoirs, craintes et buts pour le futur ;
- personnes susceptibles de changer ou souhaitant le plus servir de modèle ;
- identification des groupes secondaires liés à ce groupe cible prioritaire, c'est-à-dire qui peuvent influencer le groupe cible dans le changement de comportements;
- habitudes et intérêts de ce groupe cible par rapport aux modes d'interventions CCC, qui peuvent par exemple nous aider à les atteindre efficacement;
- préférence aux niveaux des canaux de communication (interpersonnel, médias et accessibilité.) Ceci doit aussi être déterminé en considérant le niveau d'alphabétisation de ce groupe.

B. Il s'agit ensuite de commencer par **effectuer une revue littéraire CCC** par rapport à ce groupe cible. Il faudra rassembler toutes les études disponibles, qu'il s'agisse d'enquêtes ethnographiques rapides ou approfondies, d'enquêtes de surveillance comportementale ou de travaux de recherche en rapport avec ce groupe cible. Ces documents seront donc étudiés par rapport aux éléments définis dans le protocole de recherche.

C. Il faudra ensuite **déterminer les lacunes/manques par rapport aux éléments du protocole de recherche** qui n'ont pu être déterminés. On pourra, par exemple, s'apercevoir que nous manquons d'information et de données quand aux moyens d'atteindre et de communiquer efficacement avec ce groupe.

D. Une recherche formative devra ensuite être complétée afin d'obtenir toutes les informations manquantes et nécessaires liées à ce groupe cible. Nous pourrions donc faire appel à des méthodes qualitatives telles que:

- groupes de discussion,
- entretiens en profondeur avec des informateurs-clés,
- observation directe,

- enquêtes ethnographiques rapides.

E. Un rapport final de recherche devra être produit à la fin. Ce rapport guidera clairement les décideurs sur l'importance du programme ou interventions CCC à réaliser et donnera toutes les bases nécessaires pour son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation.

5. MATRICE DE PLANIFICATION CCC VIH/SIDA/IST

5.1 Introduction

On entend par Matrice de Planification CCC, un ensemble d'éléments nécessaires à la planification pour toutes décisions et actions dans la réalisation de programmes CCC. Elle vise à assurer la cohérence et la pertinence des messages et des interventions CCC et exige la clarification des rôles et des responsabilités de tous les acteurs partenaires pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

Cette Matrice de Planification CCC sera élaborée par rapport à chacun des groupes cibles prioritaires identifiés préalablement. Elle sera utilisée dans le futur, pour développer les Plans Opérationnels de chacun de ces groupes.

Elle comprend les éléments suivants qui sont tous inter reliés et dans un ordre chronologique:

- La segmentation des Groupes Cibles
- Les problèmes de Comportements
- Les facteurs influençants (positifs et négatifs)
- Les comportements désirés
- Les objectifs de CCC
- Le développement des messages
- L'identification des canaux, des interventions et des supports de communication et le pré-testing
- Le suivi et l'évaluation (avec indicateurs)
- L'identification des partenaires

Dans la suite du document, une définition et des exemples pour chacun de ces éléments sont donnés.

Figure 4 : EXEMPLE pour comprendre la MATRICE de PLANIFICATION CCC

Groupe Cible National Primaire: Les femmes et les hommes en âge de reproduction

La segmentation du groupe	Les problèmes de Comportements	Les facteurs Influençant : - Positifs - Négatifs	Les comportements désirés	Les objectifs de CCC	Les messages	L'identification : - Canaux - Interventions - Supports de Communication -Pré-testing	Les indicateurs Suivi Evaluation	Partenaires - Couverture géographique
➤	➤	➤	➤	➤	➤	➤	➤	➤
Jeunes hommes, 20-24 ans, Milieu rural	Faible fréquentation des services IST par les hommes	<i>Négatifs :</i> - ignorance des IST et du risque accrue en relation avec le VIH <i>Positifs :</i> - les structures sanitaires de santé soignent correctement les IST	Fréquentation accrue des services IST par les hommes	Augmenter la connaissance des IST et leurs risques accrus en relation avec VIH/SIDA chez les hommes	'Consulte la FOSA aux premiers symptômes de IST et tu diminueras le risque de contracter le VIH'	<i>Canaux :</i> Mass media : Radio Interpersonnel : Pair Éducateurs <i>Interventions :</i> Campagnes et rencontres/réunion <i>Supports :</i> Spots radio Guide de rencontre pour discussion Dépliant	Nombre d'hommes qui consultent les FOSA pour les IST.	TRAC FOSA

5.2 Segmentation du groupe cible

La segmentation du groupe cibles signifie l'identification du sous groupe qui doit être ciblé par l'intervention CCC. Pour chacun des douze groupes cibles, une segmentation doit être effectuée en précisant les groupes cibles primaires et secondaires. On entend par groupe **cible primaire, les groupes ou les individus visés qui méritent une intervention en vue d'un changement de comportement**. Ce sont des groupes d'individus qui partagent des caractéristiques spécifiques communes, telles que l'âge, profession, lieu de résidence, mode de vie, situation géographique, religions, le degré d'exposition aux facteurs de vulnérabilité, etc. **Le groupe cible secondaire est un groupe d'individus qui peuvent avoir des influences sur le groupe cible primaire.**

Voici des exemples:

Catégorie 1 : Les jeunes (groupe prioritaire et primaire). Les groupes secondaires associés pourront être les parents, les enseignants, les pairs, les autorités religieuses.

Catégorie 2 : les prestataires de services de santé (groupe prioritaire et primaire). Les groupes secondaires associés pourront être : la direction de l'hôpital, les clients, les cadres du Ministère de la Santé, les Institutions d'enseignement des professionnels de la santé, ect.

Pour chaque groupe cible retenu comme primaire et secondaire, il faut définir son profil. Le profil est établi à partir des résultats de la recherche (revue littéraire). A cette étape, une recherche formative (qualitative), devient nécessaire pour préciser les spécificités du groupe segmenté primaires et secondaires.

5.3 Problèmes de comportements

Un comportement est un ensemble de réactions, d'**attitudes, de compétences** et de **pratiques**, incluant **la recherche de soins**, en réponse à son expérience passée, et/ou à une stimulation venue de son milieu. Un comportement est lié à un niveau des **connaissances** d'un individu.

Dans le contexte de la santé reproductive, et plus spécifiquement du VIH/SIDA et des IST, les problèmes de comportements sont reliés à:

- un manque de connaissance de la santé reproductive, et plus spécifiquement du VIH/SIDA et des IST ;
- des pratiques et des attitudes qui augmentent le risque individuel de contracter ou de transmettre le VIH/IST ;
- des pratiques et attitudes non cohérentes dans la prise en charge et les soins relatifs aux PVVIH ;
- Chez les PVVIH, on peut aussi mentionner le manque de pratiques, attitudes et compétences non cohérentes aux soins (globaux) par rapport à leur état de santé.

Les problèmes de comportements nationaux majoritaires sont :

1. Stigmatisation et Discrimination :

- Stigma, discrimination des PVVIH par la communauté et les prestataires de services
- Forte auto stigmatisation des PVVIH

2. Comportements sexuels

- Rapports sexuels précoces chez les jeunes

- Infidélité conjugale
 - Rapports sexuels non protégés avec les partenaires non réguliers parmi les personnes sexuellement actives
 - Partenaires sexuels multiples
 - Faible utilisation constante et correcte du condom parmi les personnes sexuellement actives
4. Soins de santé / service :
- Faible fréquentation des services IST/CDV/PTME par les hommes
 - Faible utilisation des services des soins par les PVVIH
 - Faible utilisation des services de soins par les PVVIH
 - Automédication en cas d'IST
5. Communication:
- Manque de dialogue entre parents et enfants en matière d'éducation sexuelle
 - Manque de dialogue concernant les rapports sexuels, la sexualité et le VIH/SIDA entre les hommes et les femmes.
6. Culture :
- Dominance de l'homme sur la femme en matière de sexualité

Il est important de rappeler que ces problèmes sont liés aux différentes étapes de changement de comportements, mentionnées à la page 29 de ce document. Dans l'identification du problème, dans la mesure du possible, il faudrait préciser à quelle étape se trouve la majorité des individus du groupe cible primaire.

Cependant il importe de mentionner que plusieurs autres problèmes de comportements peuvent être identifiés. La brève analyse de situation présentée au chapitre 2 de ce document en énumère plusieurs autres. Les résultats de la revue littéraire et la recherche formative fourniront les détails des problèmes de comportements relatifs à chacun des groupes cible.

5.4 Facteurs influençant

Pour tout problème donné, il faut mentionner tous les facteurs qui influencent ce comportement. Ces facteurs peuvent influencer négativement ou positivement les comportements. Les facteurs négatifs nuisent aux comportements désirés tandis que les facteurs positifs constituent des opportunités pour favoriser, adopter et maintenir un nouveau comportement.

Comme dit précédemment, l'analyse du problème doit tenir compte des facteurs qui peuvent avoir une influence au niveau individuel, communautaire et du système. Pour ce faire il faut une analyse :

- Au niveau **individuel** : les connaissances, les attitudes, la confiance en soi, les compétences et la motivation d'une personne ou d'un groupe d'individu à essayer de nouveaux comportements.
- Au niveau **communautaire** : la façon dont un individu est influencé par diverses personnes et interagit avec ces dernières (par exemple, partenaires, membres de la famille, pairs, dirigeants communautaires et religieux, et guérisseurs traditionnels). Il existe, par exemple, des règles ou des pratiques au sein d'une communauté, susceptibles d'encourager des comportements sexuels risqués.

- Au niveau **du système** : la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé par exemple CDV, PTME, IST, ARV, IO (Prophylaxie et prise en charge). En communication aussi tels la Radio, Télévision, Journaux, Imprimés.

Ces trois niveaux sont aussi influencés par des facteurs environnementaux déterminés par ONUSIDA, tels que la **politique gouvernementale**, la **situation socioéconomique**, la **culture**, les **relations** entre hommes et femmes et aussi entre jeunes et adultes, et la **spiritualité/religion**.

Chacun des problèmes de comportements devront donc être analysés par rapport à ces facteurs influents. Voici des exemples d'aspects dont il faudra tenir compte.

