

REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

**OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION**

Centre de Formation Internationale et de Recherche



Investissement dans notre avenir

**Le Fonds Mondial**

Capitale contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

# Techniques de communication pour la prévention des IST-VIH/SIDA

Programme d'Appui du  
Fonds Mondial de Lutte Contre  
le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme



REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
**OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION**



## **Techniques de communication pour la prévention des IST-VIH/SIDA**

A l'intention des différents intervenants  
dans la lutte contre le SIDA

**2008**

**Centre de Formation Internationale et de Recherche**



### **CONSULTANT**

Mr Rachid Ben Amor

### **Avec la collaboration de:**

Dr Hela Ouennich Belhajyahia

### **COMITE DE LECTURE**

Dr Zied Laatiri

Mme Hayet Jedidi

Mr Mohsen Hassen

Melle Lamia Ben Hassine

Mme Nebila Lejri

Dr Sihem Bellalouna

### **COORDINATION**

Dr Sihem Bellalouna



**C**e manuel est élaboré par le Centre de formation internationale et de recherche de l'Office National de la Famille et de la Population sous la direction du Pr. Nebiha Gueddana.

Il s'inscrit dans le cadre du programme d' « Appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/SIDA en Tunisie », fruit de la coopération entre la Tunisie et le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Parmi les activités de communication prévues dans ce programme :

- Elaboration et mise en place d'une stratégie nationale de communication sur les IST-VIH/SIDA.
- Organisation de campagnes, de cercles et d'ateliers de sensibilisation pour prévenir les risques de transmission du VIH.
- Organisation d'activités de communication pour le changement de comportement.
- Conception, production et diffusion de supports d'information et de documentation, des spots sur les comportements à risque des populations vulnérables et les facteurs de risque associés au VIH/SIDA.

Ce manuel s'adresse à tout prestataire qui travaille dans le champ de la prévention des IST-VIH/SIDA et qui désire s'initier, améliorer ou parfaire ses compétences en matière de communication.



# Table des matières

<b>SOMMAIRE</b>	7
<b>Introduction</b>	9
<b>A. Première partie: Données de base sur la prévention des IST-VIH/SIDA</b>	11
1. Rappel sur la prévention dans le domaine de la santé	12
2. Actions programmatiques essentielles à la prévention du VIH	12
3. Principes d'une prévention efficace des IST-VIH/SIDA	13
<b>B. Deuxième partie : Généralités sur la communication</b>	15
1. Définition	16
2. Les principes de la communication	17
3. Les techniques de la communication	20
<b>C. Troisième partie : Modèles et théories de la communication pour la promotion d'un comportement sain</b>	28
1. Modèles dits « classiques »	29
2. Modèles « avancés »	31
3. Données actuelles	32
<b>D. Quatrième partie : Stratégies de communication utilisées pour la prévention des IST-VIH/SIDA</b>	35
1. Les principaux concepts	36
2. La communication de masse	37
3. La communication de proximité	38
4. Le marketing social du Préservatif (MSP)	41
<b>E. Cinquième partie : Cadre actuel de communication pour la prévention des IST-VIH/SIDA</b>	44
1. Principales raisons de la mise en place du nouveau cadre	45
2. Politique gouvernementale	47
3. Statut socio-économique	48
4. Culture	49
5. Relations entre les sexes	50
6. Spiritualité	53
7. Approche à assise communautaire	54
8. Coopération régionale	55



<b>F. Sixième partie : Types d'action de communication en fonction de la population cible</b>	57
1. Actions de communication en direction de la population générale	58
2. Les HSH	59
3. Les travailleurs de sexe	60
4. Les utilisateurs de drogues injectables	60
5. Les PVVIH	61
6. Les détenus	62
7. La transmission mère-enfant	63
8. Les hommes	63
9. Les femmes, les filles	64
10. Les jeunes	66
11. Le personnel de santé	67
 <b>G. Septième partie : Exemple de planification d'une action de communication pour prévenir les IST VIH SIDA: le Plan COMBI</b>	 68
1. Généralités sur la planification	69
2. Les règles de base	71
3. Les dix étapes d'un Plan COMBI	71
 Acronymes	 97
Références bibliographiques	97

# INTRODUCTION

En l'absence d'un remède efficace, la communication est considérée comme l'arme la plus déterminante dans la guerre contre le virus du sida.

Communiquer pour la prévention du SIDA, ce n'est pas simplement une question de choix stratégique, c'est une nécessité.

Très souvent, on utilise les communications comme outil de diffusion. Or, quel est l'intérêt de faire connaître un comportement de prévention, si les gens ne sont pas prêts à l'accepter, ne sont pas disposés à l'adopter et sont même plutôt enclins à le rejeter ?

Quel est l'intérêt de proposer une solution, si l'on ne tient pas compte du milieu qui la recevra ? Une solution n'est utile que si elle est suivie et non pas uniquement connue.

La communication n'est pas seulement le partage d'une information, elle représente une volonté de changement, elle reflète une intention d'orienter la réalité.

Pour savoir quoi communiquer, il est primordial, en premier lieu, de se doter d'abord d'un plan d'action qui énoncera nos intentions d'action, nos objectifs de changement et les moyens que nous entendons prendre pour les atteindre.

Le plan de communication pour la prévention du SIDA est un plan d'attaque, un plan de bataille.

Il est appelé campagne et le groupe d'individus auquel le message s'adresse sera désigné comme étant la cible visée pour laquelle on utilisera les munitions adéquates. Pour choisir les bonnes munitions, il faut bien connaître sa cible.

Il ne faut pas non plus tirer n'importe où ni n'importe comment. La cible, c'est là où il faut frapper pour obtenir du changement, pour une situation / un état qui maintient en place des éléments indésirables.

Faire un plan de communication, c'est savoir mettre l'accent sur certains aspects jugés positifs par notre public cible et éliminer les côtés négatifs, les freins et les résistances qui empêchent le public d'adopter le produit ou l'idée.

Tout peut se vendre à condition de le faire de la bonne manière. Mais il faut aussi se rappeler que personne n'est tenu d'acheter.

En conséquence, il faut savoir séduire et convaincre.



Les attitudes et les habitudes varient d'une personne ou d'un groupe à l'autre, nous avons donc tout intérêt à en tenir compte si nous souhaitons modifier les comportements du public.

Ce n'est pas parce que l'émetteur a livré un message sous une forme qu'il croyait la meilleure que le récepteur en a automatiquement pris connaissance, qu'il l'a compris et endossé.

Le plan de communication se matérialise dans un document qui présente les meilleures façons de réaliser nos objectifs et surtout de les atteindre.

C'est à travers COMBI\* présenté à la fin de cet ouvrage que sera illustré le modèle de plan de communication choisi pour lutter contre ce fléau.

*\*Communication for Behaviour Impact-Impact Planning for Health*





# Première partie

---

## Données de base sur la prévention des IST-VIH/SIDA

1. Rappel sur la prévention dans le domaine de la santé
2. Actions programmatiques essentielles à la prévention du VIH
3. Principes d'une prévention efficace des IST-VIH/SIDA



## **1. Rappel sur la prévention dans le domaine de la santé**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prévention de la façon suivante :

"La prévention est une action de santé qui a pour objectif d'éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé, en faisant appel à des mesures de portée collective ou individuelle."

La prévention concerne donc à la fois la société en général, un groupe ou un individu et a pour objet d'améliorer la santé publique.

L'objectif principal de la prévention est de donner à la personne et à l'ensemble de la population les compétences et les moyens nécessaires à la gestion de la santé.

L'OMS définit la santé comme un "état complet de bien-être physique, mental et social".

La santé serait donc la résultante de déterminants biologiques, psychologiques, culturels, économiques et sociaux. Si l'on souhaite mener des actions de prévention et de soin, il convient d'agir sur l'ensemble de ces déterminants.

Modifier les comportements dommageables pour la santé et proposer des choix favorables à la santé implique de fournir à la population une information adéquate et de lui permettre d'identifier les comportements bénéfiques pour la santé.

La promotion de la santé est un concept relativement récent, formulé au début des années 80, consacré par la Charte d'Ottawa en 1986.

La promotion de la santé récuse a priori les approches "par problème" et les distinctions habituelles entre curatif et préventif, santé physique et santé mentale, sanitaire et social.

La prévention du sida s'inscrit dans ce cadre. Les interventions de prévention appliquées à la lutte contre le sida touchent nécessairement à d'autres thèmes qu'à celui du VIH. En effet, les notions de sexualité, de maladie, de mort sont directement reliées à ce sujet, mais aussi celles de plaisir ou de souffrance liés à l'usage de drogue.

La particularité de ces interventions réside certainement dans le fait que parler de sexualité en termes de risques, de protection, de maladie est difficile à entendre et à accepter.

## **2. Actions programmatiques essentielles à la prévention du VIH**

Les principales actions programmatiques pour prévenir les IST-VIH/SIDA sont les suivantes :

1. Prévenir la transmission du VIH par la voie sexuelle.
2. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
3. Prévenir la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables.
4. Assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang.
5. Prévenir la transmission dans les lieux de soins.
6. Promouvoir un meilleur accès au conseil et au test VIH volontaires, tout en favorisant les principes de la confidentialité et du consentement.
7. Intégrer la prévention du VIH dans les services de traitement du SIDA.
8. Privilégier la prévention du VIH parmi les jeunes.
9. Offrir l'information et l'éducation liées au VIH permettant aux individus de se préserver de l'infection.
10. Confronter et combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.
11. Préparer l'accès et l'utilisation des traitements.

### 3. Principes d'une prévention efficace du VIH

Tous les programmes/actions de prévention du VIH doivent être fondés sur la promotion, la protection et le respect des droits de la personne humaine, y compris l'égalité entre les sexes.

Les programmes de prévention du VIH doivent être différenciés et adaptés localement aux contextes épidémiologiques, économiques, sociaux et culturels dans lesquels ils sont exécutés.

Les actions de prévention du VIH doivent être fondées sur des preuves éclairées, sur des actions qui ont démontré leur efficacité et les investissements destinés à améliorer la base de connaissances doivent être intensifiés.

Les programmes de prévention du VIH doivent être exhaustifs et complets, utilisant toute la gamme des interventions politiques et programmatiques connues pour être efficaces.

La prévention du VIH est faite pour durer; par conséquent, l'application des interventions existantes, tout comme la recherche et la mise au point de nouvelles techniques exigent un effort soutenu dans le temps, sachant que les résultats n'en seront connus qu'à plus long terme et qu'ils doivent être poursuivis.

Les programmes de prévention du VIH doivent atteindre une couverture, une ampleur et une intensité suffisantes pour faire une réelle différence.



La participation communautaire des personnes pour lesquelles les programmes de prévention du VIH sont conçus est essentielle à leur succès.

Il est important de rappeler que modifier les comportements sexuels reste à ce jour encore le principal moyen de lutte contre la transmission de l'épidémie du sida. L'évolution est lente car il est difficile de communiquer sur un concept relevant strictement de la sphère privée : la sexualité.



# Deuxième partie

---

## Généralités sur la communication

1. Définition
2. Les principes de la communication
- 3- Les techniques de communication



## 1. Définition

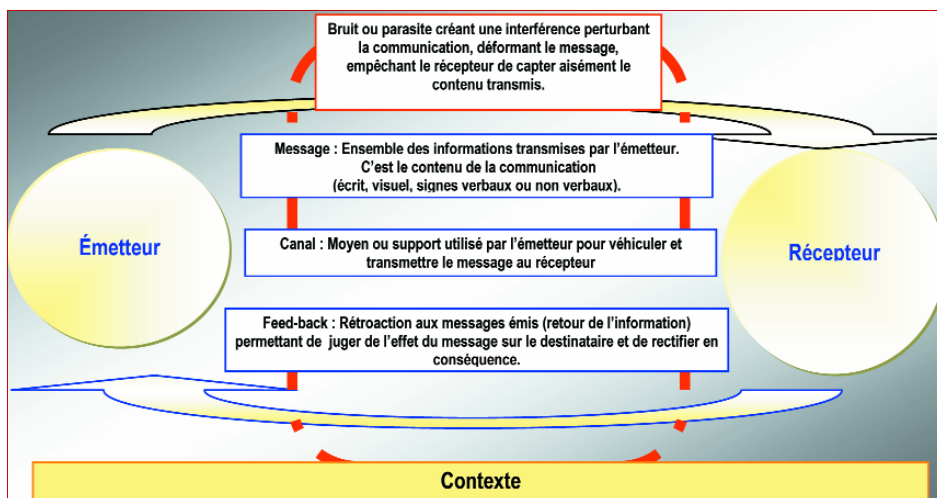
La communication est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue un échange d'information ou de mise en relation d'un ou de plusieurs personnes, par des moyens verbaux ou non verbaux, en vue d'atteindre les mêmes objectifs.

L'acte de communiquer n'est pas gratuit. Il consiste à transférer au récepteur un concept, une idée, dans le but d'agir sur lui en vue de produire une réaction finale. La communication cherche à convaincre l'autre de penser, de faire quelque chose ou la faire faire par autrui.

Une transmission correcte nécessite : en amont, une émission appropriée et en aval, une réception de bonne qualité.

Pour compléter cette première définition, nous présentons le processus de la communication.

Par processus nous entendons l'aspect dynamique de la communication qui porte sur le message, sa transmission et tout ce qui est de nature à favoriser sa compréhension ou à la perturber (Voir *graphique*).



**-Le contexte :** C'est le cadre ou l'environnement spécifique dans lequel se produit la communication. Il comprend les aspects physiques, culturels et temporels.

**-L'émetteur :** C'est celui qui émet le message en vue de susciter une réaction chez le destinataire. Pour ce faire, il devra disposer des informations suffisantes pour connaître son destinataire et la réponse qu'il en attend.

**-Le récepteur :** C'est celui à qui est destiné le message, auprès de qui l'émetteur tend à susciter une réaction. Quand l'émetteur et le récepteur partagent les mêmes codes, la communication a plus de chance d'être efficace.

**-Le message :** C'est le contenu de la communication. Il comprend les informations transmises et les symboles codés par l'émetteur qui donnent des significations particulières pour qu'elles soient interprétées dans le sens qu'il a voulu leur donner. Plus l'écart entre le message émis et l'interprétation faite à la suite de sa réception est grande, plus la communication est «défectueuse».

**-Le canal :** C'est le médium, le moyen pour véhiculer les messages. Il peut être personnel permettant un contact individualisé et direct, ou impersonnel et indirect assuré à travers les médias.

**-Le feed-back :** est toute réponse et réaction que le récepteur donne à la suite de messages transmis. Cela permet à l'émetteur de vérifier si son message a été reçu tel qu'il a été expédié. Le cas échéant, il tend à apporter des réajustements.

**-Le bruit :** est tout ce qui crée une interférence avec le message tel qu'il est transmis par le canal. C'est une perturbation de la communication qui déforme le message, empêche le récepteur de capter aisément le contenu transmis.