	Négatifs	Positifs
Politique/ gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> o Les discours politiques influencent grandement la façon de penser et d'agir d'une population. Au niveau du VIH/SIDA/IST, l'influence sera négative si les politiciens ne parlent pas ouvertement du condom pour prévenir le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> o Les politiques peuvent jouer un rôle très important pour protéger les femmes contre la violence et le viol que subissent les femmes. o La stabilité politique et la bonne gouvernance ; o Un discours des politiciens ouvert par rapport à la promotion de l'usage constant et correct du condom, aura une très forte influence sur la population et l'acceptation du condom.
Situation socio-économique	<ul style="list-style-type: none"> o Les groupes les plus démunis économiquement sont plus exposés aux maladies incluant le VIH/SIDA ; o La plupart des PVVIH n'ont pas d'accès facile aux soins, à une nutrition minimale et encore moins aux ARVs. 	<ul style="list-style-type: none"> o La pauvreté des individus et de la communauté représente un impact dans les pratiques sanitaire de santé ; o L'espoir renaît au sein des individus et de la communauté lorsque les PVVIH ont accès aux soins, à une nutrition minimale et aux ARVs.
Culture/coutume	<ul style="list-style-type: none"> o Le style de langage négatif et honteux lié au sexe, à la sexualité et au VIH/SIDA nuisent à la prévention et à la prise en charge liés au VIH/SIDA ; o La notion de viol et d'agression sexuelle est mal définie et très peu connue des politiciens, législateurs, des professionnels de la santé et de la population en général ; o Des pratiques traditionnelles préjudiciables comme l'héritage d'une épouse ; 	<ul style="list-style-type: none"> o Un langage juste et clair aide à une meilleure acceptation des aspects liés à la sexualité et au VIH/SIDA ; o Certaines coutumes peuvent être exploitées afin d'obtenir un bon impact dans la population. On pourra par exemple bien informer et éduquer les tantes au niveau de la sexualité et du VIH/SIDA afin qu'elles informent correctement les jeunes filles à la puberté.

	<ul style="list-style-type: none"> o Une culture conservatrice et lente à s'adapter constitue une barrière à l'utilisation des services et infrastructures de santé o La faible application de la législation, nuit à la prévention du VIH/SIDA surtout en rapport avec les pratiques préjudiciables dont font l'objet certaines femmes, y compris le viol et la violence. 	
Relations : -Hommes/femmes et -Jeunes/adultes/ Transgénérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> o Il existe des inégalités entre hommes et femmes à tous les niveaux de la société auxquelles il faut s'attaquer dans le cadre des problèmes de VIH/SIDA et de SR ; o Les femmes ont encore moins accès par rapport aux hommes à l'éducation, à l'emploi, aux facilités de crédit, augmente leur dépendance économique à l'égard des hommes et le risque qu'elles aient des rapports sexuels non protégés ; o L'homme détient le pouvoir de décision et le contrôle financier dans la famille et au sein des communautés ; o Les parents se sentent démunis par rapport à amorcer un dialogue sur la sexualité avec leurs enfants 	<ul style="list-style-type: none"> o Il existe des hommes qui ont un grand respect pour les femmes. Travailler à promouvoir une image d'hommes qui respecte les femmes, qui prennent leur responsabilité paternelle, aura un impact positif ; o Les programmes qui intègrent la participation des hommes dans les rencontres prénatales aident à favoriser une meilleure implication de leur part ; o La promotion des programmes d'accès à la scolarisation des filles influence positivement les changements sociaux o Les parents peuvent jouer un rôle positif en éduquant et parlant ouvertement de la sexualité et du VIH/SIDA avec leurs enfants. o Les jeunes sont davantage assoiffés d'avoir plus d'informations concernant la SR.
Spiritualité/religion	<ul style="list-style-type: none"> o Le rôle des valeurs spirituelles/religieuses qui peuvent entraver la transmission des messages de prévention o On doit s'assurer que les institutions religieuses ne contredisent pas (ou du moins ne s'impliquent pas pour) les messages de prévention qui visent l'usage du condom, les tests VIH, IST, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> o Les valeurs spirituelles/religieuses peuvent encourager la transmission de messages positifs à l'égard du VIH/SIDA/IST o Les leaders religieux ont une influence importante sur la population rwandaise en matière de VIH/SIDA. Il est important de collaborer avec eux pour le développement de tous les programmes o C'est un environnement propice à promouvoir l'abstinence et la fidélité dans le couple, VCT,

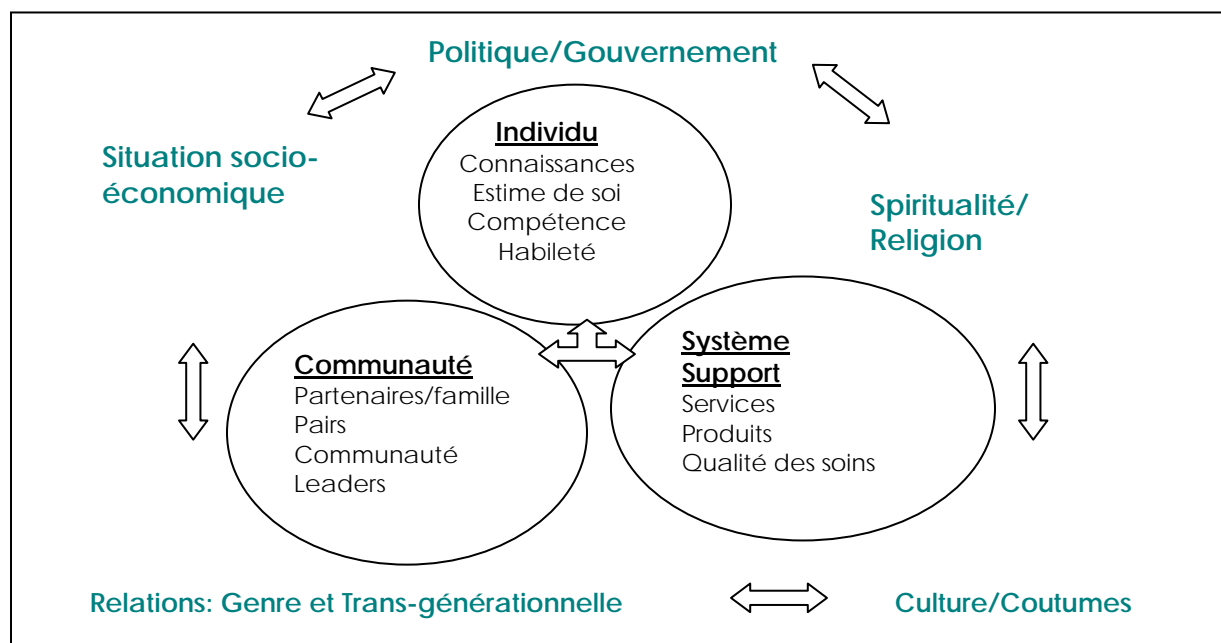
		Implication des hommes
--	--	------------------------

Certains facteurs sociaux ont également un impact sur les problèmes liés à la SR et au VIH/SIDA et doivent être pris en compte. Parmi ces facteurs, citons :

- Risque accru pour les femmes en raison de leur faible pouvoir de décision et de négociation dans le domaine de la sexualité, de leur faible niveau d'éducation et de la médiocrité de leur statut économique.
- Les stigmates du sexe, de la sexualité et du VIH/SIDA ont abouti à une culture du silence, du secret et du déni.
- Le peu d'implication et de témoignages des personnes vivant avec le VIH/SIDA pour promouvoir leurs besoins et leurs droits.

Voici un schéma qui explique l'interrelation entre ces trois niveaux et ces différents facteurs environnementaux.

Figure 5 : Interrelation entre les différents niveaux et facteurs environnementaux du changement de comportements.



5.5 Comportements désirés

Les comportements désirés sont des pratiques et des attitudes idéales qui doivent être encouragées et soutenues afin d'adopter et de conserver un comportement plus sûr en matière de santé sexuelle et reproductive. Les comportements souhaités devraient être des pratiques et des attitudes que les gens souhaitent et sont en mesure d'adopter. Ils sont directement et doivent être définis en rapport avec les problèmes de comportements énumérés précédemment. En voici des exemples :

- Retarder l'âge de début des rapports sexuels chez les jeunes

- b) S'engager dans une fidélité conjugale
- c) Avoir toujours des rapports sexuels protégés avec tous les divers partenaires
- d) Avoir un seul partenaire sexuel
- e) Augmenter la demande par rapport aux services liés aux IST
- f) Augmenter la qualité des prestataires de services de santé dans les services CDV et PTME
- g) Avoir une attitude de respect et de compassion envers les PVVIH
- h) Impliquer les PVVIH dans tous les secteurs de la vie
- i) Protéger légalement et effectivement les femmes et les jeunes filles qui font une plainte contre la violence sexuelle
- j) Consultation des services de santé en cas des IST
- k) Consultation précoce des services de soins par les PVVIH
- l) Dialogue entre les parents et les enfants en matière d'éducation sexuelle
- m) Augmentation des services CDV/PTME par les hommes
- n) Utilisation constante et correcte du condom chez toutes les personnes sexuellement actives
- o) Dialoguer ouvertement sur les rapports sexuels, la sexualité et le VIH/SIDA entre hommes et femmes
- p) Les femmes sont capables de négocier leur sexualité de manière équitable et qui tienne compte de leurs besoins

5.6 Objectifs de Communication pour le Changement de Comportements

Les objectifs de Communication visent à induire un changement de comportement. Ils sont **directement liés aux problèmes de comportement identifiés et visent une action par rapport aux comportements désirés**. Ces objectifs peuvent être définis à court terme et/ou à long terme, en fonction de l'étape du processus de changement de comportement dans laquelle le groupe cible se trouve. Les objectifs de communication pour le changement de comportements doivent être réalistes et mesurables et doivent promouvoir une action.

Exemple d'objectifs CCC :

- Augmenter la connaissance des IST et son risque accru en relation avec VIH/SIDA chez les hommes
- Augmenter la perception des risques personnels au IST
- Augmenter la connaissance sur l'importance de notifier à son/ses partenaires sexuels son statut au niveau des IST
- Augmenter la connaissance des lieux de services IST
- Améliorer l'attitude positive et l'écoute par le personnel de santé envers les patients IST.

5.7 Messages

5.7.1 Introduction

Les messages sont directement liés aux objectifs de communication pour le changement de comportement. **Ils doivent être développés avec une approche systématique basée sur une recherche préalable. Ils doivent répondre aux besoins du public cible, refléter le comportement désiré et l'avantage clé.** Les messages sont un des éléments de la plus haute importance au niveau de la communication en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA/IST. Il est **essentiel de pré tester les messages** avant de les reproduire sur des affiches, dépliants, spots

radios, etc. Plusieurs étapes peuvent être nécessaires avant d'obtenir le bon message. Plus d'information sur le pré-test sont données à la page 54.