## 2. Les principes de la communication :

Une communication est considérée efficace lorsque le message émis est compris et interprété de la même manière par le récepteur. Pour assurer cette efficacité, il faut tenir compte des principes essentiels suivants :

**-Toute communication comporte un contenu et un aspect relationnel.** Le contenu renvoie aux relations souhaitées en termes de comportement. L'aspect relationnel traduit comment se comporter face à une situation donnée.

**-La communication est un processus transactionnel.** Elle est toujours active.



**-La communication est intentionnelle.** L'acte de communiquer n'est pas gratuit, lorsqu'on communique, on a toujours une intention qu'on tend à réaliser ; transférer au récepteur un concept, une idée, dans le but d'agir sur lui en vue de produire une réaction.

**-La communication est irréversible.** Quand un message est transmis, on ne peut pas revenir en arrière. Mais, on peut atténuer les effets. Certaines considérations importantes doivent être prises en compte pour réaliser l'efficacité de notre communication :

**-Communiquer c'est transmettre :**

A l'origine de la chaîne informative devrait exister un désir de transmission; une volonté d'un être humain (locuteur, auteur) de transmettre un message. Communiquer, c'est bien souvent d'abord oser, faire preuve de volonté, etc.

**-Communiquer c'est interagir :**

Tout individu est potentiellement un émetteur d'informations, mais pour qu'il le devienne effectivement, il faut qu'il y ait des échanges de ces informations avec un autre individu récepteur. Ces échanges font partie du domaine de l'interaction : nous sommes tour à tour émetteur et récepteur.

**-Communiquer c'est mettre en commun :**

La mise en commun ne signifie pas nécessairement que l'on est d'accord. Il s'agit plutôt de partage de mots, d'intérêts, de comportements et d'échange d'informations, d'idées, d'impressions, de points de vue, de regards. Ce partage et ces échanges sont plus ou moins voulus, plus ou moins réussis, mais ils tendent tous vers un même but: mieux se comprendre.

**-Communiquer avec les autres et non aux autres :**

Alors, pour que ce ne soient pas toujours les mêmes qui parlent sous prétexte qu'ils communiquent bien, il faut remettre à niveau, rétablir l'équilibre. Il faut éviter la communication unidirectionnelle.

**-Identifier les obstacles :**

Dans toute communication, des obstacles peuvent survenir à tous les niveaux. C'est en les identifiant qu'on parvient à les réduire. Parmi les obstacles les plus fréquents, on peut citer :

-Les obstacles techniques font référence à des difficultés dans la transmission précise, fidèle et intégrale des messages.

-Obstacles d'ordre culturel. Pour se comprendre, émetteur et récepteur doivent avoir un code commun, en particulier le langage (code verbal).



Celui-ci doit être compris de la même façon par l'un et par l'autre. Si les deux interlocuteurs ne mettent pas le même sens sous le même mot, emploient des termes techniques compliqués ou mal connus, la communication sera difficile.

-Obstacles d'ordre affectif : La communication comporte un échange affectif. Certaines attitudes ou comportement de l'émetteur ou du récepteur peuvent gêner son déroulement. Exemple: manque d'attention ou existence de préjugés.

-Obstacles sémantiques font référence à des difficultés dans la transmission et la réception du sens des informations. C'est ainsi que le message transmis devra avoir la capacité d'évoquer clairement chez le récepteur le sens des informations véhiculées. Les obstacles sémantiques sont généralement liés aux contraintes inhérentes à notre manière de symboliser ou de penser.

-Obstacles pragmatiques font référence à des difficultés engendrées par l'environnement socio-économique où s'exerce la communication.

### LES RUMEURS COMME OBSTACLE À LA COMMUNICATION

Définie comme «des communications incertaines, vraies ou fausses, qui circulent spontanément de bouche à oreille et qui sont difficilement contrôlables», les rumeurs se manifestent en cas où le besoin de savoir et de comprendre n'est pas satisfait.

Une rumeur est donc un problème associé au besoin d'information et est fonction de l'ambiguïté résultant d'un manque de connaissance et de clarté sur un sujet donné. Elle peut être enrichie par les différents obstacles présentés précédemment.

Pour faire face au ravage des rumeurs, il vaut mieux travailler aux moyens préventifs par la transmission d'une information claire, précise, exacte et simple tout en employant une source crédible.



## COMMENT AMELIORER LA COMMUNICATION

Choisir le moment et s'exprimer clairement

### EMETTEUR

Respecter le receveur  
Provoquer le feed-back  
S'assurer que le receveur a compris  
Etre crédible, compéant et inspirer confiance  
Ecouter à 100%  
Reformuler le message

### RECEPTEUR

Ne pas interrompre  
l'émetteur; se mettre dans  
la peau de l'émetteur

## 3. Les techniques de la communication

Appeler autrui à partager « une conviction » commande à la personne d'avoir des aptitudes à la communication dont les principales composantes sont les suivantes :

### a) Créer un climat favorable à la communication :

Pour créer un climat favorable, deux éléments sont essentiels :

- Etablir des rapports de confiance en insistant sur la confidentialité, l'intimité et la sympathie avec l'interlocuteur ;
- Permettre l'échange d'informations exactes et pertinentes susceptibles d'aider la personne à réfléchir sur son comportement.

### b) Connaître les caractéristiques de ses clients :

L'efficacité de la communication dépend en partie de la capacité du prestataire de déceler les signaux de son client (ce qu'il veut dire et ce qu'il ressent), d'en connaître l'usage et comprendre la signification. Pour ce faire, le prestataire doit pouvoir :

- appréhender les facteurs personnels et socioculturels
- déterminer ce que son client connaît, pense et croit. Le problème posé, objet de la communication, devra être compris et analysé tel qu'il est perçu par le client.
- Plus le prestataire tiendra compte des caractéristiques de son client, plus il établira facilement un climat de confiance et plus il gagnera son écoute et son acceptation du message transmis.

### c) Clarifier les valeurs :

Nos valeurs, nos expériences, nos motivations, notre état émotionnel et notre besoin de trouver un sens à ce que nous observons, peuvent influencer l'efficacité de notre communication. Il est de ce fait, impossible de réceptionner une information sans la modifier, la déformer, dans sa nature et/ou son intensité.

Ces valeurs risquent d'influencer l'efficacité de la communication. Nous avons tendance à ignorer ou déformer les informations qui nous déplaisent, nous choquent (informations inadmissibles au point de vue culturel, professionnel) et/ou donnent l'impression d'incohérence.

La clarification des valeurs consiste à mettre en évidence ce que l'on considère comme juste, correct ou acceptable. Elle sert à élucider le système de valeurs de référence pour mettre les deux interlocuteurs en phase.

L'émetteur doit avoir une connaissance de soi et faire preuve d'autodiscipline. Il doit être conscient de la manière dont ses propres émotions, ses opinions et ses préjugés peuvent compromettre sa relation avec son interlocuteur.

#### **d) Développer des attitudes facilitantes**

- Une attitude d'intérêt ouvert c'est à dire une disponibilité intégrale sans préjugé qui soit un encouragement continu à l'expression spontanée d'autrui.
- Une attitude de non jugement permettant de tout recevoir sans critique ni culpabilisation. Il faut respecter le client et lui manifester une considération réelle.
- Une attitude de non-directivité signifie qu'il n'y a pas quelque chose de présupposé à chercher ou à vérifier. Il faut faciliter la communication et non pas faire des révélations.
- Une intention authentique de comprendre autrui dans sa propre langue, de penser dans ses termes, de saisir les significations que la situation a pour le client. Il convient de s'intéresser à la personne et non au problème lui-même, d'être centré sur ce qui est vécu et non sur les faits que le client évoque.

#### **e) Maîtriser les techniques de communication interpersonnelle** **Savoir écouter**

- Dans une communication interpersonnelle, l'écoute active permet :
- d'obtenir des informations nécessaires sur le client, ses connaissances, ses attitudes et ses pratiques.
  - de comprendre ce que le client pense, ressent et croit .
  - d'encourager l'interlocuteur à s'exprimer et à parler de certaines questions personnelles, de sa vie intime, de ses sentiments et ses intentions.



-de montrer qu'on s'intéresse à ce qu'il dit et lui manifester une considération réelle.

-de l'aider à s'exprimer davantage, à se comprendre et à choisir la solution appropriée pour un comportement sexuel responsable

Plusieurs techniques sont utilisées pour aider le client à s'exprimer et à analyser ses pensées et ses sentiments en allant au-delà des faits et des circonstances. Le prestataire qui sait écouter montrera au client qu'il est intéressé, qu'il le respecte, qu'il est attentif et capable de comprendre.

### **Parmi ces techniques :**

#### ***La reformulation.***

Elle consiste à redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus explicite ce que le client vient d'exprimer, de façon à obtenir son accord. Elle ne se limite pas à une simple répétition mot à mot de ce que vient de dire le client ; elle est axée principalement sur le contenu objectif de la communication, sur ce que le client a voulu dire et exprimer.

#### ***Le questionnement.***

La recherche d'un message approprié incite le prestataire à poser des questions pour obtenir des renseignements sur le sujet, savoir si les faits sont bien ou mal compris.

Les questions assurent au prestataire une compréhension des pensées du client tout en lui permettant d'obtenir de plus amples informations. Elles devraient apporter le soutien et l'encouragement nécessaires au client pour formuler une idée, préciser sa pensée quand il a de la difficulté à le faire, exprimer ses sentiments.

Une bonne question doit être claire, exprimée avec des mots simples et concrets qui constituent une phrase bien construite et courte. Elle doit être présentée sous une forme positive invitant le client à développer plus longuement un sujet.

Il y a deux sortes de questions :

-Les questions fermées appellent de la part de l'interlocuteur une réponse en un ou quelques mots, souvent oui ou non.

-Les questions ouvertes comme « que pensez-vous ? », « Comment ? », « Quelle réaction cela suscite en vous ? », « à quoi cela vous fait-il penser? »

## **La synthèse.**

Elle consiste à résumer les idées clés évoquées par le client. Elle constitue un moyen efficace pour :

- s'assurer de la compréhension de ce que le client vient d'exprimer.
- permettre au client de corriger tout malentendu (éventuel).
- recentrer la discussion après une longue intervention.
- encourager l'interlocuteur à s'exprimer davantage.

En résumant, on s'exprime de manière plus concise que le client. Il faut bien retenir les points importants, surtout ceux sur lesquels le client a mis l'accent, sans toutefois les interpréter.

## **Remarque importante :**

A chaque fois que nous communiquons face à face avec quelqu'un, nos propos et les siens s'accompagnent de tout un ensemble de comportements non verbaux (mimiques, signes de tête, expressions du visage, regards, ton de la voix, posture, etc.). De ce fait, pour mieux communiquer avec autrui, il est nécessaire d'observer le comportement du client qui nous aide à mieux l'aborder, le comprendre et l'aider. D'un autre côté, le prestataire apprend grâce à l'expérience à mieux contrôler ces propres attitudes qui peuvent encourager ou au contraire inhiber la parole chez son client.

## **Le Non Verbal**

- Le contact visuel se situe entre le regard fixe et l'attitude qui consiste à détourner totalement les yeux.
- Le langage du corps. comportant notre posture, nos gestes, les expressions de notre visage comme les mimiques, le sourire, la distance créée entre le prestataire et le client.
- L'encouragement. Des signaux sont donnés pour encourager l'interlocuteur à parler ou à continuer à parler. Ces signaux peuvent être un hochement de tête affirmatif, un mouvement des sourcils, un son comme « mm hm », ou de simples mots comme « je vois », « continuez ».
- La synchronisation des mouvements. Lorsque vous penchez en avant, si les rapports sont bons, l'autre fera de même. S'écarter de quelqu'un peut-être perçu comme un rejet.
- Les intonations de la voix. Une augmentation du ton est souvent associée à la colère, le fait de parler plus vite à l'angoisse, le fait de parler plus bas ou plus lentement peut être signe de tristesse.



### **Savoir s'exprimer :**

Le prestataire doit veiller à ce que l'information à transmettre puisse être retenue facilement. Pour cela, il est utile de :

- **être bref** : choisir les aspects les plus importants. Demander à l'interlocuteur ce qu'il connaît déjà peut être une manière de savoir son niveau de connaissance et d'identifier les informations erronées, incomplètes.
- **rester simple** : Utiliser des phrases courtes et des mots simples que l'interlocuteur comprend. Utiliser un langage culturellement acceptable et accessible
- **être spécifique** : Les informations à fournir doivent être spécifiques, concises et précises, expliquées et développées d'une manière appropriée au besoin et précisant les avantages et les bénéfices du comportement proposé.
- **structurer** les informations à communiquer en catégories.
- **répéter les informations clés** : Rappeler ces informations en termes simples, précis et faciles à retenir. Il faut à chaque fois s'assurer que le message transmis est compris de la même manière par le récepteur.

### **f) Communiquer en groupe**

La communication de groupe est utilisée essentiellement lors de la mobilisation communautaire.

Les thèmes majeurs qui émergent de la plupart des dynamiques de communication en petits groupes sont :

*Rôles, Réseaux de communication, Normes, et Direction*

#### **Les rôles:**

Dans chaque groupe, les participants jouent des rôles déterminés, et même parfois en combinent plusieurs. Une personne peut occuper plusieurs fonctions, selon les besoins du groupe et la conscience qu'il en a, ainsi que sa capacité à répondre à ces besoins. Trois types de rôles émergent généralement :

Rôles du travail de groupe, qui correspondent aux comportements qui aident le groupe à résoudre le problème ou accomplir sa tâche.

Rôles de maintien et de construction du groupe, qui sont les comportements aidant les membres à fonctionner ensemble en tant que groupe et ce faisant, à maintenir une relation interpersonnelle constructive.

Rôles centrés sur eux-mêmes, qui recouvrent les comportements qui servent uniquement les objectifs individuels, souvent aux dépens du groupe.

### Les réseaux de communication

Les membres d'un groupe développent le plus souvent non seulement leurs propres rôles, mais aussi un réseau de communication qui lui est propre à l'intérieur du groupe.

Un membre qui commence une réunion peut très bien se voir demander par les autres d'initier les discussions dans les réunions suivantes. Quelqu'un qui exprime beaucoup ses opinions va voir les autres se retourner vers lui lorsqu'une nouvelle idée est proposée. Une personne s'exprimant rarement va être ignorée par les autres et va éprouver des difficultés à s'intégrer dans la conversation.

Le type de réseau de communication interne d'un groupe a un impact majeur sur son travail. Certains réseaux sont très néfastes à la productivité et à la satisfaction des membres. Un réseau centré sur un leader peut parfois accélérer la prise de décision, mais il peut aussi exclure des informations importantes qu'un membre réticent à s'exprimer détient. Le réseau peut exclure des membres, conduisant à des subdivisions et une désagrégation du groupe.

### Les normes :

Chaque groupe développe ses propres normes. Elles recouvrent ce qu'on attend du comportement d'un individu, les règles de conduite ou de participation. Les normes reflètent et déterminent comment quelqu'un doit parler, à qui l'on s'adresse, sa façon de s'habiller, où et comment il ou elle doit s'asseoir, quels sentiments sont exprimés et comment, etc.