5.7.2 Avantages clés

Les avantages clés sont des inducteurs du comportement désiré. Ils correspondent à la vision positive personnelle ou du groupe cible, aux éléments qui **motivent** l'individu à changer de comportements négatifs ou à maintenir le comportement positif. Ils représentent **des bénéfices majeurs que l'individu tire du changement de comportement**. Les messages doivent donc être emprunts du contenu de ces avantages clés.

5.7.3 Caractéristiques d'un bon message

Attire l'attention	Un message éducatif devrait être mis en évidence et plus remarquable que tout autre chose
Est compréhensible, clair et simple	Un message doit utiliser un langage clair et compréhensible pour le groupe cible afin d'éviter des équivoques
Communique un bénéfice	Les messages qui communiquent un bénéfice sont les plus absorbés par l'audience.
Est répété dans plusieurs interventions et canaux	Un message répété plusieurs fois crée une impression de vérité et d'harmonisation.
Touche d'une façon pertinente des personnes.	Les messages les plus inspirants pour parler du VIH/SIDA sont le plus souvent, ceux qui travaillent l'émotion et/ou qui projette un visage 'humain' face aux problèmes liés au VIH/SIDA et qui, ainsi, rappelle encore et encore le problème soulevé.
Crée la confiance, est crédible	Les gens croiront à ce qui a du sens pour eux. Un message devrait susciter la confiance et être consistant avec la réalité et la culture
Appelle à une action	L'objectif de n'importe quel message est de changer le comportement des gens, ce qui consiste à permettre aux personnes de changer du comportement 'A' vers le comportement 'B'. Par conséquent, un message sans appel à l'action est un message incomplet et non mesurable.
Concis et court	Plus un message arrive à transmettre son contenu avec consistance et dans peu de mots, plus il pourra être apprécié et permettre qu'il soit répété facilement
Si pertinent, être lié à un service	Si cela est pertinent, un bon message saura promouvoir l'utilisation des services de centre de santé, de CDV, de PMPCT

5.7.4 Approche d'un bon message

L'approche utilisée pour transmettre les messages est aussi très importante. Elle doit être associée de très près au goût du groupe cible. Par exemple, une approche **humoriste** pourra être plus pertinente avec les jeunes qu'avec les personnes plus âgées. Au niveau du VIH/SIDA, une approche **positive** est aussi beaucoup plus favorable et bénéfique qu'une approche basée sur la **peur**, le **déni** ou **moraliste**.

5.8 Canaux, Interventions, Supports de Communication et pré-test

5.8.1 Canaux

Les canaux de communication sont les véhicules par lesquels les messages sont transmis. Les différents canaux sont identifiés sous quatre principaux modes :

1. Communication interpersonnelle	La communication interpersonnelle est utilisée avec des individus ou de petits groupes. Elle inclut des réunions, des conseils, des séances de formation, d'éducation par les pairs, des manifestations, des jeux de rôles et des pièces de théâtre interactives, des visites à domicile et sur site.
2. Médias traditionnels et populaires	Les médias traditionnels et populaires, tels que les théâtres locaux, les festivals de chanson et les spectacles de danse, de marionnettes, peuvent aider à véhiculer des messages dans les zones les plus reculées, ou lorsque les messages provenant de "l'extérieur" ne sont pas bien compris et crédibles.
3. Mass médias	<p>Les mass médias impliquent une diffusion très large qui atteint un grand nombre de personnes via la radio, la télévision et les journaux. Au Rwanda, l'utilisation de la radio est l'un des circuits les plus populaires et les plus largement utilisés pour la diffusion de messages de communication, car elle permet d'atteindre un grand nombre de personnes rapidement et de manière fréquente. La presse écrite est destinée à un public instruit et peut faire passer des messages plus complexes que les médias de masse. Toutefois, pour une plus grande efficacité, ces médias devraient être combinés à la communication interpersonnelle afin de renforcer les messages.</p> <p>On appelle 'petit media' tous le matériel imprimé, tels que les dépliants, les cassettes audio et vidéos, les cahiers humoristes, les banderoles, les affiches, les autocollants, les calendriers, les bandes dessinées, les panneaux d'affichage, etc.</p>

Chacun de ces canaux a ses points forts et ses points faibles en fonction du rôle qu'il joue dans les processus de changement de comportement. En d'autres termes, les canaux choisis pour transmettre les messages, doivent correspondre aux besoins et à l'environnement du public ciblé. Le recours à plusieurs canaux de communication liés entre eux est plus efficace que celui d'un canal unique. Les interventions devraient donc combiner plusieurs canaux pour un même message afin d'avoir un impact maximal sur le changement de comportement des personnes.

Les mass media sont perçus comme une source d'autorité et de fiabilité, qui peuvent sensibiliser leurs audiences à certains points spécifiques. On peut également s'en servir pour promouvoir des comportements modèles et des attitudes positives en faisant appel à des personnalités connues et respectées de la population cible. Mais, ultérieurement, l'influence des mass media diminue et c'est finalement aux opinions et aux comportements de leurs proches que les membres des groupes ciblés accordent le plus d'attention. La communication interpersonnelle prend donc le relais et elle passe au premier plan, même si les mass media continuent à jouer un rôle de soutien.

Dans les contextes aux ressources très limitées, il faudra chercher à établir le maximum de liens entre les divers canaux de communication en tirant profit de toutes les opportunités. Il s'agit là d'un point essentiel. Si, par exemple, une campagne nationale est en cours, il faudra faire référence aux messages diffusés par les mass media dans ceux transmis par les voies interpersonnelles. Si le principal canal choisi est la radio et sous la forme d'émissions-débats à l'attention des jeunes, on pourra programmer des thèmes liés au VIH/SIDA et concernant cette population. Il faudrait également, par exemple, établir des passerelles avec les campagnes de marketing social promouvant le préservatif.

5.8.2 Interventions

Après avoir défini le ou les canaux pour un programme CCC, il s'agit maintenant d'identifier le type d'interventions privilégiées. Ceci permettra dans la suite de clarifier quels sont les supports de communication à utiliser, à améliorer ou à créer. Il est important d'identifier les interventions déjà en cours par les différents partenaires et de s'assurer que celles-ci soient en accord avec les priorités nationales CCC et soient par le fait même soutenues par la CNLS.

Les interventions destinées à atteindre les objectifs sont principalement les suivantes:

L'éducation par les pairs	<p>L'éducation par les pairs (on parle aussi de soutien par les pairs) est une composante fondamentale de toute intervention au sein des populations cibles. L'examen des résultats de diverses études conduites dans ce domaine (<i>Education par les pairs et VIH/SIDA : concepts, utilisation et défis</i>, ONUSIDA, 1999) a montré que ce type d'éducation a un impact positif considérable sur les comportements à risque et sur l'incidence des IST (et notamment des infections par le VIH). Les pairs éducateurs permettent d'accéder à certains groupes marginaux, ils servent d'exemples, ils favorisent les discussions communautaires et ils sont capables d'aiguiller leurs semblables vers les services compétents.</p> <p><i>Ex : Promouvoir l'éducation des pairs pour favoriser le dialogue entre les jeunes en faveur de meilleur rapport et compréhension entre garçons et filles. L'éducation des pairs avec/entre travailleuses de sexe pour les sensibiliser aux divers moyens pour lutter contre la violence des clients.</i></p>
La formation	<p>La formation est très importante surtout pour le développement et l'amélioration des habiletés et des capacités. Mentionnons entre autres, auprès des animateurs des provinces, des responsables CCC dans les ministères, les prestataires de services, les PVVIH, etc. Il faudra aussi s'assurer d'avoir les bons outils de formation et que les plans de formation des formateurs et de suivi soient bien développés et exécutés.</p> <p><i>Ex : la formation des conseillers en IST pour développer des attitudes plus positives (sans jugement) et de meilleures habiletés lorsqu'ils rencontrent des jeunes en consultation.</i></p>
Les réunions, séminaires et conférences	<p>Les réunions, les séminaires et les conférences sont souvent très utilisés et importants à différents niveaux de la société.</p>

	<p><i>Ex : Organiser une conférence régionale pour identifier des programmes CCC pour lutter contre la transmission du VIH en rapport aux populations mobiles.</i></p>
La mobilisation des communautés	<p>La mobilisation des communautés cherche à promouvoir une participation et une implication plus grandes des membres aux activités communautaires. Elle se réfère à l'utilisation de réseaux communautaires (dirigeants et groupes de personnes) afin d'encourager le soutien et l'action communautaires. Il peut s'agir de diffusion de messages, de la création de groupes de soutien communautaire, et du renforcement des liens et des renvois entre la communauté et les centres sanitaires pour des services et des soins de qualité. Elle implique également d'assurer la participation des institutions, des communautés, des groupes sociaux et religieux et d'identifier, de rassembler et de gérer les ressources humaines et matérielles nécessaires aux CCC.</p> <p><i>Ex : Promouvoir la sécurité alimentaire pour les ménages affectés par le VIH par le biais de jardins communautaires, de greniers communaux.</i></p>
Le plaidoyer, incluant le lobbying	<p>Le plaidoyer cherche à augmenter l'engagement politique, la volonté sociale et les ressources pour les CCC. Cela inclut la fourniture des ressources nécessaires, le développement de politiques et de lois et la sensibilisation du public aux activités liées aux CCC.</p> <p>Tous les niveaux de la société sont concernés : au niveau personnel avec les partenaires, la famille et les amis ; au niveau communautaire avec les voisins, les personnes influentes dans les médias et dans les événements publics ; et au niveau institutionnel via des organisations à même d'atteindre les décideurs politiques et autres personnes haut placées dans les médias.</p> <p><i>Ex : Exercer des pressions sur les parlementaires afin qu'ils promulguent une loi contre les pratiques sexuelles préjudiciables. Informer les médias de l'importance de mettre l'accent sur l'espoir et le fait de vivre positivement en étant séropositif.</i></p>
Les campagnes de sensibilisation	<p>Les campagnes de sensibilisation sont toujours essentielles. Elles visent surtout à transmettre des connaissances et à promouvoir de nouvelles attitudes favorables envers le VIH/SIDA, les IST, les PVVIH.</p> <p><i>Ex : Organiser une campagne nationale pour aider la population à mieux comprendre les impacts de la stigmatisation et de la discrimination envers les PVVIH sur l'ensemble de la population.</i></p>
Le marketing social	<p>Le marketing social se base davantage sur les concepts du secteur publicitaire. Il utilise les concepts de segmentation du marché, réalise des recherches sur les consommateurs / clients et</p>

	<p>toutes autres facilités qui pourraient ‘persuader’, ‘provoquer’ et ‘motiver’ l’individu, le client, le patient ou le consommateur à changer ou adopter un nouveau produit ou à adopter un nouveau comportement. Les campagnes de marketing social comprennent aussi un aspect lié à la vente et à un certain profit financier et interviennent beaucoup sur le plan de distribution.</p> <p><i>Ex : Lancer une campagne sur une nouvelle pilule anticonceptionnelle pour les femmes</i></p>
--	--

5.8.3 Supports de communication

Après avoir identifié les principaux objectifs de communication, les messages, les canaux de communication et le type d'interventions CCC à privilégier, nous pouvons identifier les supports de communication nécessaires à utiliser, à produire, à améliorer et/ou reproduire.

Les supports de communication représentent tous les outils dont nous avons besoin pour réaliser nos interventions CCC, tels que matériels imprimés, cassette audio-visuels, cahier de formation, émissions TV ou radio, etc.

Il faudra d'abord s'assurer de ce qui existe et est déjà utilisé. Certains supports existent déjà, il ne s'agira alors qu'à les multiplier, les distribuer et en assurer la diffusion.

Comme pour le développement des messages, les supports de communication demande une approche systémique, qui inclut toujours une recherche préalable et le pré-testing. De plus chacun des supports requiert une expertise spécifique pour la conception et la réalisation. Par exemple, développer un dépliant demande des experts concepteurs, des graphistes et des imprimeurs. En vidéo, des journalistes, des preneurs de son, des caméramans, des réalisateurs seront nécessaires. Il est donc important d'avoir recours à la **collaboration d'experts et de techniciens spécialisés dans chacun des types de supports choisis**.

Cependant, une des clés à ne pas oublier, c'est qu'il faut toujours développer le **CONTENU** de ces supports en impliquant les publics visés.

5.8.4 Pré-testing

Le pré-testing est un élément essentiel à effectuer dans le développement de messages et pour tous les supports de communication, tels que les affiches, les dépliants, les vidéos, les guides de formation, les émissions radio, etc.

Le pré-testing nous permet de vérifier si le message et/ou les supports de communication sont pertinents et vont permettre d'atteindre efficacement le groupe ciblé. Le pré-testing doit être mené d'abord avec des échantillons des populations cibles. On peut aussi envisager d'en conduire avec les groupes secondaires/groupes influents. Leur opinion pourra en effet différer de celle de l'audience visée. Cette approche n'est pas toujours facile à concrétiser, mais les responsables du projet devraient la tenter en cherchant à réduire au mieux les controverses. Un désaccord ultérieur avec ces parties pourrait en effet compromettre la bonne marche du projet, voire sa survie. Par exemple, il est important qu'un message sur la promotion du condom s'adressant aux jeunes soit testé auprès des jeunes d'abord et par la suite, auprès de groupes de parents afin d'en assurer son acceptabilité.

Le pré-testing doit être bien préparé, bien budgétisé et être effectué d'une manière systématique. Les principales techniques de pré-testing sont les focus-groups et les interviews individuels. On doit aussi toujours assurer une révision finale par les experts. Le pré-testing utilisera les premières versions (non terminées) des vidéos, des spots radios, des drafts des imprimés, etc. pour être évaluées. Le pré-testing nécessite souvent plusieurs étapes avant d'en arriver à son produit final.

5.9 Suivi et évaluation

5.9.1 Introduction

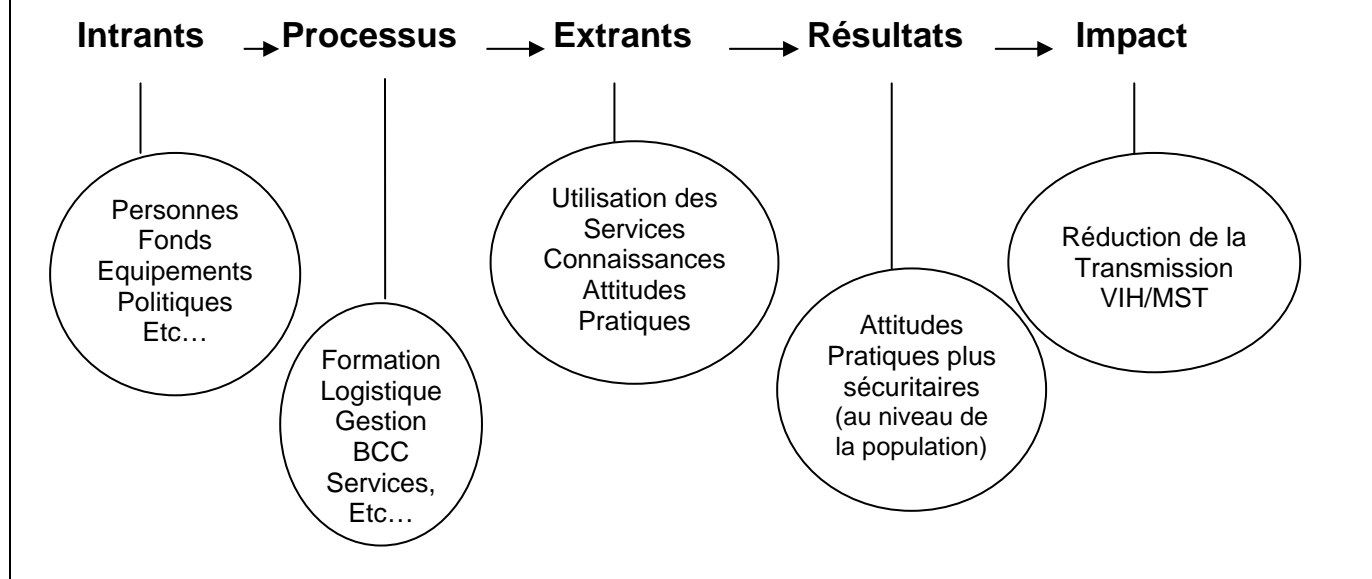
Tous les programmes CCC doivent prévoir dès leur origine, un plan de suivi et d'évaluation. Le suivi et l'évaluation fourniront des informations devant servir à déterminer si les efforts de mise en oeuvre des Plans Opérationnels CCC spécifiques au groupe cible, et les ressources utilisées, permettent d'avancer vers la réalisation du but et des objectifs définis dans ce Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST. Le suivi et l'évaluation visent aussi en bout de ligne, à contribuer à atteindre le grand but et les objectifs du Cadre National de lutte contre le SIDA.

À chaque niveau, diverses informations sont recueillies et synthétisées, comme des rapports, des visites sur place et des examens des produits de communication utilisés, afin de montrer la manière dont un programme spécifique ou une combinaison de programmes ont été menés, ainsi que les résultats obtenus. Des indicateurs relatifs au CCC sont aussi définis pour chacun des niveaux.

5.9.2 Niveaux de suivi et d'évaluation

La figure suivante présente un cadre qui définit les composantes dont il faut tenir compte pour le suivi et l'évaluation. Les **intrants/inputs** des personnes, les ressources et les équipements permettent l'organisation d'activités/processus, tels que formations, qui à leur tour produisent des **extrants** tels qu'une meilleure qualité des services, une meilleure connaissance et un accès accru aux services. Ces effets devraient entraîner des conséquences intermédiaires à court terme – ou des **résultats**, tels qu'un changement d'attitude, l'adoption d'un comportement sexuel plus sûr, de meilleures compétences ou une plus grande capacité à faire face au SIDA. Les résultats devraient produire des effets à long terme (**impacts**) tels que la réduction des risques, la réduction des infections, la réduction de la transmission de IST/SIDA.

Figure 6:
Cadre des Composantes pour le Suivi et l'Evaluation des Programmes CCC VIH/SIDA/IST



Module de formation de Suivi et Evaluation créé par la CNLS, en collaboration avec -Measure Evaluation Project-

Nous devons souligner que nous identifierons pour la CCC deux niveaux principaux avec des indicateurs spécifiques pour chacun de ces niveaux :

- Au niveau des programmes
- Au niveau national

Au niveau des programmes/projets

Au niveau des programmes et des projets CCC, les agences chargées de la mise en oeuvre identifieront des objectifs CCC spécifiques et des indicateurs de changement de comportements dans le but de soutenir le plan CCC pour les provinces et les districts. Ces objectifs CCC de programmes et ces indicateurs seront définis lors de la réalisation future de la Matrice de Planification CCC. Les ONG et les organisations communautaires sont encouragées à recueillir des informations pertinentes sur les contributions, les processus et les effets. Les données devraient être utilisées pour améliorer et modifier au fur et à mesure, les programmes. Il est aussi nécessaire d'examiner si les interventions CCC sont menées correctement, dans les délais et conformément au budget. En voici les éléments essentiels :

- **Intrants/input:** les intrants sont un ensemble des ressources qui constituent le matériel brut du programme : personnes, fonds, équipements, politiques, temps, etc.
Par exemple, les fonds et les ressources humaines affectés pour réaliser des interventions visant un changement de comportement auprès des personnes atteintes du SIDA, la disponibilité de politiques pertinentes pour faire face au VIH/SIDA sur les lieux de travail.
- **Processus/activités :** Le processus est un ensemble des activités qui utilisent les intrants pour produire des résultats souhaités dans un programme : formation, logistique, gestion des programmes/projets CCC, services, etc.
Par exemple, des recherches, des réunions et des formations ont été organisées par des

personnes atteintes du SIDA afin de développer une politique des stigmates sur les lieux de travail. Comment ces activités ont-elles été menées, de manière efficace et effective?

- **Extrants/produits, output** : les extrants sont les résultats obtenus au niveau du programme ou projet : utilisation des services, connaissances, attitudes, pratiques, face au genre, stigmatisation, etc.

Par exemple, une politique des stigmates a été développée sur un lieu de travail, dont l'effet pourrait être une hausse du pourcentage d'employés ayant une meilleure connaissance et une attitude positive à l'égard des personnes victimes du SIDA. L'entreprise a ouvert des cliniques de SSR pour les jeunes. Augmentation du pourcentage de personnes atteintes du SIDA qui apportent un témoignage public à leur lieu de travail.

Tel que mentionné précédemment, tous ces éléments seront préalablement définis en complétant la Matrice de Planification CCC.