De telles normes peuvent être exprimées ou non, mais un observateur peut les détecter. Être conforme aux normes procédurières est essentiel si les membres doivent travailler ensemble.

Un élément que nous connaissons à propos des normes de groupes est qu'elles aident à influencer le comportement en-dehors du groupe. Si le groupe adhère à une idée et pense qu'une action doit être entreprise pour la mettre en œuvre, les individus utilisent le support du groupe lorsqu'ils vont en dehors et agissent conformément à ce support. C'est pourquoi il est souvent bon de demander au groupe de lever la main



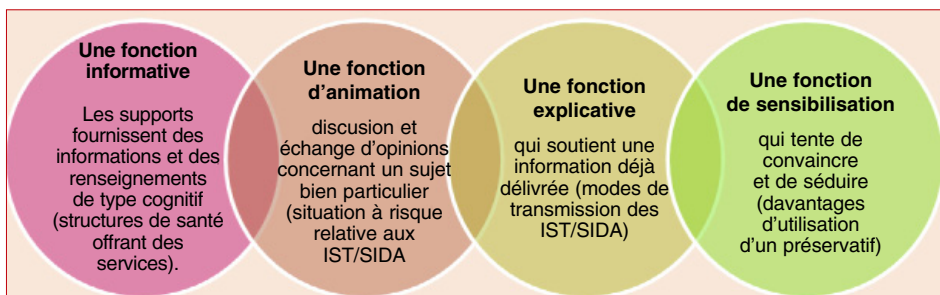
pour exprimer son soutien à une idée, afin d'établir une norme de groupe et donner aux membres le support dont ils pourraient avoir besoin pour agir en conséquence, même à l'extérieur. Savoir qu'un certain nombre d'autres personnes, vous y compris, ont publiquement exprimé leur accord sur une question, vous donne le soutien émotionnel pour agir indépendamment hors de son sein.

### La direction :

Le phénomène de lutte des chefs (leadership struggle) arrive dans chaque groupe. Même quand un nouveau leader est élu ou nommé, la lutte des chefs persiste jusqu'à ce que la situation se calme et que chacun accepte le dirigeant choisi. Dans un groupe, il arrive qu'une personne va initier la discussion et en choisir le sujet. Au début accepté par les autres membres, vous remarquez que le sujet va être soudainement rejeté par les autres. Ceci est un exemple de quelqu'un essayant de se positionner en tant que dirigeant et qui échoue.

### **g) Utiliser des supports éducatifs**

Un support éducatif est un moyen d'aide, d'appui et de renforcement pour illustrer et clarifier le contenu du message transmis. Il attire l'attention du récepteur, favorise la perception, stimule, renforce l'intérêt des notions trop abstraites, augmente la compréhension, facilite la mémorisation et permet dans certains cas d'appliquer des actes. Les supports éducatifs remplissent des fonctions d'information, d'animation, d'explication et de sensibilisation résumées dans le tableau ci-dessous :





## h) participer à l'élaboration d'un message destiné au public

Dans la communication de masse, c'est essentiellement à travers des messages percutants qu'on arrive à toucher le grand public.

Pour élaborer un message, il convient de suivre les étapes suivantes:

**1- Identifier votre thème selon votre public** (Le thème étant le sujet sur lequel va porter le message)

Le choix sera fonction des besoins, problèmes, sensibilité du public.

L'examen des caractéristiques spécifiques du public déterminera le fond du message à lui transmettre, le style, l'axe et l'argumentation.

L'efficacité nécessite de choisir un seul thème à traiter par message.

### **2- Spécifier votre objectif**

L'objectif influence énormément la conception du message dans son ensemble. Il devra être assez clair pour être compris immédiatement.

La finalité d'un message n'est pas ce qu'il dit effectivement, mais ce qu'il va suggérer réellement comme action chez le public. On ne doit pas rester dans le vague.

### **3- Formuler l'axe du message et trouver les arguments**

L'axe du message est l'élément moteur de décision qui est manipulé dans le but de provoquer l'adoption du comportement visé.

C'est l'idée essentielle que l'on veut véhiculer.

Il doit être adapté aux caractéristiques et aux avantages du nouveau comportement proposé.

Il doit se baser soit sur une motivation, soit sur un frein

### **Les appels dans un message sont de deux types :**

- L'appel à l'émotion consiste à associer les sentiments préexistants avec le comportement qu'on voudrait encourager.

- L'appel à la raison tend à développer des arguments solides basés sur la logique et les preuves justifiant la nécessité d'adoption du comportement recommandé.



# Troisième partie

---

## Modèles et théories de la communication pour la promotion d'un comportement sain

1. Les modèles dits «classiques»
2. Les modèles «avancés»
3. Données actuelles

Les modèles de communication pour la promotion d'un comportement sain s'inscrivent dans un large programme de prévention et, visent à développer des stratégies afin de pérenniser des comportements sains aux niveaux individuel et collectif.

Ces stratégies de communication remplissent un certain nombre de rôles dans la prévention :

- Le renforcement des connaissances sur un problème donné.
- La stimulation du dialogue dans la communauté ciblée.
- Le changement des attitudes produisant un comportement négatif.
- La création de la demande d'informations et de services.
- Le plaidoyer au niveau des décideurs politiques et leaders d'opinion.
- La promotion de l'utilisation des services de prévention et de prestation de soins de santé.
- Le développement des compétences nécessaires par rapport à l'adoption d'un comportement souhaité, au niveau individuel.

Les modèles de communication les plus connus sont inspirés de la psychologie sociale. Nous vous proposons ci-dessous certains d'entre eux.

## 1. Les modèles dits «classiques»

### a) Le modèle de croyances de santé

Ce modèle indique qu'un individu agira pour prévenir une maladie en fonction des facteurs suivants :

**La Perception de la prédisposition** : l'individu doit penser qu'il est prédisposé à la maladie.

**La Perception de la gravité** : l'individu doit penser que le fait de contracter la maladie aura des conséquences graves.

**La Perception des bienfaits** : l'individu doit penser qu'en adoptant un comportement préventif, il réduira les risques ou qu'il en découlera d'autres conséquences positives.

**La Perception des obstacles** : l'individu doit penser que les coûts tangibles ou psychologiques découlant du comportement sont moins importants que ses bienfaits.

**Le Signal d'incitation à la prise de mesures** : l'individu doit rencontrer quelque chose qui le préparera à adopter le comportement.

**L'efficacité personnelle** : l'individu doit penser qu'il est capable de prendre des mesures.



## **b) La Théorie de l'action raisonnée**

Selon la théorie de l'action raisonnée, l'intention comportementale est le facteur le plus important du comportement. Si quelqu'un a l'intention d'adopter un certain comportement dans une situation donnée, il est alors beaucoup plus vraisemblable que le comportement soit effectivement adopté.

L'intention est influencée par trois facteurs principaux :

Attitude vis-à-vis du comportement : les convictions de l'individu concernant la vraisemblance des conséquences positives et négatives du comportement et l'importance relative de chaque.

Normes subjectives associées au comportement : les convictions de l'individu concernant l'attitude des personnes influentes dans sa vie vis-à-vis du comportement et à quel point l'individu souhaite répondre à leurs attentes.

Perception du contrôle comportemental : la perception de l'individu concernant la force des facteurs extérieurs qui rendent plus facile ou plus difficile l'adoption du comportement.

## **c) La Théorie sociocognitive**

Selon cette théorie, le changement de comportement est influencé par des facteurs spécifiques à un individu et à son environnement.

Comme avec la théorie de l'action raisonnée, l'individu sera incité à prendre des mesures s'il estime que les conséquences positives d'un comportement l'emportent sur ses conséquences négatives.

Si quelqu'un n'a encore jamais adopté le comportement, ses connaissances viennent généralement de l'observation d'autrui. Lorsque des personnes semblables à l'individu adoptent le comportement et en sont récompensés, l'individu est alors plus enclin à suivre leur exemple. L'individu peut apprendre comment adopter le comportement en observant quelqu'un d'autre. L'individu sera plus enclin à adopter un certain comportement s'il a une forte efficacité personnelle, conviction que l'on a les compétences et les capacités nécessaires au comportement.

## **d) La théorie de la motivation à la protection**

Elle se base sur les effets de l'utilisation de la peur et de la crainte dans les campagnes de communication.

Un message basé sur la peur doit avoir 3 composantes :

- la magnitude de la menace de l'évènement analysé
- la probabilité d'occurrence de l'évènement
- l'efficacité de la réponse préventive

## 2. Les modèles «avancés»

Au fil des années et avec l'évaluation des différentes approches, il s'est avéré que ces approches présentaient certaines insuffisances. C'est ce qui a amené certains auteurs à les compléter et à les enrichir.

### a) les modèles transthéoriques

Nous parlons de modèles transthéoriques, parce que l'utilisation de ces modèles n'exclut pas l'utilisation cumulée des modèles dits «classiques».

Plutôt que de noter les éléments nécessaires à un changement de comportement, les modèles transthéoriques (également connus sous le nom de Théorie des stades ou du processus du changement) décrivent les stades par lesquels un individu passe avant d'adopter un nouveau comportement et qui sont les suivants :

- L'inconscience correspond au stade de l'ignorance totale du problème, du comportement qui en est la base et du comportement souhaité.
- La prise de conscience caractérise l'état d'esprit de l'individu qui vient de recevoir la première information.
- L'intérêt traduit le début de l'implication chez l'individu ; il recherche toute information susceptible de servir à ses jugements.
- L'apprentissage correspond à l'acquisition d'expérience et de compétences relatives au comportement souhaité, notamment par l'observation des pairs.
- La motivation caractérise l'individu qui commence à percevoir les avantages du comportement. A ce stade il envisage de plus en plus l'adoption du nouveau comportement.
- La préparation au changement correspond à la prise de la décision.
- L'essai constitue le premier passage à l'action.
- La pérennisation du comportement consacre le changement définitif. Quel que soit le comportement, il se peut qu'un individu s'arrête à un certain stade ou même qu'il recule sur le processus.

Il se peut aussi que quelqu'un oscille entre la préparation et l'action de nombreuses fois au cours de sa vie, en particulier en ce qui concerne les



comportements nécessitant des changements de style de vie à long terme comme mettre un préservatif ou arrêter de fumer.

### **b) Le modèle de Diffusion des innovations**

Le modèle de la diffusion des innovations décrit la progression d'une innovation comportementale particulière dans une population au fil du temps.

Comme avec n'importe quel produit ou pratique, certaines personnes seront les premières à adopter un comportement alors que d'autres attendront que la plupart de leur pairs l'aient déjà accepté et que d'autres encore ne changeront jamais leurs habitudes.

Pour une innovation particulière, les individus tomberont dans l'un des groupes suivants selon le moment où ils accepteront la nouvelle idée ou la nouvelle pratique :

- les innovateurs ou convertis précoces,
- les convertis de la majorité précoce,
- les convertis de la majorité tardive,
- les traînants.

D'après ce modèle, les canaux de communication les plus efficaces pour disséminer l'information sur une nouvelle idée ou pratique sont les leaders d'opinion et les réseaux sociaux de pairs. La décision d'un individu d'accepter ou de rejeter une innovation comprend les questions suivantes :

- L'innovation est-elle meilleure que ce que l'individu utilise ou fait actuellement ?
- L'innovation est-elle facile à utiliser ou comprendre ?
- D'autres personnes parmi les pairs utilisent-elles l'innovation ? Si c'est le cas, quelle a été leur expérience ?
- L'innovation est-elle conforme au système de valeurs et à l'image de soi de la personne ?
- Est-il possible d'essayer l'innovation avant de s'engager ?
- Quel type d'engagement est nécessaire pour utiliser l'innovation ?
- Quel est le risque (pécuniaire ou affectif) inhérent à l'adoption de l'innovation ?

### **3. Données actuelles**

Les modèles actuels s'ouvrent sur une approche moins rationnelle. On tend à considérer la personne humaine, dans sa dimension biopsychosociale.

Les aspects émotionnels et métaphysiques sont de plus en plus pris en considération.

Parmi les données actuelles, on peut citer :

### **a) La théorie de la perception sélective**

Cette théorie démontre qu'un individu a tendance à s'exposer à certains messages plutôt qu'à d'autres et que diverses personnes exposées aux mêmes messages ne les perçoivent pas toutes de la même façon.

Ainsi, chaque individu lira certains articles d'un journal et en négligera d'autres.

### **b) La théorie de la dissonance cognitive.**

Elle précise que, devant une information qui contrarie sa façon de penser, l'individu a tendance à chercher à protéger son équilibre intérieur en adoptant différentes attitudes, dont celle de rejeter complètement l'idée qui le dérange.

### **c) L'approche « divertir pour éduquer »**

Le divertissement est utilisé parce que les gens aiment et veulent le divertissement qui fait partie de leur vie.

Un des programmes de santé publique les plus réussis dans le monde a été par exemple la promotion du brossage des dents. Prévenir la carie dentaire est important, mais avoir une bonne haleine et être accepté de ses pairs constitue une motivation plus immédiate. Alors, se brosser les dents est devenu une norme dans beaucoup de sociétés.

### **d) L'approche basée sur la mobilisation des émotions**

Cette approche s'attache à associer le comportement qu'on vise à promouvoir avec une expérience émotionnelle plaisante, apaisante... (exemple: sécurité de base, désir sexuel..).

Cet aspect, utilisé dans le marketing est très porteur de changement de comportement. En effet, on peut se demander comment un produit aussi toxique que la cigarette ait pu être promu à travers le monde ? Par le biais d'images sexuelles. La cigarette, a peu de rapport avec le sexe, pourtant des images sexuelles sont utilisées pour sa promotion. Le sexe est exploité partout dans le monde pour promouvoir à peu près tous les produits.

### **e) La promotion de la communication interpersonnelle.**

Elle doit se faire au niveau de toutes les tranches de la population. Il est de plus en plus évident que, dans le domaine de la santé sexuelle, le fait



de stimuler la communication entre époux, entre partenaires est un déterminant clé du changement de comportement. Cela peut être un partage d'information ou une quête d'information. Nous devons observer de plus près la dynamique de ces interactions, particulièrement celles qui sont relatives au VIH/SIDA.

Trop souvent, dans le domaine de la santé publique, on perçoit la communication interpersonnelle seulement comme l'interaction prestataire/client. L'interaction client/prestataire est un phénomène relativement rare comparé à l'interaction entre mari et femme, amis, partenaires, pairs, parents et enfants. Nous devons d'abord comprendre puis influencer ces importantes interactions.