Au niveau national

Au niveau national, la CNLS va assurer le suivi des plans opérationnels CCC pour chaque groupe cible, basé sur les indicateurs nationaux CCC, définis en lien avec chacun des objectifs définis dans le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST. Les informations et statistiques seront recueillies à partir des sources d'information existantes, spécifiques à la CCC, par le biais, par exemple, les données du TRAC et d'ONAPO. Nous entendons ici les études démographiques et sanitaires (DHS), les études de surveillance des comportements (BSS) ou via des études basées sur la population telles que les études de surveillance des jeunes adultes ou prénatales. Ces données sont le reflet de l'effet global de tous les programmes CCC en cours à tous les niveaux. Cette partie est appelée 'évaluation'. Les données sur les résultats et l'impact des programmes CCC sont les deux éléments essentiels.

- **Résultats des programmes** ou effets des programmes, à court terme ou à moyen terme : Attitudes et pratiques plus sûres au niveau de la population qui se caractérisent par des changements de comportements favorables à la santé reproductive. Les données sur les résultats sont parfois recueillies par le biais de petites études explicatives dont le but est d'expliquer un point spécifique à une situation. Par exemple, sur un lieu de travail, on peut augmenter le nombre de personnes atteintes du SIDA qui signalent des actes de discrimination à l'égard de leurs collègues, et on peut également augmenter le nombre de personnes atteintes du SIDA qui utilisent un préservatif avec tous leurs partenaires.
- **Impact des programmes** ou effets à long terme : A ce niveau, on évalue la réduction de la transmission du VIH/SIDA et IST et de son impact sur la population. La diminution du pourcentage de personnes infectées par le VIH/SIDA et les IST en est un exemple. La baisse du taux de mortalité maternelle chez les femmes en âge d'avoir des enfants pourrait en être un autre.

Les 'résultats' et les 'impacts' sont obtenus au niveau de la population.

5.9.3 Indicateurs

Un indicateur est une variable permet d'apprécier et de mesurer un changement dans une intervention, projet ou programme. Un indicateur peut être quantitatif et s'exprimer en nombre, taux, proportion, ratio, poids, taille, moyenne etc. ou qualitatif s'exprimant en niveau de présence d'existence de classification, par indice composite etc. Il est défini en précisant le

groupe cible (qui), la qualité (comment), la quantité (combien, quelle régularité), le temps (quand) et la localisation (ou).

De bons indicateurs devraient être directement associés au but et aux objectifs stratégiques de la CCC. Un indicateur seul ne suffit souvent pas à tirer une conclusion. Par exemple, la mesure de l'utilisation de préservatifs, signalée par la personne même, est considérablement renforcée si elle est présentée avec des données qui indiquent la distribution de préservatifs et une réduction des IST. Il en va de même pour d'autres indicateurs qui reposent sur des données qui proviennent de la bouche même des personnes interrogées, telles que les rapports sexuels extraconjugaux.

A. Au niveau des programmes CCC, les indicateurs sont établis en relation avec les objectifs nationaux CCC, définis dans la matrice de Planification CCC.

B. Au niveau national, les indicateurs visent aussi à répondre aux objectifs nationaux CCC, ainsi qu'aux objectifs du Cadre Stratégique de lutte contre le SIDA.

	Objectifs nationaux CCC	Indicateurs au niveau des programmes CCC (Exemples)	Indicateurs au niveau national
1	<i>Assurer que la CCC soit intégrée par tous les intervenants dans leurs programmes de lutte contre le VIH SIDA ;</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage d'intervenants CCC par secteur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage d'intervenants ayant intégré la stratégie CCC dans leurs programmes ▪ Nombre de plans opérationnels avec la CCC intégrée
2	<i>Renforcer la capacité de coordination et de programmation en CCC en matière du VIH/SIDA/IST ;</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'institutions/structures décentralisées ayant du personnel formé en CCC ▪ Proportion de ressources (financières et humaines) allouées au programme CCC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'une unité technique de coordination de la stratégie CCC au niveau de la CNLS ▪ Existence d'une équipe nationale CCC opérationnelle ▪ Proportion de ressources (financières et humaines) allouées au programme CCC
3	<i>Promouvoir l'adoption et le maintien des comportements sans risques par rapport au VIH/SIDA/IST au sein de la population rwandaise</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de campagnes CCC menées en faveur de chacun des groupes cibles ▪ Nombre de programmes CCC en faveur de groupes à haut risque dans la communauté ▪ Nombre de sessions CCC réalisées par les pairs éducateurs ▪ Nombre et type de supports CCC produits et distribués ▪ Nombre d'individus par groupe cible prioritaire touchés par le programme CCC ▪ Nombre d'hommes, de femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de prévalence du VIH au sein de la population sexuellement active (hommes et femmes de tous âges) ▪ Taux d'incidence et de prévalence des IST au sein de la population sexuellement active (hommes et femmes de tous âges) ▪ Âge des premiers rapports sexuels pour les filles et les garçons

		<p>et de jeunes qui disent utiliser le préservatif avec des partenaires extra maritaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'hommes et de femmes qui disent utiliser le préservatif avec leurs partenaires extra maritaux ▪ Nombre d'hommes, de femmes et de jeunes qui vont dans des centres de santé pour le traitement d'une IST ▪ Nombre d'hommes, de femmes, de femmes enceintes et de jeunes qui sont conseillés sur le VIH et soumis à un test, dans tous les centres ▪ Nombre d'homme et de femmes utilisant les contraceptifs de leur choix ▪ Nombre de femmes qui affirment avoir choisi une méthode exclusive et appropriée d'alimentation de leur enfant jusqu'à ses six mois. ▪ Nombre de femmes qui disent avoir été violées ou avoir subi des violences sexuelles. 	
4.	<i>Améliorer la qualité des comportements, attitudes et pratiques chez les prestataires de services en matière du VIH/SIDA/IST;</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de clients qui affirment avoir été satisfaits par les services des prestataires ▪ Nombre de prestataires ayant reçu une formation en CCC/communication interpersonnelle ▪ Taux d'utilisation de services par les clients en matière de VIH SIDA incluant le CDV et le PTME 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de prestataires de soins de santé ayant une attitude positive à l'égard des personnes atteintes du VIH/SIDA
5	<i>Encourager les PVVIH à s'impliquer activement dans la gestion de leur état de santé;</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de PVVIH qui adhère aux associations PVVIH ▪ Nombre d'associations des PVVIH impliquées dans les programmes CCC ▪ Nombre de PVVIH sensibilisées sur la gestion de leur santé ▪ Nombre de PVVIH utilisant les services en matière de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'associations qui adhèrent au réseau national des PVVIH
6	<i>Renforcer l'implication de la</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'individus ayant été 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre des OBC qui ont mis

	<i>communauté dans la lutte contre le stigma et la discrimination des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/IST.</i>	<p>sensibilisés contre le stigma et la discrimination des PVVIH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de personnes ayant fait des témoignages sur leur séropositivité ▪ Nombre de personnes ayant fait le test. 	<p>en œuvre des programmes de lutte contre le stigma et la discrimination en faveur des PVVI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'actions communautaires en faveur des PVVIH
7.	<i>Assurer une approche communautaire pour le développement des programmes CCC VIH/SIDA/IST</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de bénéficiaires ayant participé à l'élaboration des plans sectoriels CCC VIH SIDA ▪ Nombre d'initiatives - organisations communautaires qui reçoivent de l'aide pour prendre soin des orphelins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de plans sectoriels CCC bases sur l'approche communautaire ▪ Nombre de programmes générateurs de revenus et de micro finances pour les personnes atteintes du SIDA et leur famille
8	<i>Promouvoir l'implication des autorités politico administratives dans les activités de CCC en matière de VIH/SIDA/IST</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séances de sensibilisation des autorités Politico Administrative pour une implication dans les activités de CCC en matière du VIH SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séances CCC VIH SIDA réalisées par les autorités Politico Administratives

5.10 Partenaires et couverture géographique

Nous devons identifier dans chacune des matrices, les partenaires les plus aptes et ceux qui seront responsables des interventions CCC définis. Certaines interventions CCC seront déjà incluses dans le plan d'action des partenaires, il faudra alors identifier si ceux-ci auront besoin d'assistance technique particulière. Il faudra aussi s'assurer de définir des **budgets nécessaires**.

Pour les nouvelles interventions CCC, un partenaire nécessitera d'être spécifié ainsi qu'un budget approprié.

La CNLS assurera aussi que la couverture géographique au niveau de la CCC soit bien établie au niveau national et des provinces. Elle verra à promouvoir le développement des interventions CCC au sein des CPLS qui en ont le plus de besoin.

6. OPÉRATIONNALISATION DES PROGRAMMES CCC

A cette étape, il s'agira de mettre en oeuvre les Plans Opérationnels spécifiques à chaque groupe cible. **Chacun de ces plans nécessitent le développement de budgets spécifiques.**

La gestion et la coordination des ces Plans nécessitera la participation de plusieurs acteurs à tous les niveaux de la société.

Les rôles et les responsabilités et les activités spécifiques de chacun des collaborateurs partenaires devront être définis par la suite, dont celui de :

- la CNLS
- de l'Equipe nationale CCC VIH/SIDA/IST
- du Ministère de la Santé
- des autres Ministères
- des Provinces au sein des CPLS
- des Districts au sein des CDLS
- des ONGs et autres partenaires

7. PROPOSITION DE SUIVI POUR LE CADRE STRATÉGIQUE NATIONAL CCC VIH/SIDA/IST

7.1 Recommandations pour finaliser le document du Cadre Stratégique CCC VIH/SIDA/IST

- Révision finale du document, relatif aux résultats de la Revue Littéraire CCC (UNR – fin juillet 2004)
- 'Editing' du document Cadre Stratégique. Traduire en anglais.
- Produire un outil qui résume le contenu du Document Cadre Stratégique
- Traduction de l'outil résume en Kinyarwanda et en anglais

7.2. Activités recommandées après la finalisation du document -Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST-

Ce document est la première étape du développement d'une réponse nationale en matière de changement de comportements liés au VIH/SIDA/SSR au Rwanda. Le Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST sera distribuée à tous les donateurs et partenaires impliqués dans sa mise en œuvre afin de promouvoir une vision commune et de faciliter une planification stratégique des CCC à tous les niveaux.

	Activités
1.	Développer un Plan (2004-2006) pour le suivi de ce Cadre incluant un <u>budget</u> spécifique pour chacune des activités énumérées ci bas.
2.	Faire le plaidoyer pour mettre en œuvre ce plan de suivi auprès des donneurs et décideurs (incluant la restitution du document). Identification des partenaires qui faciliteront la cueillette des données pour les indicateurs
3.	Intégrer les changements nécessaires au Cadre Stratégique National CCC VIH/SIDA/IST suite aux résultats de la revue Littéraire. Identification des groupes cibles qui nécessitent une recherche formative.
4.	Intégrer le Cadre Stratégique National CCC au sein du Plan national de Prévention en fonction des groupes cibles et des secteurs.
5.	Développer un Guide de Formation CCC : (après la finalisation du Cadre) qui vise à guider le développement des Plans opérationnels spécifiques CCC pour chacun des groupes cibles nationaux définis.
6.	Former tous les partenaires , les Secrétaires exécutifs des CPLS, les cadres des principaux ministères, les ONGs et les organismes communautaires à développer les Plans Stratégiques CCC pour chacun des groupes cibles : <u>Objectifs :</u> - <u>Développer les Plans Stratégiques CCC VIH/SIDA/IST</u> , pour chacun des groupes cibles spécifiques lié à la Matrice de planification CCC - Identifier les manques au niveau de la recherche relative à ce groupe cible -- <u>Déterminer l'assistance et les ressources nécessaires</u> pour la mise en œuvre de ces Plans Stratégiques spécifiques. (budget spécifique pour ce secteur donne, personnels, organismes, etc.)
7.	Développer les outils de communication - niveau communautaire - <u>Elaborer un Programme CCC spécifique au besoin de la communauté/groupe cible</u> et le matériel. Afin que les différents partenaires assurent la diffusion de messages harmonisés, consistants, qui atteignent spécifiquement les groupes cibles (<u>ex :</u> campagne nationale spécifique à ce groupe incluant médias de masse, médias communautaires/traditionnels et communication interpersonnelle)
8.	Développer un plan de suivi et évaluation pour chacun des Groupes Cibles
9.	Etablir des mécanismes pour une coordination à long terme pour supporter la mise en œuvre de ces Plans Stratégiques CCC
10.	Développer des Plans Opérationnels CCC selon la segmentation des groupes cibles pour les provinces et les districts - renforcer la coordination et le 'networking' au niveau de CCC entre les différents

	partenaires - intégrer la CCC dans tous les programmes VIH/SIDA/IST
--	--

LEXIQUE

ATTITUDE : Manière dont on se comporte avec les autres et envers soi-même.

AUTO STIGMATISATION : Fait de se stigmatiser soi-même.

BUT : Résultat escompté d'un programme ou d'un projet.

CADRE STRATÉGIQUE CCC VIH/SIDA/IST : Document de référence pour guider la planification, la coordination et l'élaboration de programmes visant l'adoption de nouveaux comportements et/ou le maintien des comportements favorables à la santé en matière de prévention, de prise en charge et de soins au VIH/SIDA/IST.

COMMUNICATION : On entend ici par communication un processus qui permet de partager des idées pour une entente commune. La communication peut être bidirectionnelle ou unidirectionnelle et utiliser différents circuits et méthodes. Une communication efficace met l'accent sur la résolution des problèmes sur la base de situations réelles auxquelles sont confrontées les communautés et développe les compétences et la confiance pour une action individuelle.

COMMUNICATION EN CHANGEMENT COMPORTEMENTAL : Processus interactif permettant de coopérer avec les communautés (dans le cadre d'un programme complet), de développer des messages et des approches adaptés au contexte, et de recourir à divers canaux de communication dans le but de définir des comportements positifs, de promouvoir des changements aux plans individuel, communautaire ou social, et de garantir la durabilité de ces comportements.

COMPORTEMENT : Ensemble de réactions, d'attitudes et de pratiques en réponse à son expérience passée, et/ou à une stimulation venue de son milieu.

DISCRIMINATION : Fait de faire une différence injuste entre deux éléments², ou individus, ou groupes. La discrimination est davantage liée à des actes, des paroles, des jugements négatifs qui amènent les individus à agir, ou au contraire à ne pas agir, avec pour conséquence qu'une personne sera abusivement et injustement traitée sur base de son statut réel ou supposé, par rapport au VIH/SIDA.

EVALUATION : Exercice limité dans le temps qui vise à apprécier objectivement l'efficacité, la pertinence et l'impact des interventions dues au programme ou projet en cours ou achevé. L'évaluation se situe au niveau de la population.

EVALUATION PREALABLE : Recherche menée avant le lancement d'un projet de CCC, afin d'aider l'équipe à cerner les profils des groupes cibles pour ensuite les exploiter lors de la création des messages et des interventions de prévention et de prise en charge.

² Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre. Considérations éthiques et juridiques. ONUSIDA. Mai 2002

GROUPE CIBLE : Au sein d'une population, groupe se caractérisant par certains traits et par certains comportements visés par les activités de CCC.

GROUPE À HAUT RISQUE : Représente les groupes les plus vulnérables au niveau du VIH/SIDA/IST, ceux sont exposés à un haut risque infectieux.

INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC) : Ensemble de stratégies de communication et d'outils de travail développés à partir d'une évaluation préalable et visant à influencer les comportements au sein de groupes spécifiques.

PROGRAMME de COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS (CCC) : Ensemble d'activités et d'interventions conçues pour un groupe particulier, développées avec sa coopération et cherchant à créer un climat propice à des changements individuels et collectifs, le tout dans le but de réduire les comportements à risque et la vulnérabilité du groupe face au VIH.

MEDIAS TRADITIONNELS: Canaux de communication propres à une culture ou à une communauté donnée.

OBJECTIF : Résultat spécifique, mesurable et escompté dans certains délais.

PLAN STRATEGIQUE CCC : Plan qui décrit les actions et des décisions fondamentales pour l'orientation d'un projet/programme. Se caractérise par sa souplesse, son approche itérative et sa portée de moyen terme (3 à 5 ans). Permet de définir buts, stratégies et objectifs du projet/programme en rapport avec le groupe cible défini.

PRATIQUE : Fait d'exercer une activité concrète, façon d'agir.

PRÉVENTION PRIMAIRE: Ensemble de mesures destinées à empêcher l'apparition d'une maladie/problème de santé (exemple:Vaccination);

PREVENTION SECONDAIRE: Ensemble de mesures destinées à arrêter le développement - l'évolution d'une maladie/problème de santé vers un stade plus grave. Elle vise à réduire la prévalence d'un problème de santé (exemple:Dépistage précoce d'une maladie et traitement efficace);

PRÉVENTION TERTIAIRE : Ensemble de mesures destinées à réduire les complications ou l'incapacité chronique d'une maladie (exemple:favoriser la réinsertion d'un individu dans une société)

SUIVI : Fonction continue qui vise à collecter et à analyser les informations fournissant aux gestionnaires du programme et aux principales parties prenantes, des indications sur les progrès réalisés, les forces et les faiblesses au cours de la mise en œuvre du programme ou projet, en vue de mieux prendre des décisions appropriées, agir au moment opportun avec assez d'informations. Il concerne le programme ou projet.

SUPPORT DE COMMUNICATION : Inclus l'ensemble des outils, matériels et produits de mass-média qu'on peut utiliser au niveau des communication.

TRAVAILLEUR/EUSE DE SEXE : Communément appelé 'prostitué/ée', personne ayant des rapports sexuels en échange d'argent, de biens ou de services.

PVVIH : Personne vivant avec le VIH/SIDA.

STIGMATISATION : Attribut indésirable, peu honorable, indigne et/ou déshonorant que l'individu possède qui réduit le statut social de cette personne aux yeux de la société.

STRATEGIE : Plan d'ensemble coordonné servant à guider de multiples actions et activités pour atteindre le but et les objectifs d'un projet.

Annexe : Partenaires impliqués dans la conception du Cadre national CCC VIH/SIDA/IST

Organisation	Nom et Prénom	Titre
ARCOSA	-Alfonsine Yankulije	
ARBEF	-Dr Nyabyenda Laurien	
Association IMBARAGA	-Sebastien Bitaware	Président de l'Association IMBARAGA
Association des Scouts du Rwanda	-Frédéric Karangwa	
Columbia University	-Celina Schocken , MPP, JD	Country Director
Association for Muslim in Rwanda Mufti	-Saidati Mukanoheri	
Artiste	-Azeda Hope Semana	Représentant Artistique Commissaire
BUFMAR	-Dr Camille Kalimwabo	
CNLS	-Dr Agnès Binagwaho -Hubert Kagabo -Diane Muhongerwa -Jean Gatana -Jean Marie Mudakikwa -Pulchérie Mukangwije -Cyrille Musonera -Thérèse Mutesayire -Narcisse Nzamurambaho -Jules Ngoga Mubiligi -Assoumpta Muhorakeye -Silas Nzabonakura -Dr Thomas Karengera	Secrétaire Exécutif Directeur Suivi et Evaluation Coordination Planification Assistant Personnel du SE Chargé IEC Assistant Technique SE Analyste Chargé du Secteur prive Chargé du Secteur Publique Chargé d'ICT et doc. Assistante CNLS /PACFA Chargé des Formations Coordinateur Projet -MAP
CPLS	-Munyaneza Christine -Habimana Beatrice -Byabagabo Benjamin -Ayingoma Jean Pierre -Semuhoza Japhet -Gatumba Alexandre -Rwanyeyeri Augustin -Rusanganwa celestin -Mporanyi Theobald -Kimenyi Evariste -Gifota Edmond	Kibuye Gitarama Kibungo Butare Umutara Kigali-Ngali Ruhengeri Gikongoro Cyangugu Byumba Gisenyi
CULS	-Nshimiyimana Apollinaire -John Zirimwabagabo	Secrétaire exécutif Charge de la Gestion des formations
Confession Religieuses	-Stany Ngarukiye -Pasteur Bunini Gahungu -Françoise Mugorewase	Coordinateur Umbrella Confession religieuses Secrétaire Confession religieuse (protestant)
CESTRAR	-Dr Hishamunda Bonaventure	
Conseil de la Jeunesse	- Michel Karangwa -Marie Angelique Umumararungu -Agathe Mukamakuza	Chargé du VIH/SIDA Communications Officer