### Résumé des modèles de communication

Lieu de changement	Théories ou modèles
<ul style="list-style-type: none"><li>● Théories expliquant les comportement de santé et les changements de comportements en se focalisant sur les individus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Modèle des croyances relatives à la santé</li><li>● Théorie de l'action raisonnée</li><li>● Modèle trans-théorique des étapes du changement</li><li>● Théorie de l'apprentissage social</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Théories expliquant les changements dans les communautés et dans les actions communautaires</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Mobilisation communautaire<ul style="list-style-type: none"><li>- Planification sociale</li><li>- Action sociale</li><li>- Développement communautaire</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Théories précisant l'usage des stratégies de communication en vue de changements favorables à la santé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Communication visant les changements de comportements</li><li>● Marketing social</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Modèles expliquant les changements dans les organisations et la mise en place de pratiques promotrices de santé par les organisations</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Théories du changement dans les organisations</li><li>● Modèles d'actions intersectorielles</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Modèles expliquant l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques publiques favorables à la santé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Cadres écologiques pour l'élaboration de ces politiques</li><li>● Déterminants des décisions politiques</li><li>● Indicateurs des politiques de promotion de la santé</li></ul>





# Quatrième partie

---

## Stratégies de communication utilisées pour la prévention des IST-VIH/SIDA

1. Les principaux concepts
2. La communication de masse
3. La communication de proximité
4. Le marketing social du Préservatif (MSP)



## **1. Les principaux concepts**

### **a) Information, Education et Communication (IEC)**

Pour faire face à l'épidémie du SIDA, les planificateurs ont utilisé au départ l'IEC, approche qui a donné des résultats probants en matière de Santé Reproductive et planification familiale.

L'IEC (Information, Education, Communication) qui désigne toutes les activités d'éducation et d'information (basées sur l'apport des connaissances) et de communication (fondées sur la motivation) entreprises en direction des prestataires et des utilisateurs de planification familiale, et ce dans l'intention de réduire l'écart entre les connaissances et les pratiques.

La stratégie IEC vise un changement d'attitude et de comportement auprès des populations ciblées. Elle suit une approche systématique et participative, multidisciplinaire et multisectorielle.

### **b) Education pour la santé (EPLS)**

Le concept EPLS a subi de nombreuses mutations à travers le temps, passant d'une conception étroite de la santé publique axée sur les individus, à une approche plus globale prenant en compte l'interaction des individus avec leur environnement.

Selon l'OMS, l'EPLS désigne : «les occasions d'apprentissage délibérément suscitées pour faciliter les changements de comportements en vue d'atteindre un objectif déterminé à l'avance»

### **c) La promotion de la santé**

Elle se définit comme un processus qui donne aux individus la possibilité de mieux dominer et d'améliorer leur santé. Ce processus vise à rendre l'individu et la collectivité capable d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants pour leur santé.

La promotion de la santé représente une stratégie de médiation permanente entre les gens et leur environnement, alliant choix personnel et responsabilité sociale.

### **d) La Communication pour le Changement des Comportements (CCC)**

La CCC est un processus interactif et intégré dans un programme global qui fait appel à la participation de la communauté. Elle se base

sur la production de messages et sur des approches personnalisées utilisant des variétés de moyens de communication et qui définit des comportements positifs favorisant un changement durable des comportements.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, la CCC permettrait :

- Une amélioration des connaissances et une stimulation du dialogue au sein des communautés ;
- Une promotion des changements d'attitude;
- Une diminution de la stigmatisation et de la discrimination;
- Une stimulation de la demande d'information et des services;
- Une sensibilisation des pouvoirs publics à la nécessité de politiques et de réglementations adaptées en matière de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Le développement des compétences et de l'auto-efficacité.

## **d) Communication pour un Impact Comportemental (COMBI)**

Elle sera développée au dernier chapitre de cet ouvrage.

## **2. La communication de masse**

Plusieurs canaux peuvent être exploités pour toucher la communauté et pour transmettre l'information et surtout des messages susceptibles d'avoir un impact sur le comportement.

**a) La mobilisation communautaire :** le rôle des communautés religieuses, des mouvements sociaux (femmes, jeunes, associations sportives, etc.), des syndicats et de travailleurs est essentiel. Ceux-ci peuvent intégrer des messages préventifs dans leurs programmes.

**b) L'apport des NTIC :** à côté de la diffusion des messages, les nouvelles technologies de l'information et de la communication offrent l'interactivité et la communication à double sens, et permettent d'une part l'accessibilité à l'information instantanément et continuellement et d'autre part de répondre aux préoccupations des uns et des autres.

**c) Le recours aux artistes et aux sportifs :** pour promouvoir les messages de prévention, les artistes et les sportifs de haut niveau constituent de bons médiateurs et des modèles à suivre. De même la diffusion des messages via l'art (plus particulièrement le théâtre) ou les séries télévisées a un impact très positif.



#### **d) La participation des PVVIH**

Actuellement la participation des PVVIH dans les campagnes de sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA est de plus en plus utilisée.

Bien entendu, pour que cette stratégie de communication ait l'impact souhaité, il est nécessaire de faire participer les personnes concernées à tous les niveaux de l'action et de les habiliter en compétences communicatives afin d'optimiser leur apport.

### **3. La communication de proximité**

Elle nécessite des compétences spécifiques en matière de communication interpersonnelle. Ces compétences abordées dans le chapitre précédent, seront complétées dans le sous chapitre sur le counseling.

Les intervenants dans ce champ sont principalement les personnes ressources, celles qui sont concernées par la maladie, les jeunes et les prestataires qui travaillent dans le domaine de la santé.

#### **a) L'éducation sanitaire**

L'animateur de santé a pour rôle de sensibiliser particulièrement les jeunes au problème du sida, d'aider à la réflexion et de les amener à trouver leurs propres solutions pour adopter un comportement préventif adapté. L'objectif est d'anticiper les situations à risques et de leur donner les moyens de les éviter grâce à une réflexion par rapport à leurs comportements. Les interventions de prévention du sida évoluent plus globalement vers une éducation à la sexualité en abordant les notions de relation à l'autre, de plaisir, d'amour, de contraception, d'infections sexuellement transmissibles, dont le sida.

#### **b) L'éducation par les pairs**

Par «pair», on entend toute personne d'un niveau égal à une autre ; appartenant au même groupe social – en particulier de par l'âge, le grade ou la situation.

L'éducation par les pairs sert souvent à susciter un changement au niveau de l'individu en tentant de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses croyances, ou ses comportements. Toutefois, l'éducation par les pairs peut également générer un changement au niveau d'un groupe ou d'une société, en modifiant les normes et en suscitant une action collective aboutissant à des changements de programmes et de politiques.

### c) L'éducation par les relais

Les relais ou personnes ressources peuvent être des enseignants, chefs religieux ou parents par exemple.

Ces personnes informées et suffisamment sensibilisées, pourraient conseiller l'abstinence, la fidélité dans le couple ou encore l'utilisation des préservatifs.

Ces relais qui partagent la même réalité quotidienne avec le public cible et qui sont écoutés et respectés peuvent être de puissants médiateurs pour influencer les comportements.

### d) Le counseling pour le dépistage du VIH

Dans le cas où une personne se présente pour vérifier son statut sérologique, cette démarche vous aide dans votre abord du client

- Présentation mutuelle, présentation des objectifs des entretiens pré et post test .
- Demander à la personne ce qui l'amène à effectuer cette démarche aujourd'hui.
- Aider la personne à identifier son niveau d'exposition à un ou plusieurs risques ainsi que leurs contextes (relations, usage d'alcool, usage de drogues, événements négatifs).
- Vérifier les connaissances de la personne sur les modes de transmission et de prévention ainsi que sur le test.
- Evaluer avec la personne son degré d'exposition au risque VIH.
- Aider la personne à faire le point sur les stratégies de prévention qu'elle a déjà utilisé.
- Explorer l'impact de sa démarche de test sur son entourage.
- Anticiper les émotions liées aux résultats.
- Demander à la personne d'évaluer les avantages et les inconvénients de sa démarche de test.
- Aider la personne à prendre ou confirmer sa décision.
- Indiquer à la personne tous les numéros utiles dont elle pourrait avoir besoin pendant l'attente des résultats ( réseaux, associations...).
- Préparer avec la personne le prochain rendez-vous en indiquant les objectifs et les contenus de l'entretien post-test.
- Face à une personne qui se présente pour effectuer un test de dépistage, Il est utile que le prestataire se pose les questions suivantes :
- Qu'est-ce qui a amené la personne aujourd'hui à faire cette démarche de dépistage ?



- Comment lui donner le temps et les moyens de prendre la décision du test ?
- Comment l'aider à anticiper les résultats ?
- Cette personne présente-t-elle un haut degré d'anxiété ?
- La personne est-elle prête pour affronter le test et son résultat ?
- La personne est-elle prête à adopter un plan de réduction des risques et en a-t-elle les moyens (environnement) ?
- Comment me maintenir dans une écoute facilitante dans laquelle la personne prend ses décisions elle-même ?
- En quoi j'adhère ou non aux théories de la réduction des risques ?

### Counseling post-test positif

- Donner les résultats.
- Laisser à la personne le temps d'exprimer ses émotions
- S'assurer que la personne a compris les résultats.
- Evaluer les besoins immédiats de la personne (soutien médical, social, personnel, administratif, financier).
- Informer la personne sur les stratégies thérapeutiques existantes.
- Identifier les problèmes immédiats qui se posent ou vont se poser à la personne dans les 24 heures.
- Evaluer ce qui l'inquiète le plus (A qui aimerait-elle en parler ? A qui pense-t-elle qu'elle devrait en parler ?).
- Valider la personne dans ses sentiments et ses émotions et l'aider à anticiper les différentes phases du vécu de la séropositivité.
- Identifier avec la personne toutes les difficultés éventuelles qu'elle anticipe et envisager concrètement les moyens de les résoudre.
- En fonction des données recueillies dans l'évaluation de la situation de la personne, l'informer sur les moyens et options possibles qu'elle peut utiliser pour éviter une surcontamination ou réduire la transmission de l'infection à VIH.
- Envisager avec la personne toutes les ressources dont elle dispose pour faire face à la situation (partenaire, famille, entourage proche, numéros verts).
- Voir avec la personne si elle a besoin d'aide pour la notification à son/sa partenaire.
- Mettre à la disposition de la personne les ressources du réseau mis en place par le site de dépistage (travailleurs sociaux, médecins hospitaliers, psychologues, associations, groupes de paroles, numéros verts).

### Counseling post-test négatif

- Donner les résultats.
- Vérifier la compréhension des résultats.
- Demander à la personne ce qu'elle en pense et ce qu'elle ressent (à qui va-t-elle en parler ? comment ?...).
- Envisager avec elle les moyens qu'elle compte utiliser pour pouvoir rester séronégative.
- Reprendre ce qui a été vu avec la personne dans l'entretien pré-test (contexte, évaluation des risques).
- Discuter et explorer en profondeur toute procédure de prévention présentée par la personne (intentions, degré d'expérience ou non, problèmes rencontrés précédemment dans l'utilisation de ce moyen, anticipation éventuelle des difficultés, alternatives et solutions envisagées...).
- Aider la personne à concevoir un plan individualisé de réduction des risques (utilisation d'un script de réduction des risques adapté à sa situation).
- Donner l'adresse des réseaux et associations et toute information utile de prévention (brochures, dépliants...).
- Prendre un autre rendez-vous le cas échéant, et indiquer les contenus de ce rendez-vous, les actions à conduire par la personne.

### **4. Marketing social du préservatif (MSP)**

Les programmes de marketing social se servent de la même méthodologie de distribution que les entreprises commerciales. Des marges de profit compétitives, couplées à une intense promotion du produit, garantissent sa vaste distribution dans les points de vente les plus divers. Cette énorme disponibilité du préservatif contribue massivement à son intégration dans les mœurs, et elle le met à la portée économique des acheteurs potentiels.

En plus d'exploiter le réseau traditionnel de la vente, les programmes de MSP se concentrent également beaucoup sur la création de points de vente conviviaux et de systèmes de distribution informels.

Cela contribue à faire en sorte que les préservatifs soient accessibles au moment opportun et là où existe la demande, surtout dans les situations et les environnements à haut risque, pour que les gens se sentent suffisamment à l'aise pour les acheter. Ces débits se retrouvent notamment dans les bars, stations-service, terminus routiers, ... .



En outre, des vendeurs rattachés aux projets, et spécialement formés pour cette mission, fournissent aux détaillants de l'information sur le produit et sur les maladies contre lesquelles il apporte une protection.

On a également eu recours à d'autres systèmes de distribution innovateurs, y compris la collaboration avec des ONG locales et la formation de vendeurs issus des communautés.

En fait, c'est le lien entre la distribution et les communications qui fait du marketing social une mesure d'intervention si efficace.

Rendre les produits accessibles ne représente qu'une partie de l'équation du marketing social. Encourager leur utilisation représente l'autre aspect. Un solide élément de communication est essentiel au succès d'un programme de marketing social.

Même si, dans leurs grandes lignes, les programmes de marketing social du préservatif sont souvent axés sur le produit comme tel, nombre des matières de communication que l'on crée pour la circonstance ne se limitent pas à la traditionnelle promotion de la marque, et ciblent plus précisément des segments particuliers de la population que peuvent intéresser la problématique du VIH/SIDA. Par conséquent, ces communications ciblées visent la sensibilisation accrue des groupes jugés à risque élevé ainsi que la promotion d'un changement dans les comportements.

L'un des éléments les plus précieux d'un programme performant de MSP est sans conteste l'existence d'une solide composante de recherche et d'évaluation. La recherche joue un rôle appréciable dans le développement de la marque, de son positionnement sur le marché et de sa promotion. Elle apporte un éclairage indispensable au plan de préparation des messages de prévention du SIDA et elle permet de cerner les idées fausses ainsi que les préjugés « sociétaux » ou culturels concernant l'utilisation des préservatifs aussi bien que les changements de comportement. A mesure qu'un programme de marketing social arrive à maturité, la recherche joue un rôle de plus en plus prépondérant.

Des recherches sont également faites sur l'efficacité des réseaux de distribution et sur les profils des consommateurs. Certes, les chiffres de vente jouent un rôle capital dans l'évaluation du succès des programmes de marketing social, mais les enquêtes sur la distribution et les consommateurs permettent aux projets de découvrir qui sont ces



consommateurs et où ils achètent leurs préservatifs. En fonction de cette information, les projets peuvent prendre l'ampleur souhaitée et (ou) redéfinir les stratégies de distribution et de promotion de façon à tenir compte des besoins ainsi identifiés.

Enfin, l'information recueillie à partir des sondages auprès des consommateurs permet de savoir si le groupe ciblé achète le produit, et de modifier en conséquence les stratégies de distribution, de promotion et d'établissement des prix.



# Cinquième partie

---

## Cadre de communication actuel pour la prévention des IST-VIH/SIDA

1. Principales raisons de la mise en place du nouveau cadre
2. Politique gouvernementale
3. Statut socio-économique
4. Culture
5. Relations entre les sexes
6. Spiritualité
7. Mobilisation communautaire
8. Coopération régionale

## 1. Principales raisons de la mise en place du nouveau cadre

Dans le Rapport d'évaluation de l'UNFPA (1999), les observations suivantes ont été faites :

- Les stratégies d'IEC se concentrent trop sur la transmission de connaissances (approche cognitive) et non sur les conditions d'un changement des comportements ;
- En outre, elles n'atteignent pas les groupes cibles, par suite du manque de spécification ou du caractère trop général des projets d'IEC, sous-estimant et ne comprenant pas les problèmes quotidiens des femmes, hommes et jeunes et insistant trop sur les modèles individuels de comportement au lieu des modèles communautaires.
- La recherche accessible sur les comportements sexuels (aspects majeurs et systèmes de valeurs sous-jacentes) est mal utilisée ou inexistante ;
- Les procédures de communication basées sur l'information sont unidirectionnelles, artificielles et purement didactiques ;
- Les programmes des médias ou articles de presse ne sont pas liés aux services disponibles de prévention et de soin, ni aux autres formes d'activités d'IEC ;
- Les médias traditionnels sont mal identifiés et sous-utilisés ;
- Enfin on constate une certaine confusion entre l'augmentation des connaissances et l'incitation aux changements.

A ce stade, il est donc essentiel d'analyser, afin de mieux les comprendre, les références et ressources culturelles des populations, dans leur diversité, par une approche combinant l'enquête de terrain et les leçons à tirer des projets pilotes.

La perception actuelle du risque constitue le point essentiel des analyses et efforts de communication à faire.

- Il est insuffisant de chercher à influencer uniquement le comportement si les facteurs sociaux fondamentaux qui modèlent le comportement ne sont pas remis en question.
- La communication sur le VIH/SIDA doit être appropriée sur le plan culturel. Il est plus probable que les comportements positifs en matière de santé seront adoptés et poursuivis lorsque les membres d'un groupe culturel participent au processus de transformation contextuel.



L'ONUSIDA reconnaît qu'il est nécessaire d'élaborer un nouveau cadre de communication

Si tout nouveau cadre peut s'appuyer sur certains éléments pertinents des théories et pratiques existantes, un nouvel accent doit être mis sur la réponse apportée à divers contextes sociaux.

Parmi les principales faiblesses constatées dans les modèles classiques, on note les suivantes :

- La relation simple, linéaire entre la connaissance et l'action individuelles, qui a étayé de nombreuses interventions par le passé, ne tient pas compte des variations parmi les contextes politiques, socio-économiques et culturels qui dominent dans les régions.
- L'accent mis sur les mesures quantitatives (plutôt que sur les conclusions qualitatives ou une combinaison des deux) a comme résultat une interprétation déformée du sens et de la réalité des comportements observés.
- On présume que les décisions concernant la prévention du VIH/SIDA se basent sur une pensée rationnelle, volitive, sans tenir compte des réponses émotionnelles plus «authentiques» liées à l'adoption d'un comportement sexuel.
- On présume qu'il y a une relation séquentielle, linéaire, entre les connaissances, attitudes, croyances et pratiques (CACP), alors que le rapport sexuel précède souvent toute décision rationnelle fondée sur la connaissance totale, ou même partielle, du comportement à risque.
- On présume que la sensibilisation par l'intermédiaire des médias conduira nécessairement à un changement de comportement.
- On présume qu'une stratégie simple, destinée à déclencher un comportement unique dans une vie, tel que la vaccination, pourrait permettre de modifier et de maintenir des comportements complexes, durables, tels que l'utilisation du préservatif.
- On s'oriente presque exclusivement vers la promotion du préservatif à l'exclusion de la nécessité d'aborder l'importance et la position centrale des contextes sociaux.
- Les approches fondées sur les stratégies traditionnelles des programmes de planification familiale et de population tendent à cibler la prévention du VIH/SIDA sur les femmes, de sorte que, par exemple, les femmes, plutôt que les hommes, sont encouragées à commencer à utiliser des préservatifs.

Le nouveau cadre de communication sur le VIH/SIDA devrait permettre de comprendre la base émotionnelle du comportement en matière de prévention, par opposition à une orientation exclusive vers des actions de prévention fondées sur la rationalité.

Les résultats des évaluations indiquent que les domaines suivants devraient être au centre de la mise au point des stratégies de communication pour la prévention, les soins et le soutien relatifs au VIH/SIDA:

- Politique gouvernementale
- Statut socio-économique
- Culture
- Relations entre les sexes
- Spiritualité
- Approche à assise communautaire
- Coopération régionale

## 2. Politique gouvernementale

La politique gouvernementale et le droit jouent un rôle essentiel dans les programmes ayant pour objectif de lutter contre la propagation du VIH/SIDA. Les actions gouvernementales peuvent soit promouvoir soit freiner les efforts pour atteindre les buts de la communication sur le VIH/SIDA. Les considérations éthiques, juridiques et financières doivent être prises en compte lors des discussions sur les interventions de communication et de leur planification.

Les domaines clés suivants liés à la politique gouvernementale devraient être pris en considération :

- L'étude du programme des médias devrait faire partie de la collecte des informations et de l'analyse initiale.
- Un des rôles importants du gouvernement est d'encourager la collaboration entre les régions et à l'intérieur de ces dernières lors de la planification, notamment en facilitant le partage des enseignements tirés dans et entre les régions et les activités transfrontalières.
- La politique gouvernementale, peut jouer un rôle significatif dans la création d'un milieu propice au changement positif de comportement.
- Dans les efforts nationaux de prévention du VIH/SIDA, la volonté politique a influencé la riposte d'un pays.



*Exemples* : le dépistage régulier et les services thérapeutiques fournies aux professionnel(le)s du sexe, la gratuité du traitement aux personnes affectées par le VIH/SIDA, et la politique de disponibilité des préservatifs et leur gratuité dans les centres de SSR.

La volonté politique de fournir des fonds destinés à des interventions de prévention qui ont fait leurs preuves est essentielle.

- Les pressions internationales en faveur du changement — qu'elles prennent la forme de vidéo clips musicaux diffusés par des chaînes de télévision ou de débats autour des conférences du Caire et de Beijing sur la santé reproductive et les droits liés à la reproduction — doivent être pesées en fonction de la capacité locale à provoquer un débat public éclairé et à soumettre les politiques à un examen critique fondé sur des connaissances réelles.
- Sur la base d'expériences réussies, il faut encourager un débat public, éclairé par une information de bonne qualité, de manière à ce que les questions pertinentes soient abordées.
- Il faut encourager un environnement politique qui tienne compte de l'opinion publique, afin que le public puisse exprimer sa perception et ses opinions concernant le processus de prise de décision.
- Il faut mettre l'accent sur les situations à risque qui augmentent la vulnérabilité au VIH/SIDA, comme c'est le cas pour les travailleurs migrants ou les professionnel(le)s du sexe.
- Avant tout, la politique gouvernementale devrait promouvoir une société dynamique, au sein de laquelle les médias peuvent exprimer des points de vue différents et où les organismes non gouvernementaux sont suffisamment bien informés et confiants pour participer aux débats nationaux de manière positive.

### **3. Statut socio-économique**

Un statut socio-économique médiocre favorise la vulnérabilité à de nombreuses maladies, notamment le VIH/SIDA. Il a été démontré à maintes reprises que les gens en mauvaise santé étaient plus susceptibles de développer le SIDA peu après avoir été infectés par le VIH.

L'économie est un facteur qui permet à l'individu, au groupe et au gouvernement d'avoir accès à des quantités suffisantes de préservatifs, ainsi qu'aux associations médicamenteuses, lorsque celles-ci sont disponibles.

Les questions clés suivantes liées au statut socio-économique doivent être prises en considération :

- Il faut tenir compte de la disponibilité des moyens financiers, particulièrement pour les interventions médicales, telles que les polythérapies, et les interventions techniques, telles que la fourniture de préservatifs. De nombreux gouvernements et la plupart des individus ne pourraient s'offrir les polythérapies, même si elles étaient disponibles.
- Aborder l'impact de la pauvreté sur les individus et les communautés et sa relation avec des pratiques de santé à moindre risque.
- Il faut considérer le VIH/SIDA comme un problème social et lié au développement. En conséquence, l'allocation et la distribution des ressources pour s'attaquer à la pandémie doivent être considérées parallèlement aux autres problèmes sociaux et liés au développement.
- L'accessibilité aux soins de santé doit être analysée et abordée lors de la planification des interventions de communication par les médias et des interventions de communication interpersonnelle.

#### 4. Culture

En matière de prévention et de traitement de VIH/SIDA, l'adoption d'une approche culturelle signifie que toutes les références et ressources culturelles d'une population donnée (modes de vie, systèmes de valeurs dans l'élaboration d'un cadre stratégique), traditions et croyances, droits humains fondamentaux) seront pleinement prises en considération.

La culture est la conscience collective du peuple. Elle est façonnée par un sens du partage de l'histoire, de la langue et de la psychologie. Certains éléments de la culture tendent à se maintenir dans le temps, tandis que d'autres changent. Malheureusement, on voit souvent la culture comme un ensemble statique de valeurs et de normes immuables. Le praticien non éclairé, armé d'une liste de croyances et de pratiques individuelles négatives pour la santé, met inévitablement le blâme sur ces croyances et les considère comme des barrières culturelles. Les croyances sont souvent un produit de la culture. Les croyances et les connaissances sur la maladie sont alors au centre des interventions et des messages culturellement appropriés. En fait, le terme de croyances est souvent opposé aux connaissances. Dans la perspective biomédicale, « croyance » a souvent une connotation d'idées erronées qui constituent des obstacles à une conduite



appropriée. En conséquence, on en déduit que les pratiques ou comportements individuels négatifs sont des croyances culturelles, et ces pratiques et comportements sont souvent étiquetés comme barrières.

Il est nécessaire de faire passer un message viable par l'intermédiaire des croyances et des pratiques locales. Les croyances et les connaissances sur la maladie et les pratiques traditionnelles en matière de santé devraient devenir la substance des interventions et des messages locaux (ou culturellement appropriés).

Les éléments clés suivants doivent être considérés lors de l'introduction de variables culturelles dans le nouveau cadre de communication sur le VIH/SIDA :

- Le style et l'utilisation de la langue dans plusieurs cultures devraient être compris en vue d'une application possible dans les stratégies de communication, particulièrement au niveau interpersonnel.
- Les relations au sein de la famille et de la communauté devraient être étudiées, particulièrement en ce qui concerne la prise de décisions sur l'adoption de comportements de prévention en matière de santé et les soins donnés aux malades.
- Il faut prendre en considération la place centrale de la famille et de la communauté dans la prise de décisions.
- Il faut reconnaître que les croyances individuelles, bien qu'elles fassent partie de la culture, n'expliquent pas le contexte culturel dans son ensemble. Ainsi, on ne doit pas permettre aux croyances de se transformer en culture par procuration, bien qu'elles doivent être reconnues comme un des nombreux aspects de la culture.
- Les différences de caractéristiques culturelles devraient être reconnues, et les messages doivent se rapporter au contexte.
- Les professionnels des médias et de la communication interpersonnelle doivent être impliqués dans la planification initiale à l'évaluation.
- Il est indispensable de reconnaître qui sont les personnes qui donnent des soins dans la communauté et quel est leur rôle.
- L'utilisation des soins à domicile dans de nombreuses cultures exige des mises à jour systématiques et régulières de l'information si l'on veut améliorer la prise en charge des malades et le soutien.

## **5. Relations entre les sexes**

La sexospécificité peut se définir comme les opportunités, les rôles, les responsabilités, les relations et l'identité personnelle qu'une société



donnée impose aux femmes et aux hommes comme étant correctes.

Ces symboles sont socialement construits et acquis à la fois individuellement et collectivement. Le rôle respectif de l'homme et de la femme est influencé par nombre d'autres déterminants, tels que la race, la culture, la communauté, le temps, l'ethnicité, la profession, l'âge, et le niveau d'éducation. Si le sexe peut être déterminé biologiquement, la sexospécificité est définie socialement.

Le rôle respectif de l'homme et de la femme et les relations entre les sexes ont une influence significative sur le cours et sur l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA. La définition de ce rôle influence la manière dont les hommes et les femmes sont vulnérables à la transmission du VIH et l'impact que représente la vie avec le VIH/SIDA. Les relations entre les sexes sont affectées par des facteurs sociaux, culturels et économiques, et peuvent déterminer les différences d'accès aux services de soins et de soutien entre les hommes et les femmes. Les approches du VIH/SIDA basées sur la sexospécificité comprennent les efforts pour comprendre l'influence de la sexospécificité sur les points suivants :

- le risque, ainsi que la vulnérabilité au sein de la société
- l'expérience de vie avec le VIH/SIDA
- l'impact des relations de l'individu au sein de la famille
- la maladie ou la mort de l'individu liées au VIH/SIDA
- la riposte à l'épidémie aux niveaux de l'individu, de la

communauté et du pays

La riposte basée sur la sexospécificité a pour but de permettre aux hommes et aux femmes de se protéger contre l'infection à VIH, d'avoir accès à des soins corrects et, en général, de mieux faire face à l'épidémie.

Une telle approche ne signifie pas que les hommes et les femmes deviendront semblables. Elle signifie que les opportunités, dans la vie des hommes comme dans celle des femmes, ne dépendront plus de leur sexe et qu'un poids égal sera donné aux connaissances, aux expériences et aux valeurs tant des femmes que des hommes afin que s'améliore leur qualité de vie et s'accroisse leur longévité.

Les questions de sexospécificité sont directement liées à l'efficacité et à la pérennité des interventions sur le VIH/SIDA.

Le fait de réduire l'effet différentiel du VIH/SIDA sur les femmes peut créer une participation et des avantages plus équilibrés pour les deux sexes.



Cela peut aussi permettre de diminuer les déséquilibres entre les sexes caractéristiques de nombreuses sociétés, et encourager une meilleure utilisation de l'ensemble des ressources humaines ainsi qu'une répartition plus efficace et plus équitable des bienfaits. La participation des hommes comme des femmes signifie que les ressources seront utilisées avec plus d'efficacité, et que les retombées seront probablement plus largement acceptées.

Malheureusement, les programmes ayant pour but de changer le comportement des hommes tendent à ne pas remettre en question les déterminants contextuels de leur comportement. Au lieu de cela, l'accent est souvent mis sur la seule utilisation du préservatif. Mais si le but est de changer le comportement, il faut aller au-delà et se préoccuper des rôles et des responsabilités des hommes.

Plutôt que de ne se focaliser que sur les femmes, les programmes devraient inclure toute la gamme des normes et des rôles sociaux qui affectent le comportement sexuel des hommes et des femmes.

Un élément clé du débat sur les buts et les objectifs de la communication dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA est d'accroître l'équité entre les sexes en décourageant fortement les stéréotypes dans le contexte visé, tels que l'image d'une sexualité masculine violente et irresponsable, ou de la séductrice stéréotypée. L'assise même de la prévention du VIH/SIDA se base sur la promotion d'un comportement sexuel responsable et respectueux des hommes comme des femmes.

Dans la plupart des sociétés, la sexospécificité détermine ce que les hommes et les femmes sont appelés à savoir sur le comportement sexuel, et de quelle manière, ainsi que leur attitude envers les rapports sexuels. Les idéaux liés à la sexospécificité font partie du processus de socialisation des enfants, et les attentes liées aux connaissances et aux attitudes sexuelles sont déjà bien développées chez les adolescents. Ces idéaux et ces attentes devraient être examinés avec soin, et les inégalités entre les sexes devraient être abordées par les programmes de communication. Cela permettra d'encourager les enfants et les jeunes à avoir des relations sexuelles plus respectueuses et plus tendres lorsqu'ils deviendront sexuellement actifs, et contribuera à réduire ainsi la propagation du VIH/SIDA.