	- Gasana Mutesi	
DST	-Godfrey Bwandinga	Independent Consultant developing Solutions Together DST
Forum des ONGs	-Katherine Breen -Angelique Uwamwiza Nyoni	Assistant Coordinator HIV/AIDS Forum des ONGs
Fédération Rwandaise du Secteur Privé	-Bart Gasana -Catherine Bitwayiki	Secrétaire Exécutif
Impact – Rwanda	-Carol Larivée -Deborah Murray -Francine Ducharme -Protais Ndabamenye -Emmanuel Munyambanza	BCC Director USA Directrice FHI/IMPACT BCC ADVISOR /CNLS Senior Technical Officer and team Leader BCC BCC Programmer Officer
JOC/F Kigali	-Constance Nyirangirente	Coordinatrice du programme CCC JOC/F KIGALI
MINEDUC	-Daniella Kayitesi	Point Focal Mineduc
MINISANTE	-Joy bahumura -Jered Muhoza -Dr Simon Kanyandekwe	Head of The IEC Division, Ministry of Health Directeur Psychosociale
MINALOC	-Veronique Uwimana	Chef de division enfant en difficulté
MINADEF	-Sebagabo Marcellin	
MINIJUST	Simeon Sehumba	
MSF	-Marie de Blaise	
New times	-Emmanuel Nsekanabo	
ORINFOR	-Shyaka -Jean Marie Rurangwa	Journaliste /TVR/ Interprète Libre
ONAPO	-Dr Ferdinand Bikorimana	
PACFA	- Zaina Nyiramatama - Mbayiha Cyuma - Mary Uhirwe	Coordinatrice du Projet Board Member PACFA Gender Specialist Technicia Advisor on HIV/AIDS Project officer Vulnerable
Police Nationale	-Ntaganira J Baptiste	
PSI	-Julia Sobrevilla -Hannah Deutsch -Grégoire Nsengiyumva -Emmanuel Rugira -Dukuze Aline -Johnson Kyanga -Emery Nkurunziza	Directrice du PSI Research Director Coordinatrice VIH/SIDA Directeur de la Communication Secrétaire
PRO FEMME – TWESEHAMWE	-Suzanne Ruboneka -Serana Rae -Immaculee Umunazire	Chargé du programme Compagnie Action pour la Paix Pro Femme Twese Hamwe Coordinatrice du Projet CCC VIH/SIDA
PRESSE PRIVEE	-Ingabire Immaculée	Presse Privée

PNUD	-Brigitte Izabiriza -Berthilde Muhongayire	CNLS /PNUD Chargé de l'Unité
PROJECT PRIME II	-Emile Sempabwa	IEC Senior Technical Advisor
Réseau National de PVV+	-Jeanne Nzeyimana -Olive Gatesi -Jean Pierre Ntuyimana	Coordinatrice RNP+ Présidente
Rwanda Women Network	-Mary Balikungeri -Athanasie Mukarwego -Abatoni Penine	Rwanda Women Network
SWAA-RWANDA	-Célestin Nyirimihigo -Rose Gahire	BCC Officer National Coordinator
TRAC	-Célestin Mugenzi	VCT / TRAC
UNAIDS	-Dr.Dirk Van Hove -Caroline Manlan	Country Coordinator, Programmer Officer
UNR	-Dr Cyprien Munyanshongore -Jean Pierre Gatsinzi -Emma –Claudine Ntirenganya	Professeur à l'Université Nationale du Rwanda Ecole de Journalisme et communication
UNFPA	-Francesca Morandini	
UNDP	-Berthilde Gahongayire	
UNIFEM	-Jeanne Bushayija	UNDP Compound
UNICEF	-Flavia Mutamutega	Unicef
URUNANA – Health Unlimited	-Irene Josephine Uwamaliya -Prosper Karenzi	Primary health Care Coordinator
USAID	-Caroline Connolly -Ruben Sahabo	Health Team Leader Health Community Development Specialist
	-Mugeni Catherine	Coordinatrice du programme des animateurs de Santé
VCT Intégré	-Dr Blaise Kalibushi -Jerome Sebukire	Coordinateur du Projet VCT intégré

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Advocacy: for Population and reproductive Health in Africa ICPD and Beyond. UNFPA
2. Advances in Health. Communication & Advocacy. Johns Hopkins University. Center for communication Programs 2001.
3. Analyse sommaire du questionnaire CCC CNLS le 19mars 2004.
4. Behavior Change Communication. A strategy Development and Implementation Manual. FHI /IMPACT Family Health International .Draft, September 2003.
5. Building Partnerships: Sustaining and expanding community action on HIV/AIDS. Reference: pathways to partnerships' toolkit, International HIV/AIDS, Alliance, 1999.
6. Cadre stratégique National de Lutte contre le SIDA 2002-2006. Présidence de la République. CNLS, 2002.
7. Condom effectiveness in relation to HIV/AIDS, STI and pregnancy prevention.. Resultants of a computer search of academic literature..
8. Communication from a Human Rights Perspective: Responding to the HIV/AIDS Pandemic in Eastern Africa. A Working paper for use in HIV and AIDS Programmer. UNICEF: Eastern and Southern Africa regional Office, Nairobi. UNAIDS: Inter –country Team, Pretoria.
9. Challenging expectations at expecting challengers: Academia and Practitioners confront Aids – Stigma in Africa. Dialogue on Stigma and HIV /AIDS in Africa Summary report (Draft) .Action Africa (Support to IPAA) .University of Sussex (Dept .of Anthropology /IDS 23-27June 2003; University of Sussex, Brighton UK..
10. Enquête Démographique et de Santé 2000, ONAPO, Kigali, Septembre 2001.
11. Enquête de Surveillance des Comportements (BSS) auprès des Jeunes de 15-19 ans Rwanda 2000. FHI/IMPACT Rwanda., Kigali, décembre 2000.
12. Etude de l'impact de la distribution des préservatifs par les femmes libres.. Grégoire NSENGIYUMVA. Kigali, Mai 2000.
13. Etude de distribution des préservatifs au Rwanda. PSI /Rwanda. Rwanda 2001.
14. Etude sur la santé de la reproduction et les droits de la femme Rwandaise. SWAA –Rwanda Kigali, décembre 2001.
15. Etude des facteurs influençant l'acceptabilité, accessibilité, et utilisation des préservatifs dans la jeunesse Rwandaise : Connaissances, Attitudes et Pratiques. (CNJR) Dr Marc TWAGIRUMUKIZA
16. Evaluation de la qualité de la prise en charge des IST dans les régions sanitaire de Byumba, Gitarama, Kibungo et Kigali. FHI/IMPACT Rwanda, Février 2001.
17. Evaluation pour l'année 2001 de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). Dans la Province de Byumba, Gitarama, Kibungo, Kigali-Ngali et la Mairie de la Ville de Kigali. FHI/IMPACT Rwanda, Mars 2002.
18. Evaluation de la qualité du travail du pair d'éducateur. Dans le cadre du programme de prévention du VIH/SIDA auprès des jeunes du Diocèse de Byumba. Diocèse de Byumba, Kigali, Novembre 2002
19. Evaluation de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles Province de Kibuye Année 2002. FHI/IMPACT- Rwanda, Janvier 2003
20. FHI/IMPACT –Rwanda Rapport annuel 2003.
21. Facteurs influençant l'adhérence thérapeutique au traitement chez les personnes vivant avec les VIH/SIDA .FHI/IMPACT –Rwanda, Kigali, juillet 2003.
22. Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme. Mesure de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humains, économique et social. ONUSIDA /UIP Genève, Suisse 1999.
23. Guide pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'Infection du VIH chez l'adulte et l'enfant Ministère de la santé. édition 2002.
24. Government of Rwanda HIV/AIDS Treatment and Care Plan 2003-2007, June 2, 2003. Developed with the William J. Clinton Foundation.
25. Impact of HIV and sexual behavior of young people: UNAIDS 1997.
26. Interventions to Reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? AIDS education and prevention, 15 (1), 49-69, 2003. C 2003 the Guilford Press.
27. Knowledge, Attitude, and practices (KAP) in Rwanda Refugee camps: A study on HIV/AIDS, STDs, and Gender –Based Violence. PSI/Rwanda. Rwanda 2001.

28. Key Issues and Challenges in the 21st Century for BCC for HIV/AIDS¹. (November 3,2003) Kampala, Uganda. By Arvind Singhal Professor and presidential Research Scholar.
29. La Lutte Contre le Sida et la Stigmatisation. Les infirmières contre la stigmatisation et pour des soins accessibles a tous. 12 Mai 2003.
30. Living with AIDS RWANDA: A Study in Three provinces. Johns Hopkins University Center for Communication Programs.
31. National HIV/AIDS /SRH behavior change Intervention (BCI) – Malawi. Literature review. Yolande Colombes. June 2001.
32. Opinions des autorités administratives et religieuses sur la promotion de l'utilisation du préservatif. PSI/RWANDA. Théoneste URAYENEZA, Grégoire NSENGIYUMVA, Juin 2003.
33. Phase I Report of the ABC study: Summary of HIV prevalence and sexual behavior Findings. August 2003.
34. PACFA project activity of the Rwanda first lady for support to PACFA /UNICEF study on HIV/AIDS – related stigma and discrimination in Rwanda. By Buyela Wepukhulu – Lead Consultant , Rev. Nathan Gasatura – Consultant, Andrew Ljambo – Consultant, May, 2003.
35. Politique Nationale de Santé de la Reproduction, MINISANTE, Kigali, Juillet 2003.
36. Le point sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA, Décembre 2002.
37. Projet de santé de reproduction des adolescents au Rwanda. Rapport comparatif dans les ménages de Butaré 2000-2002. . PSI / Rwanda – IRESCO. Jean Paul Tchupo, Simon Pierre Tégang, Juillet 2002.
38. Plan Opérationnel de SWAA –RWANDA, 2004.. Décembre, 2003.
39. Primary school teachers' knowledge, Attitudes and practices on HIV/AIDS m Life skills m Gender and sexuality. By Felix Muramutsa. Kigali , May ,2002
40. Radio and HIV/AIDS: making a Difference. A guide for Radio practitioners, health workers and donors by Gordon Adam and Nicolas Harford. UNAIDS 1999.
41. Rwanda Radio Investigation Report. By Heather Budge – Reid (media Support on behalf of DFID (UK). For the Government of Rwanda. HBR 2002.
42. Rapport final du projet de prévention des IST/VIH/SIDA dans la prison de Nsinda. SWAA-Rwanda Juillet 2002-juin 2003.
43. Représentation, Itinéraires thérapeutiques et communications concernant les IST au Rwanda, Cheik Ibrahima Niang, Faculté des Sciences Université Cheikh Anta Diop, Dakar Sénégal – Kigali, octobre 1999.
44. Recherche sur le concubinage au Rwanda HAGURUKA. A.S.B.I. 2ème version Provisoire, novembre, 2003.
45. Rapport d'évaluation de la situation des clubs Anti-SIDA dans les écoles secondaires de la province de Byumba. CPLS – Byumba. Décembre, 2001.
46. Rapport d'Evaluation qualitative de base. Programme de prévention du VIH/SIDA auprès des jeunes du diocèse de Byumba, FCO # 85945. FHI/IMPACT –Rwanda. Kigali, mai, 2001.
47. Renforcer les capacités des communautés à faire face à l'épidémie du VIH/SIDA .PNUD, Programme VIH et le développement, septembre 2000.
48. Rapport de formation des points focaux sur l'organisation d'une campagne de communication pour un changement de comportement dans la lutte contre le VIH/SIDA. Juin 2003.
49. Rapport de recherche qualitative de base auprès des jeunes de la JOC/Archidiocèse de Kigali. Protais Ndabamenye FHI/IMPACT –Rwanda. Kigali, septembre 2000.
50. Rapport de la formation sur le développement d'une stratégie de communication pour le changement de comportement en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Butaré du 09 au 19 avril, 2003.
51. Report of USAID Technical Meeting on Behavior Change Approaches to primary Prevention of HIV/AIDS. ABC Experts Technical Meeting Washington, D.C. / September 17, 2002.
52. 1998 Rwanda Sexual behavior and Condom use Survey. PSI/RWANDA. Kigali- Rwanda.
53. Recensement général de la population et de l'habitat Rwanda : 16-30 Août 2002.Ministère des finances et de la planification économique Kigali, Février 2003.
54. Reproductive Health of Young Adults: Contraception, Pregnancy and Sexually transmitted Infections/HIV.
55. Ressources humaines et développement durable ONUSIDA Août, 2002.
56. Santé Reproductive des Jeunes au Rwanda : Quelques résultat à la lumière des données EDS 2000. Basile O. Tamashe en collaboration avec Kim Longfield Alexandra Dimiziani. Août, 2002.

57. Scaling –Up voluntary Counseling and testing in Africa.
58. Social marketing: An effective tool in the global response to HIV/AIDS. UNAIDS /98.26.
59. Social marketing for Adolescent Sexual Health.. The smash project was funded by the Africa Bureau, Office of Sustainable development, US Agency for international Development (USAID), June, 2000.
60. Sex work and HIV/AIDS. UNAIDS, June, 2002.
61. Sexual Behavior, HIV and fertility trends: A comparative Analysis of Six countries. USAID 2003.
62. Sexual behavioral change for HIV: Where have theories taken us? UNAIDS, Geneva, Switzerland 1999.
63. Stratégie de communication pour le changement de comportement – processus d’élaboration et manuel de formation. FHI/IMPACT Rwanda Avril 2003.
64. Stratégie Nationale de Communication pour le Changement de Comportement dans le Domaine de la Santé 2003-2007. OMS - USAID/JHU CCP. MINIS ANTE.
65. Stratégies Nationales de Dépistage du VIH. MINISANTE, Septembre 2002.
66. The communication Initiative. Summaries of Methodologies of BCC.
67. Le VIH/SIDA et situation de conflit. Etude faite au Rwanda, au Burundi et dans l’Est RDC. Par Vera Bensmann, Rena Geibel, Tamar Renaud et Douglas Webb, Février 2003.
68. What they don’t know can hurt them. How school-based Reproductive Health Programmes can help adolescents lead healthy reproductive lives. Mary T. Bassett. Barbara Kaim, November 2000.
69. Young people and HIV/AIDS. Opportunity in crisis. UNICEF/UNAIDS 2002.
70. Transversal and descriptive study on needs assessment for youth centered intervention on HIV/AIDS. (CNJR) Dr Mark TWAGIRUMUKIZA Kigali, January 2004.

RESSOURCES EN COMMUNICATION

- ORINFOR (Office Rwandais de l'Information)

- Radio Rwanda** (250) 756 66 / 722 75
- Télévision Rwandaise** (250) 759 17 / 775 20
- La Nouvelle relève (bimensuel)** (250) 757 24 / 757 35
- Imvaho Nshya (hebdomadaire)* (250) 757 24 / 757 35

- Les hebdomadaires

- The New Times* (250) 840 70 / 875 33
- Ukuri* (250) 510 160
- Rwanda Newslines* (250) 840 70 / 875 33
- Umuseso* (250) 840 70 / 875 33

- Les bimensuels

- Kinyamateka** (250) 761 64 / 717 89
- Urubuga rw'abagore (250) 761 64 / 717 89
- Ubumwe Magazine* (250) 720 86
- Rushyashya* (250) 761 82
- Agahozo* (250) 516 125
- Temps présent* (250) 828 68

- Les mensuels

- le Verdict (250) 754 59
- L'Ere de liberté (250) 0850 04 42
- Ukuri Gacaca** (250) 873 02
- Ingabo* (250) 720 63

- Les trimestriels

- Ubuzima Bwacu (250) 570916

* Publie occasionnellement des articles sur la santé

** Dispose d'une rubrique régulière sur la santé

RESSOURCES DE CURRICULUM DE FORMATION (à compléter)

- **ARBEP**: Modules formation counselling PF.
- **BUFMAR** : Module sur l'apprentissage des adultes et l'utilisation du matériel CCC.
- **EPS** : Modules en communication interpersonnelle et counseling.
- **IMPACT** : Curriculum de formation des prestataires pour améliorer les séances éducatives au niveau du centre de santé.
- **IMPACT** : Curriculum pour jeunes pairs éducateurs.
- **IMPACT** : Guide de préparation des séances éducatives sur les IST/VIH/SIDA tenu au niveau des formations sanitaires.
- **IMPACT** : Un curriculum de formation et d'animation dans la lutte contre le VIH/SIDA parmi les Jocistes.
- **Ministère de la Santé - Direction des Soins de Santé** : - Module de formation en IEC – La mobilisation sociale/participation communautaire – Formation des Formateurs.
- **Ministère de la Santé - Direction des stratégies** : Module de formation en IEC.

- **ONAPO** : Série de modules de formations pour les différents secteurs d'interventions et en communication (Gestion des interventions).

Inventaire de matériels CCC (à compléter)

N	Ministères /Organisation	Thèmes	Public cible	Affiche	Boite à image	Vidéo	Dépliants	Flanellographe	Auto collant	Audio cassette	Bande dessinée
	CNLS										
	MINSANTE/CARE	Santé de la Reproduction	Femmes Jeunes Filles		Images BUFMAR						
	MINEDUC					1.Amagara Aruta 2.Amaraha 3.Inda Y' Akabati 4.No Mubarezi Habamo Abarozi					
	MINEDUC/ UNICEF/PSI /Indatwa z'ejo		Jeunes Scolaires	Tuzi icyo dushaka! (We know what we want)							
	MIJESPOC	Santé de la reproduction	Jeunes				- Jeune Homme et Jeune Femme -Jeunesse				
	MIJESPOC /FNUAP	VIH/SIDA/ IST	Jeunes				Dépliant IST				
	MINALOC/FNUAP	Genre SR homme	Hommes				-Tujijurane, duteze imbere imibereho yacu Dépliant SR				
	IMAPCT BUFMAR	*Maternité à moindre risque et santé infantile et PF *VIH/SIDA *Genre et SR		-Appareil Génital de la femme -Appareil génital de l'homme -Ducutse neza				*Position foetale *Cycle mensuel *Développement de la grossesse *Les jumeaux *Le sexe de			

								l'enfant *Transfert à la maternité *Accouchement à domicile			
	PSI	Santé Reproductiv e VIH/SIDA/IST	Adultes		X	X	-PRUDENCE is sold here			X	
	PSI/Indatwa z'ejo	VIH/SIDA	Non déterminé	1.Ikizere kiraza amasinde! (Confidence comes with cultivation) 2.Ni ubuzima bwanjye, Ni uburengazira bwanjye (Its my health its my right) 3.Nungutse lwacu handi (I gained another home)							
	PSI/USAID /MINADEF	VIH/SIDA	Prisonniers	Affiche 1.Imbaraga zanjye ni ngombwa mu gukorera igihugu n'umuryango - My efforts are necessary and my country Soldats Affiches - Nziko nshobora kugwa mu mutego igihe cyose aho ariho hose kandi mu buryo bunyuranye - I know that I can fall into a trap anytime anywhere and in different ways -My conduct in the past can			Hero is always ready				

				change my life							
	PSI/PNLS/USAID	VIH/SIDA/IST	Population	<p>*Life is good. Take care of it!</p> <p>*Lefts fight AIDS AIDS cannot be seen on the appearance.Take care</p> <p>Boite à Image et livret</p> <p>Let's Keep together since the enemy is surrounding us.</p>	<p>*Let's Keep together since the enemy is surrounding us.</p>		<p>*Lefts fight AIDS AIDS cannot be seen on the appearance. Take care</p> <p>* Keep together since the enemy is surrounding us.</p>		<p>*Life is good.Take care of it!</p> <p>*Lefts fight AIDS AIDS cannot be seen on the appearance.Take care</p>		
	CARE/FNUAP	Maternité à moindre risque	Non déterminé	Série d'Affiches Grossesse et accouchement/nai ssance							
	IMPACT/FHI/JUSAID	VIH/SIDA/IST	Population				<p>1. Lets know the services that give counseling and AIDS testing to the people who are interested</p> <p>2. Lets identify STD</p> <p>3. CDV</p>				
	IMPACT/FHI/JOC		Jeunes		Boite à image et livret 1et 2 A healthy worker is better than all the gold in this earth						
	AFRICARE	Santé reproductive	Jeunes Adultes		Genre et Santé - BUFMAR		<p>1.Tujjirane, duteze</p> <p>2.Uruhare</p>				

							rw'abagabo mu buzima bw'imyororokere				
	Conseils Des Jeunes/ MINISANTE USAID		Jeunes				Livret Jeu de Cartes Affiche				
	PROFEMMES	Genre	Adultes				Women in Decision making positions				
	JHUCCP/ USAID	VIH/SIDA	Population Jeunes				-Tureke Guceceka (Brisons le Silence) -Jeune Homme et Jeune				Urwa kazuba ruzadu hame The good time shall be our herita- ge
	CRIS	VIH/SIDA	Population				-CRIS SIDA Faire Face -CRIS Basic Facts about HIV/AIDS				
	ARTC	Genre	Clients	Affiches Causes de trauma, Solutions et avenir Dépliant							