Il faudra considérer les éléments clés suivants concernant les relations entre les sexes:

- Viser à l'élimination des stéréotypes sexuels dans l'éducation. On doit reconnaître que, lorsque l'on aborde la sexospécificité, on ne se réfère pas seulement aux femmes, mais aussi aux hommes. Il est crucial de comprendre les rôles respectifs de l'homme et de la femme et les relations de pouvoir et de négociation que ces rôles présupposent.
- Les questions de sexospécificité devraient être prises en considération non seulement lors de l'étape initiale de planification des programmes de communication, mais également durant leur mise en œuvre et leur évaluation.
- Réduire l'écart entre les sexes dans les domaines de l'éducation, des taux d'alphabétisation, de la scolarisation, de l'éducation des adultes, de l'embauche, de la formation technique, avec l'accent sur les femmes en milieu rural.
- Réviser les programmes d'études afin de promouvoir une connaissance et une appréciation du rôle des femmes qui tienne compte de la sexospécificité.
- Eliminer les images négatives, les stéréotypes, les attitudes et les préjugés persistants par des changements dans l'éducation, la socialisation, les médias et la publicité.
- Promouvoir l'accès universel à l'éducation.
- Aborder les questions relatives aux droits de la femme et réduire les inégalités dans les relations entre les sexes.
- L'évaluation des besoins doit comporter un élément d'analyse de la sexospécificité, qui peut aussi être défini comme une analyse de la situation des hommes et des femmes.

## 6. Spiritualité

La spiritualité englobe les systèmes de croyances et de valeurs allant de la religion organisée aux valeurs collectives, dont le message représente un principe directeur sur lequel se fondent les significations. La spiritualité est fondée sur la croyance qu'il existe un être supérieur ou une force supérieure qui règle l'interaction des êtres vivants avec leur environnement visible ou invisible. Dans la littérature scientifique, on mentionne de plus en plus le lien qui existe entre la spiritualité et un comportement positif en matière de santé.

Les chefs religieux ont un rôle important à jouer dans la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA. Au minimum, ils peuvent faire appel au



code moral de leurs disciples. Avant tout, ils peuvent fournir un milieu favorable aux personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et à leur famille.

Etant donné la richesse des expériences en communication interpersonnelle au sein de la communauté religieuse, les programmes fondés sur la religion devraient s'attacher à créer des alliances avec les communautés afin que les efforts pour faire face au VIH/SIDA deviennent synergiques. La communication interpersonnelle est en fait une forme de communication dans laquelle les institutions religieuses ont accumulé une mine d'expériences.

La riposte au VIH/SIDA doit par conséquent être basée sur des principes clés adoptés tant par la communauté de santé publique que par la communauté religieuse. Les questions clés suivantes liées à la spiritualité doivent être considérées lors de la mise en œuvre du cadre :

- Une attitude dépourvue de jugement devrait être adoptée envers toutes les religions, et un partenariat devrait être construit avec les chefs religieux.
- Fournir un milieu spirituel protecteur pour l'acceptation et le soutien, et considérer les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Promouvoir un climat d'ouverture propice à la discussion et la diffusion d'informations précises sur la sexualité et le VIH/SIDA, tout en dissipant les craintes et en rejetant la désinformation.
- Aborder le rôle de l'alcool et de l'utilisation d'autres drogues dans les épidémies de VIH/SIDA.
- Créer des alliances avec les dispensateurs de soins de santé afin d'entretenir les dimensions spirituelles des soins et du soutien.
- Promouvoir la valeur qui consiste à considérer celles et ceux qui vivent avec le VIH/SIDA comme des êtres humains.

## **7. Approche à assise communautaire**

- Les communautés devraient participer au soutien des activités extra-institutionnelles et d'éducation par les pairs. En Afrique, on doit permettre aux valeurs culturelles de la communauté de jouer un rôle central dans la communication sur les changements de comportement. Si un changement de comportement a peut-être été obtenu quant à l'utilisation accrue du préservatif, plusieurs pratiques sexuelles accroissant le risque d'infection à VIH demeurent inchangées. Il s'agit là d'un domaine dans lequel les stratégies culturellement appropriées sont décisives.

- L'éducation devrait être canalisée dans le contexte du développement et devrait aborder l'effet du VIH/SIDA sur l'agriculture et l'industrie au moyen de programmes d'éducation vigoureux sur les lieux de travail. En outre, la pérennité des programmes et leur appartenance aux communautés devraient être garanties par l'encouragement d'une large participation à chaque étape de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation.
- Des méthodes de recherche tant quantitatives que qualitatives devraient être utilisées pour estimer ou évaluer les programmes de communication au niveau communautaire afin qu'une image réaliste des problèmes de communication soit obtenue, et que l'on puisse mesurer les réussites et découvrir les faiblesses. Cela devrait être un processus continu, pour aider à aborder les lacunes de la communication, améliorer les messages, choisir les voies appropriées, mettre au point des matériels IEC plus acceptables, étudier les besoins en matière de formation, et combler le fossé des connaissances et des compétences.

## 8. Coopération régionale

- La coopération et la politique du gouvernement sont nécessaires pour mobiliser des ressources et pour enrayer l'accroissement des cas de VIH. Il est très important de créer des milieux favorables par la mise à disposition des services adéquats.

Chaque fois que possible, des organisations et des forums multilatéraux devraient être utilisés pour étendre la portée des négociations et de la promotion des intérêts africains.

- Les autres pays de la région devraient s'attacher à découvrir les raisons de la faible incidence du VIH dans tel pays.
- Il faudrait diriger les travaux vers l'institutionnalisation de l'action et la réalisation de la durabilité 1) en comprenant pourquoi certains programmes facilitent les résultats positifs à chaque niveau de la mise en œuvre, et 2) en créant une synergie entre les multiples programmes et organisations afin de permettre la réalisation mutuelle des buts communs.
- Les gouvernements devraient jouer un rôle central, par le biais de la politique et d'accords, dans les questions de passage des frontières et de migration.



Les autorités nationales de soins de santé agissent dans un monde où les médias tentent de répondre davantage aux consommateurs. Cela pourrait permettre aux gens de participer aux décisions qui touchent à leur vie, plutôt que de voir leur vie façonnée par d'autres. Les médias à assise communautaire ont la possibilité d'éduquer, de divertir et d'informer, tout en fournissant des opportunités de discussion et de débat sur des questions telles que le VIH/SIDA.

Ces dialogues ne seront plus élaborés exclusivement par des experts gouvernementaux ou des ONG ou des organismes internationaux, mais sortiront sur la place publique. A partir du moment où davantage de pluralisme et de démocratie commenceront à diriger le processus, des stratégies plus dynamiques animeront ces débats.



# Sixième partie

---

## Types d'actions de communication en fonction de la population cible

1. Actions de communication en direction de la population générale?
2. Les HSH
3. Les travailleurs de sexe
4. Les utilisateurs de drogues injectables
5. Les PVVIH
6. Les détenus
7. La transmission du VIH de la mère à l'enfant
8. Les hommes
9. Les femmes et les filles
10. Les jeunes
11. Le personnel de la santé



Dans les campagnes de prévention, les situations d'un groupe particulier d'individus ou d'un public visé doivent être clairement cernées pour concevoir une stratégie de communication. Il est utile de réfléchir sur ce qui les pousse à se livrer à des comportements risqués et d'identifier les attitudes, les normes, les croyances et les perceptions concernant les comportements souhaitables (p. ex. les rapports sexuels protégés).

Une fois que l'on comprend les raisons de leur comportement, il est possible d'explorer d'une part les moyens de changer le comportement des gens dans un contexte spécifique et d'autre part les aspects à prendre en compte pour comprendre les façons d'aborder les variables explicatives des comportements existants et des comportements visés.

## **1. Actions de communication en direction de la population générale**

Le fait de s'adresser à la population générale instaure un cadre permettant des mesures de prévention du VIH mieux ciblées pour promouvoir le changement des comportements et la baisse de la stigmatisation.

Parmi les actions à entreprendre :

- faciliter l'accès à l'information pour la santé et aux services susceptibles de promouvoir la santé et d'éviter de contracter ou de transmettre l'infection à VIH.
- organiser des campagnes adaptées à chacun des publics pour les sensibiliser, encourager le débat public, accroître l'appui aux programmes nécessaires et réduire la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des groupes vulnérables.
- organiser des campagnes qui s'attaquent aux inégalités sociales et sexospécifiques et aux normes sexuelles.
- faire la promotion des services de prévention. Ces services seront disponibles, accessibles et complets pour appuyer le démarrage retardé de l'activité sexuelle, la fidélité mutuelle, la réduction du nombre de partenaires, le recours aux préservatifs masculins et féminins et l'accès à des services de santé reproductive.
- encourager l'introduction des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles.
- Tester les messages pour s'assurer de leur efficacité.
- Dans le cas de la Tunisie où l'épidémie est peu active, la priorité est à



la sensibilisation, y compris l'éducation aux compétences psychosociales.

## 2. HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes)

**Les actions de communication à entreprendre sont multiples :**

- Faire le plaidoyer afin de garantir les droits humains et réduire les obstacles juridiques à l'accès aux services de prévention et de prise en charge.
- sensibilisation pour l'utilisation correcte et systématique du préservatif, et l'accès permanent à des préservatifs et des lubrifiants à base aqueuse.
- Sensibilisation à l'accès aux services de qualité pour le traitement des infections sexuellement transmissibles et orientation-recours vers des services liés au VIH.
- Création d'espaces de communication virtuels ou réels (par exemple : permanences téléphoniques, centres d'accueil, respectivement) pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui recherchent des informations et une orientation vers des services de prise en charge et de soutien.
- Formation et sensibilisation des prestataires en vue d'éviter la discrimination à l'égard des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.
- Diffusion d'informations spécifiques et ciblées sur les stratégies de prévention et de réduction des risques susceptibles d'être adoptées par les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et de répondre à leurs besoins..
- Mesures communautaires/effectuées par les pairs au sein des communautés d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; programmes de proximité exécutés par les pairs dans les lieux où se rencontrent les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (et sur Internet).
- Faire participer les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à l'action de prévention – planification, activités de proximité, promotion des préservatifs, etc.
- Campagnes de sensibilisation de la population pour encourager l'intégration des communautés sexuelles alternatives et réduire l'acceptabilité de l'homophobie.



- Renforcer le travail de réseautage entre la prévention, la prise en charge et le traitement.

### **3. Les travailleurs(ses) du sexe**

Les professionnel(le)s du sexe ont un grand nombre de partenaires sexuels ; les protéger du VIH est dans leur intérêt et s'accompagne d'un important potentiel de prévention pour la population dans son ensemble.

- Encourager l'utilisation correcte et systématique du préservatif
- Garantir l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins de qualité.
- Collaborer avec les professionnel(le)s du sexe pour s'assurer de leur participation à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des services de prévention.
- Eliminer les obstacles structurels, notamment les politiques, lois et pratiques coutumières qui bloquent l'accès et le recours aux services appropriés de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH.
- Fournir un accès au conseil et au test VIH et à la prise en charge du sida, y compris les traitements antirétroviraux et les services de prévention.
- Relier les programmes de prévention du VIH avec tous les services sociaux pertinents, y compris la mise en place de mécanismes d'appui social.
- Mobilisation politique et sociale pour aborder les problèmes de normes sociales, de réduction du nombre des partenaires sexuels et d'augmentation du recours au préservatif.
- Améliorer les connaissances des acteurs de terrain sur le milieu de la prostitution.
- Maintenir et/ou développer l'effort de prévention de proximité.
- Former des personnes relais au sein des différentes communautés (approche communautaire).
- Développer la prévention auprès des clients.

### **4. Les utilisateurs de drogues injectables**

- Promouvoir des programmes de proximité ancrés dans la communauté et exécutés par les pairs.
- Promouvoir une couverture suffisante de toutes les mesures de réduction des risques – en particulier l'accès à des aiguilles et seringues

stériles et à la prise en charge intégrale.

- S'assurer de la participation des autorités de contrôle des stupéfiants.
- Maintenir un message préventif soutenu auprès des usagers de drogues.
- Relancer et développer le travail de rue (diagnostic et ressources existantes).
- Valoriser le savoir des usagers en vue d'une responsabilisation des personnes (Education par les pairs, personnes relais, auto support).

## 5. Les PVVIH (personnes vivant avec le VIH)

Le fait qu'un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH connaisse sa sérologie et survive grâce aux traitements antirétroviraux constitue un énorme potentiel de prévention.

Les personnes nouvellement diagnostiquées sont la meilleure source d'information qualitative sur les raisons de l'échec des programmes de prévention et sur la manière de les améliorer.

Dans le cadre du déploiement de la thérapie antirétrovirale, bien des occasions de parler de prévention sont manquées, dans les programmes de traitement et de soins et aux multiples points de contact entre les personnes vivant avec le VIH et les services de santé.

- Les personnes vivant avec le VIH qui s'expriment publiquement sont particulièrement aptes à briser le silence entourant le VIH, susciter une prise de conscience et insister sur l'importance de la prévention.
- Fournir un conseil en matière de réduction des risques avant et après le dépistage ainsi que l'accès à des services abordables et confidentiels de prise en charge et de soutien pour toutes les personnes vivant avec le VIH, p. ex. au traitement des infections sexuellement transmissibles.
- Soutenir les groupes d'entraide et les réseaux de personnes vivant avec le VIH.
- Créer des espaces virtuels ou réels sûrs (p. ex. permanences téléphoniques, centres d'accueil, respectivement) pour les personnes vivant avec le VIH, ou qui pensent avoir peut être contracté le VIH, leur permettant d'obtenir des informations et une orientation vers d'autres services.
- Offrir le conseil en matière de prévention dans le cadre des programmes de distribution des traitements antirétroviraux.
- Offrir une aide afin de faire bien comprendre les questions entourant



la divulgation, par rapport aux partenaires sexuels futurs, ainsi qu'un appui pour apprendre à négocier une sexualité plus sûre. Appuyer les services de conseil, de test et d'orientation-recours à l'intention des couples et des familles.

- Promouvoir des campagnes en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination.
- Faciliter la création de réseaux de soutien et de groupes d'entraide (reconnaissant la diversité des populations et des besoins des personnes vivant avec le VIH).
- Appuyer les initiatives qui encouragent la participation accrue des personnes vivant avec le VIH.

## **6. Les détenus**

Dans de nombreux pays, on a observé chez les détenus des taux significativement plus élevés d'infection à VIH que dans la population générale. Les rapports sexuels entre hommes et la consommation de drogues sont très répandus dans de nombreuses prisons.

Les prisons offrent une occasion de promouvoir les services de prévention du VIH.

La prison présente une opportunité ciblée d'influencer le comportement d'individus à risque avant leur retour dans la société.

- accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH.
- Fourniture de préservatifs, de seringues et aiguilles et matériels perforants stériles et promotion de l'utilisation correcte et systématique des préservatifs.
- Accès à des programmes de traitement de la toxicomanie
- Accès au conseil et au test VIH, aux antirétroviraux et au traitement des infections transmissibles.
- Examen des lois de contrôle des drogues ; fourniture d'alternatives à l'emprisonnement pour des délits mineurs liés aux drogues ; offre d'un traitement aux consommateurs de drogues en lieu et place d'une incarcération.
- Interventions structurelles en vue de réduire la surpopulation et les périodes de détention avant un procès ; passage rapide en jugement et réforme de la fixation des peines.
- Logement et installations séparés pour les jeunes détenus.
- Programmes de soutien par les pairs exécutés par des détenus à long terme/anciens détenus.

- Programmes après la libération – créer des liens avec les programmes de prévention et de prise en charge dans la communauté.
- Prendre en compte les spécificités des différentes populations carcérales (hommes, femmes, mineurs, étrangers).
- Mettre les outils de prévention existants à disposition des professionnels intervenant en milieu carcéral.

## 7. La transmission du VIH de la mère à l'enfant

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est responsable de la majorité des infections chez les enfants. Il existe des stratégies permettant de réduire la transmission mère-enfant de 30% à moins de 1%.

Les actions de communication seront basées surtout sur la communication interpersonnelle et plus particulièrement du counseling qui sera dirigé aux deux parents. En effet, Il est important que les deux parents comprennent leurs rôles et leurs responsabilités en matière de prévention du VIH.

- il est important de sensibiliser le personnel de la santé et dans les lieux d'accouchement afin de disposer des médicaments nécessaires et de la protection nécessaire.
- Prise en charge et soutien pour la mère, son partenaire, l'enfant et les autres membres de la famille.
- Accès aux services de santé reproductive
- Mobilisation communautaire autour de la prévention de la transmission mère-enfant, y compris un appui à la fourniture d'antirétroviraux, soutien aux stratégies de réduction des risques de transmission du VIH.

## 8. Les hommes

Les comportements masculins sont des déterminants clés de la pandémie et les hommes ont un rôle essentiel à jouer pour la stopper. Les stratégies permettant d'obtenir la participation et l'engagement des hommes et de susciter ces changements de comportement sont moins évidentes et il est difficile d'obtenir une preuve de leur efficacité.

Les définitions sociales de la masculinité et les comportements qu'apprennent les garçons et les hommes comptent souvent des pratiques qui les exposent ainsi que leurs partenaires sexuels au risque d'infection par le VIH.



Les activités avec les hommes en vue de modifier les comportements à risque doivent être prioritaires et il en découlera bien d'autres avantages sanitaires et sociaux (p. ex. la baisse de la contrainte et de la violence sexuelles ou des grossesses non désirées).

- Une mobilisation politique et sociale massive pour cibler les normes sociales, l'égalité entre les sexes, la fidélité, le respect mutuel et le consentement dans les rapports sexuels et le mariage, la baisse du nombre des partenaires sexuels et un recours accru aux préservatifs masculins et féminins.
- Intégrer les questions de genre dans tous les programmes sur le VIH et impliquer les hommes dans la prévention et dans les programmes élargis de santé sexuelle et reproductive.
- Communiquer pour mettre en question les comportements à risque et les normes sociales.
- Exécuter, à l'échelle nationale et/ou de façon plus ciblée, des programmes de marketing social en vue d'accroître l'utilisation du préservatif et d'encourager le conseil et le test VIH, la divulgation de sa sérologie VIH aux partenaires sexuels et l'utilisation du préservatif dans les couples sérodifférents.
- Cibler les hommes sur les lieux de travail, dans le secteur de la santé et dans les milieux à haut risque.
- Des campagnes coordonnées dans les médias, adaptées à chacun des publics, en vue de s'attaquer aux normes sexuelles à haut risque, d'encourager l'égalité entre les sexes et les responsabilités familiales et communautaires, et de réduire les partenariats multiples et parallèles.
- Renforcer les services du secteur de la santé, par exemple encourager les femmes à amener leurs partenaires dans les services de santé reproductive et renforcer les services publics, privés et traditionnels de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, là où ils sont habituellement fréquentés par les hommes.

## **9. Les femmes et les filles**

Les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Les jeunes femmes entre 15 et 24 ans ont un risque quatre fois plus élevé que les jeunes hommes de contracter l'infection.

Les pratiques telles que les mariages d'enfants, la contrainte et la violence sexuelles, le manque de pouvoir des femmes à négocier des rapports sexuels sans risque. D'autres déséquilibres et inégalités de

pouvoir entre les sexes et la pauvreté empêchent la plupart des femmes et des filles vulnérables d'adopter des pratiques telles que l'abstinence, la fidélité ou l'emploi du préservatif.

- accès à l'information, à l'éducation sexuelle et aux services de santé reproductive qui leur donneraient des moyens d'action contre le VIH.
- Des espaces virtuels ou réels sûrs (p. ex. permanences téléphoniques, centres d'accueil, respectivement) où les femmes et les filles peuvent obtenir des informations et une orientation vers des services de conseil et de test volontaires, de traitement, de prise en charge et de soutien.
- Des campagnes soutenues dans les médias pour aborder les inégalités sociales et sexospécifiques, les normes sociales pernicieuses, les rapports sexuels rémunérés, la stigmatisation et les droits de la femme, mais aussi l'engagement et le leadership des hommes.
- Plaidoyer pour interdire la violence à l'égard des femmes, y compris la contrainte sexuelle et le viol.
- Egalité entre les sexes dans l'éducation, l'emploi, le crédit et le droit (y compris le droit à l'héritage et à la propriété).
- Des programmes visant à promouvoir l'accès aux préservatifs masculins et féminins, au conseil et au test VIH volontaires, au conseil à l'intention des couples, à l'aide à la divulgation et à la prévention de la transmission mère-enfant.
- Implication des garçons et des hommes dans les programmes de prévention du VIH et de réduction des inégalités entre les sexes.
- Fixer et réaliser des objectifs en vue de rendre accessibles à toutes les filles et femmes la prévention du VIH, les préservatifs féminins, le conseil et le test VIH volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant et le traitement ou l'orientation-recours.
- Fixer, dans tous les secteurs, des objectifs programmatiques d'égalité entre les sexes.
- Dans tous les secteurs, mettre en place des programmes particuliers et allouer des ressources en vue de collaborer avec les femmes et les filles ; intégrer l'information sur le sida et les services d'orientation-recours dans tous les programmes à l'intention des filles et des femmes.
- Renforcer, introduire et appliquer des lois combattant la contrainte sexuelle, la violence à l'égard des femmes et la discrimination fondée sur le sexe



- Mettre en place et utiliser régulièrement un mécanisme consultatif représentant les femmes de milieux différents et garantir la participation des femmes dans tous les mécanismes consultatifs de la société civile.

## 10. Les jeunes

- Les jeunes constituent une importante ressource de prévention.
- Il est plus facile d'adopter des comportements et des attitudes sûrs si l'on commence avant que ces schémas de comportement soient établis.
- Les jeunes constituent une part importante des populations les plus exposées au risque, y compris les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables.
- Les jeunes qui ont perdu un de leurs parents ou les deux, qui sont démunis ou défavorisés pour d'autres raisons, sont particulièrement vulnérables.
- De plus, dans les épidémies généralisées, 40% de toutes les nouvelles infections à VIH se produisent parmi des jeunes entre 15 et 24 ans – les jeunes filles et jeunes femmes sont touchées de manière disproportionnée, d'où la nécessité de leur accorder une priorité absolue.

Avec les jeunes, il faut éviter les messages suscitant la crainte, car sur le plan développement, à cet âge, les jeunes sont plus attirés par la prise de risque, le défi et le sentiment de toute puissance.

- L'éducation par les pairs et les projets de proximité à l'intention des jeunes non scolarisés, des enfants et adolescents impliqués dans le commerce du sexe et les jeunes de la rue.
- Les questions liées au VIH, au sexe, à la santé sexuelle et reproductive et à la consommation de drogues seront intégrées dans les programmes scolaires ; les inégalités entre les sexes seront abordées par des programmes de développement des compétences essentielles à l'intention des garçons comme des filles.
- S'attaquer aux rapports sexuels entre générations et aux rapports rémunérés par le biais des campagnes destinées à modifier la société.
- Garantir l'accès à une éducation sexuelle complète.
- Garantir l'accès à des services de santé et de conseil et de test VIH à l'écoute des jeunes.



- Eliminer les obstacles à l'accès aux services de prévention et de prise en charge, y compris les préservatifs.
- Impliquer les parents et les autres adultes de la communauté dans les activités de sensibilisation et de prévention du VIH dans les écoles.
- Promouvoir des campagnes dans les médias pour développer la sensibilisation, encourager le débat public, réduire la stigmatisation et encourager l'égalité entre les sexes.
- S'appuyer sur les médias auxquels les jeunes ont accès et organiser la mobilisation sociale des jeunes.
- Des programmes d'éducation sexuelle dans le cadre scolaire.
- Atteindre les jeunes non scolarisés par le biais des services et organisations de jeunesse, tels que clubs de jeunes, programmes sur les lieux de travail, programmes/services adaptés aux jeunes les plus exposés au risque.

## **11. Le personnel de santé**

- Renforcer les mesures d'application des précautions universelles dans tous les établissements de santé.
- Formation et sensibilisation des agents de santé afin d'éviter la stigmatisation et la discrimination à l'égard des clients et des malades.
- Fourniture de la prophylaxie après exposition pour les agents de santé.
- Services de conseil et de test VIH confidentiels.



# Septième partie

---

## **Exemple de planification d'une action de communication pour prévenir les IST-VIH/ SIDA: le Plan COMBI**

1. Généralités sur la planification
2. Les règles de base
3. Les dix étapes d'un Plan COMBI

## 1. Généralités sur la planification

La planification des actions de communication est un processus méthodique qui consiste à mieux utiliser les ressources et les moyens disponibles dans le but d'améliorer une situation jugée insatisfaisante.

La planification suit un processus dynamique et continu. Elle favorise la créativité dans la recherche des alternatives pour la résolution du problème en question et est intimement liée au contexte dans lequel elle s'applique.

Dans une démarche de planification des actions de communication, il est nécessaire de suivre un processus cyclique comportant cinq étapes :

- Analyse de la situation
- Choix de cibles et formulation des objectifs de communication
- Conception de stratégies de communication
- Exécution des stratégies de communication
- Suivi et évaluation

A chacune de ces étapes correspond un ensemble cohérent de techniques et de principes à respecter pour atteindre les objectifs fixés et accroître les chances de réussite de son action.

La planification des programmes de communication pour un impact comportemental dans le domaine de la santé (COMBI) est une approche de mobilisation sociale orientée vers l'implication de toutes les forces influentes sociales et individuelles, dans le but d'encourager les personnes et les aider à agir. C'est un processus qui combine de manière stratégique une gamme d'interventions en communication, visant à engager les individus à réfléchir aux comportements sains recommandés, et à les encourager à adopter et à maintenir ces comportements. COMBI incorpore les nombreuses leçons de ces 50 dernières années en matière d'éducation et de communication sanitaires, dans une stratégie qui cible une modification du comportement, en situant l'être humain au centre des préoccupations. COMBI s'inspire aussi de manière substantielle de l'expérience du secteur privé dans le domaine de la communication en matière de consommation.

La méthode COMBI intègre efficacement l'éducation à la santé, l'information éducation- communication (IEC), la mobilisation des communautés, les techniques de communication utilisées dans le



domaine de la consommation et les études de marché. Chacune de ces actions est nettement et habilement dirigée vers un résultat comportemental spécifique et précis dans le domaine de la santé.

COMBI reconnaît qu'en matière sanitaire, l'objectif final est d'avoir un impact sur le comportement.

Obtenir un impact comportemental requiert une variété d'éléments : nous avons besoin d'informer, d'éduquer, de persuader, d'une communauté impliquée, d'une société mobilisée, d'un gouvernement engagé, et d'être sensibles au «consommateur» dans sa prise de décision pour adopter un comportement sain.

COMBI part du public (clients, bénéficiaires, consommateurs, membres de la famille) et de ses besoins (tout autant que de ses manques et de ses aspirations) afin de cibler précisément le résultat comportemental lié à ces besoins, manques ou aspiration.

COMBI prend ses racines dans la connaissance des individus, leur compréhension et leur perception du comportement sain qui leur est recommandé.

La «communauté» est intimement impliquée dès le début de la planification de l'approche COMBI, grâce à des travaux de recherches communautaires participatifs et pratiques et grâce à une analyse de la situation qui permet de mettre en rapport les comportements recommandés et les besoins exprimés ou perçus. Pour arriver à cette analyse de la situation, il faut écouter la population et bien saisir la façon dont elle perçoit et comprend le comportement souhaité, identifier les facteurs qui pourraient limiter ou bien faciliter l'adoption de ce comportement, comparer l'attitude des gens vis-à-vis des coûts (en temps, effort, argent) avec leur perception de l'impact de ce nouveau comportement sur leur vie.

La planification stratégique et la réalisation de programmes de mobilisation sociale et de communication visant des comportements sains commencent par des considérations fondamentales: on ne peut pas adopter un comportement sain si l'on n'en est pas conscient, si l'on n'en a pas pris connaissance, de même que si l'on ne s'emploie pas à apprécier pleinement et équitablement les mérites de ce nouveau comportement par rapport aux coûts et aux efforts nécessaires pour le mettre en pratique.

Ceci est l'essentiel de «l'application de la connaissance» : une communication engagée basée sur la connaissance, en vue

d'apprécier les actions recommandées. Les stratégies visant à atteindre un impact comportemental doivent fournir à la population des occasions fréquentes de passer en revue les comportements proposés, afin qu'elle mesure la valeur de ce comportement avec la charge que son adoption représente.

Il s'agit de mettre en place des conditions permettant aux personnes et aux communautés de contrôler davantage leur vie et leur santé. Il faudra, pour y arriver, des programmes de mobilisation sociale, de communication et des campagnes d'éducation massives. Il faudra aussi être sensible à la communication dirigée vers les consommateurs à tous les niveaux de la société, à travers une large gamme d'initiatives médiatiques orientées selon les circonstances (à la maison, en consultation, sur le lieu de travail, à la mosquée, en groupes civiques, à l'école, lors de manifestations communautaires...)

Mais ces programmes de communication devront aller au-delà d'une évaluation moyenne des comportements sains. Malgré la conviction qu'ont les gens à propos du bien fondé des actions à poursuivre, ils ont souvent besoin d'incitations et de déclics qui les poussent à adopter et maintenir ces comportements. Un encouragement est souvent nécessaire pour « faire la bonne chose ». La possibilité de gagner un prix a incité de nombreuses personnes à faire immuniser leurs enfants lors de campagnes de polio par exemple.

## 2. Les règles de base

Deux principales règles guident le processus d'élaboration d'un plan COMBI :

**Règle 1:** Ne faites rien- ne produisez pas de T-shirt, pas de poster, pas de pamphlet, pas de vidéo, etc ...Ne faites rien avant d'avoir fixé des objectifs comportementaux précis, clairs et spécifiques à atteindre.

**Règle 2:** Ne faites rien- Ne produisez aucun T-shirt, aucun poster, pas de pamphlet, pas de vidéo, etc.... Ne faites rien avant d'avoir conduit une étude de « marché », en relation avec l'objectif comportemental précédemment fixé.

## 3. Les 10 étapes dans la conception d'un plan COMBI

### ETAPE 1. FIXER L'OBJECTIF GENERAL

Fixer un objectif général à long terme situe le contexte dans lequel le plan d'action spécifique COMBI va être développé. Ceci permet



d'établir un lien entre le plan d'action COMBI visant un objectif comportemental spécifique d'un côté, et la mission de l'objectif général de l'autre.

Par exemple, contribuer à l'éradication du SIDA en Tunisie d'ici l'an 2020.

## **ETAPE 2. FIXER L'(LES) OBJECTIF(S) SPECIFIQUE(S) COMPORTEMENTAL (AUX)**

Détaille l'(les) objectif(s) précis et spécifique(s) qui vont conduire la conception du Plan COMBI. N'allez pas plus loin avant d'avoir effectué cette étape.

Les objectifs comportementaux: on détermine ici des objectifs spécifiques mesurables, appropriés et limités dans le temps en matière de comportement. Par exemple, inciter environ 10 000 jeunes âgés entre 17-29 ans sexuellement actifs appartenant à une communauté x (étudiants, travailleurs dans une usine, militaires...) à utiliser le préservatif en permanence et ce pendant la période estivale (2009).

Tout le plan COMBI tourne autour de cette délimitation de l'impact comportemental désiré. Plus l'objectif comportemental est spécifique et précis, meilleure sera l'évaluation de l'impact décrit plus loin.

L'étape 2 est basée sur un prémisses fondamental: le contrôle, la prévention et l'éradication d'une maladie transmissible repose, en définitive, sur le fait que l'on atteint des résultats comportementaux spécifiques. Quelqu'un doit faire quelque chose ; être conscient, ou motivé, ou persuadé, est insuffisant. Quelqu'un doit agir. Atteindre l'objectif général (Etape1) appelle des réponses comportementales spécifiques. Seul le comportement sain que les gens vont adopter, ou échouer à adopter, va avoir un impact sur leur statut médical.

Le plan COMBI doit être entièrement fondé sur la connaissance de cet impératif comportemental. D'où la Règle 1COMBI. Suivre cette règle empêche de se précipiter pour produire un matériel de Communication Information Education sans avoir d'abord étudié sa pertinence par rapport au résultat comportemental souhaité.

Ces matériaux pourraient ou non être requis, mais la décision de les produire dépend de la façon dont ils vont servir l'objectif comportemental. Ceci nécessite donc d'énoncer clairement les résultats comportementaux attendus dès le début.

Toute première tentative de fixer un objectif comportemental ne sera pas la dernière; celui-ci sera révisé et modifié.

Chaque premier essai de fixer un résultat comportemental spécifique et précis va être basé sur une compréhension initiale de la maladie, de ses causes, des comportements et perceptions des gens pour la contrôler.

Réviser les objectifs comportementaux vis-à-vis des “cinq Q” (Questions) et des critères « SMART ».

Lorsque les objectifs comportementaux sont passés en détail, ils doivent être révisés afin d’être complétés en relation avec les 5 Q (Questions) : qui, quoi, quand, où et pourquoi.

L’énoncé clair d’un résultat comportemental souhaité détermine qui doit faire quoi, quand et où.

La dernière (pourquoi ?) est un rappel pour vérifier le lien substantiel entre le résultat comportemental désiré et la réalisation de l’objectif général. Comme mentionné plus haut, il va peut-être falloir sélectionner un nombre limité de résultats comportementaux désirés sur une longue liste. Dans ce processus de choix, il est important d’assurer que ceux que l’on va sélectionner vont faire une différence critique pour atteindre l’objectif comportemental fixé plus tôt.

Une autre approche pour revoir le degré d’aboutissement de l’objectif comportemental fixé est de l’examiner en relation avec les questions posées par le critère SMART et qui sont explicites: est-ce spécifique, est-ce mesurable? Est-ce approprié? Est-ce réaliste? Est-ce limité dans le temps?

### **ETAPE 3. CONDUIRE UNE “ETUDE DE MARCHÉ”**

Une étude de « marché » (situational “market” analysis-**SMA**) est une étape critique pour acquérir une compréhension du résultat comportemental attendu avec une perspective de consommateur. Ce n’est que grâce à cette compréhension que l’on peut engager le consommateur –via différents moyens de communication- à considérer le comportement sain recommandé. Le terme marché est utilisé ici à dessein. Il incorpore plus de 100 ans d’expériences dans l’étude de marché et la communication pour le consommateur.

La SMA pourrait conduire à la conclusion que la situation du marché est tellement peu encourageante qu’il ne sert à rien de s’embarquer



dans un quelconque effort pour offrir ou promouvoir un comportement sain particulier.

Ceci doit pousser à prendre en considération d'autres options comportementales ou approches pour contrôler ou prévenir la maladie en particulier.

Comme pour la Règle 1, la Règle 2 de COMBI vient du fait que l'on reconnaît que la SMA est une étape précoce essentielle dans la conception COMBI- avant de se mettre à réfléchir sur la sélection des messages et des média et la production de matériel IEC.

Il présomptueux de s'embarquer dans la production de prospectus d'information sans d'abord découvrir, dans la SMA, les facteurs qui facilitent l'adoption d'un comportement de santé ou qui s'y opposent.

### **Créez la base de données pour conduire une SMA.**

Une SMA est généralement basée sur les données contenues dans des recherches existantes et disponibles issues des différentes enquêtes et études conduites sur la maladie.

### **Domaines à explorer pour conduire une SMA.**

Les domaines énumérés ci-dessous sont les principaux à explorer lors d'une SMA mais cette liste n'est pas exhaustive. Chaque domaine est détaillé plus bas dans des notes subséquentes, accompagné d'instruments particuliers. Même si les instruments peuvent sembler répétitifs, ils génèrent des facteurs variés à prendre en considération.

- Situation actuelle de la maladie, liée à l'étendue de la charge qu'elle représente sur le plan sanitaire, le niveau des connaissances, les attitudes, la perception du risque, les attitudes actuelles, les tendances comportementales.

- La segmentation du marché: quelles cibles ou quels groupes bénéficiaires doivent être impliqué(e/s), quelles sont les segments du marché prioritaires.

- Les influences contextuelles et comportementales: quelles «forces» existantes servent de contraintes et/ou de facteurs supportant l'adoption des comportements sanitaires recommandés pour lutter contre la maladie ; quelles sont les «forces, faiblesses, opportunités et menaces» qui peuvent influencer la réponse comportementale recommandée

- Perceptions du comportement recommandé en relation avec les concepts marketing de besoins/manque/désir du consommateur, coût



pour le consommateur, et commodité : quel besoin/manque/désir est adressé et comment est-il perçu ; quelle est la perception des «coûts» (argent, temps, effort) qui est sous-entendue si l'on exécute le comportement sain recommandé, en relation avec la valeur promise si le comportement est mis en œuvre ; comment la commodité et l'accessibilité sont perçues par le consommateur .

- Positionnement – perceptions du comportement actuelles et souhaitées: comment le comportement recommandé est actuellement perçu (« position actuelle » dans l'esprit du consommateur), quelle serait la perception recommandée et donc, comment le comportement devrait-il être repositionné dans l'esprit du consommateur ?

- Concurrents: quels comportements alternatifs servent de concurrents au comportement recommandé ; jusqu'à quel degré et pourquoi l'inaction (ne rien faire) ou prendre le risque (TAC Take A Chance) concurrencent le comportement recommandé

- La Situation en termes de communication : quels médias ou canal de communication sont les plus populaires et ont le plus d'influence ? Quels média traditionnels sont utilisés ? Quelles sources d'information seraient les plus crédibles ? Quel média peut provoquer le plus de déclics et inciter à agir ? Quels sont les bavardages actuels en communication sociale ? Quelles sont les méthodes de communication dirigées vers le consommateur actuellement utilisées, etc ?

- Recherches supplémentaires: quels aspects du comportement recommandé et de la communication sociale méritent des recherches supplémentaires qui vont servir à mieux concevoir le plan COMBI?

- Les pré-requis de COMBI: quels pré- requis devraient être identifiés (tels que les services ou les médicaments en place) avant de s'embarquer dans un programme COMBI?

Pendant que vous conduisez la SMA, enregistrez les questions pouvant être résolues par des solutions de communication et celles qui ne le peuvent pas

Conduisez une analyse **HIC-DARM** de la situation actuelle (niveau des connaissances, attitudes, comportements actuels, tendances comportementales)

On ne peut agir conformément à un comportement sain suggéré si l'on n'en est pas conscient et si l'on n'est pas informé à son propos- et si l'on n'est pas engagé dans une évaluation totale et juste de ses mérites



en relation avec le coût et les efforts nécessaires pour le mettre en pratique.

Une planification COMBI efficace commence par une analyse **HIC-DARM**: une bonne appréciation de l'état actuel des connaissances des gens et de la façon dont ils comprennent le comportement recommandé. Ceci prend en compte le contexte plus général qui inclut leur degré de prise de conscience du poids que la maladie représente, leurs attitudes par rapport au comportement recommandé, leur réponse comportementale actuelle, et des projections de leurs futures réponses.

HIC-DARM est un modèle qui décrit le processus d'adoption d'un comportement nouveau ou recommandé. Il est basé sur la théorie traditionnelle d'adoption d'un comportement ainsi que sur une analyse comportementale du consommateur.

D'abord, nous **H**ear (Entendons) parler d'un comportement

Ensuite, nous nous **I**nformons sur ce comportement

Et plus tard, nous devenons **C**onvaincus qu'il faut adopter ce comportement

.....  
**Alors,**

Nous prenons la **D**écision d'agir en fonction de nos nouvelles convictions

Ensuite, nous **A**gissons conformément à notre décision

Plus tard, nous **R**econfirmons que notre décision est bonne. Si tout se passe bien

Nous **M**aintenons notre comportement

Dans ce modèle, une ligne en pointillé sépare le HIC du DARM—afin d'illustrer l'écart typique entre informer-convaincre quelqu'un (HIC) et le pousser vers les étapes suivantes afin d'obtenir un impact comportemental (DARM). De nombreux programmes de santé parviennent à informer et convaincre (HIC) mais demeurent souvent à cette phase, échouant à inciter les gens à franchir les étapes pour adopter et maintenir les nouveaux comportements sains (DARM). Si l'on compare ces deux notions, il est facile d'informer, d'éduquer et de convaincre des individus de ce qui doit être fait. Mais c'est un défi bien différent que de pousser à l'action et de la maintenir.

Il faut ici répéter l'avertissement mentionné plus haut : la sensibilité éducationnelle conduit à interrompre le processus HIC-DARM au niveau du HIC. COMBI utilise, avec soin, les principes de la communication marketing intégrée (IMC) et facilite le processus vers le DARM (décision, action, re-confirimation et maintien).

Par exemple, l'analyse des données va déterminer le type et la quantité d'information que les gens ont Heard (Entendu) à propos du comportement recommandé ; combien d'individus semblent être Informés plus substantiellement et ce qu'ils savent/ne savent pas ; combien semblent Convaincus ou non des mérites du comportement recommandé, de même que les raisons de cette conviction/non conviction ; quelle proportion semble être arrivée à l'étape de la prise de Décision- quelle est la décision et comment y est-elle arrivée ; combien ont effectivement passé l'étape d'Agir (ou de ne pas Agir) sur la recommandation comportementale ; s'ils ont agi, qu'est ce qui a poussé à l'action et comment s'est déroulé l'expérience ; au cas où ils n'ont pas agi, qu'est-ce qui a contribué à cette inaction ; jusqu'à quel point les gens ont été satisfaits de leur expérience lorsqu'ils ont agi, et ont-ils reçu les bénéfices et valeurs du comportement recommandé une fois celui-ci reconfirmé ; quelle proportion de ces individus maintient actuellement la pratique du comportement et qu'est-ce qui facilite cette continuité.

Chaque dimension de HIC-DARM appelle une intervention appropriée en communication. Une analyse HIC-DARM explore la situation actuelle et incite à considérer des approches en communication afin de travailler plus facilement via le modèle HIC-DARM. Généralement, la réponse à la phase HIC est plutôt différente de celle apportée à la phase DARM.

Si l'analyse HIC-DARM a permis de compléter la phase HIC et d'exprimer une inclination à agir de la part des gens sans qu'ils ne l'aient cependant encore fait, elle permet d'explorer pourquoi ils hésitent à passer à l'action. Ceci, à son tour, constitue une base pour engager les individus à réexaminer leur hésitation, et offre une variété de catalyseurs qui peuvent les aider à la dépasser. Une analyse HIC-DARM souligne un facteur important : un message donné à un individu, qui crée une prise de conscience pour un comportement suggéré (quelque soit le moyen employé), doit être différent d'un message qui pousse à prendre la



décision d'agir, et également différent de ce qui va en fait aider à déclencher une action.

Les données nécessaires à une analyse HIC-DARM sont parfois disponibles dans des enquêtes KAP (knowledge–attitudes–practice/ connaissance-attitudes-pratique). Au cas où aucune étude complète ne serait disponible, et si le temps imparti ne permet pas de la mener, on peut commissionner une recherche spécifique pour conduire une analyse HIC-DARM. Une autre source d'information utile est le personnel de santé sur le terrain, dont l'expérience directe avec la communauté peut fournir des éléments précieux pour HIC-DARM. Une exploration HIC-DARM, littéralement par des marches alentours -pénétrant de plein pied dans la vie communautaire et discutant directement avec les membres à propos de leur question de santé particulière et du comportement sain recommandé- des éléments de HIC-DARM orientant la discussion, peut fournir des instantanés HIC-DARM fascinants. Cependant, les conclusions de ces sessions informelles ne doivent pas être appliquées à l'ensemble de la population.

### **Effectuez un exercice de segmentation du marché.**

L'énoncé initial de l'objectif comportemental du plan COMBI (Etape 2) démarque la population que l'on doit engager à revoir le comportement recommandé.

Par exemple, si l'objectif comportemental est d'inciter « tous ceux » ayant des rapports sexuels à utiliser en permanence le préservatif est le premier niveau pour définir le marché de la recommandation comportementale. Clairement, l'on ne va pas engager «tous ceux du marché» de la même façon. Le jeune adolescent de 17 ans doit être approché différemment du jeune adulte de 29 ans; et bien sur des différences entre les hommes et les femmes. Chacun d'eux pense et se comporte probablement différemment vis-à-vis de la pratique sexuelle et de la perception du risque. C'est ainsi qu'on commence à concevoir les segments du marché afin de faciliter une approche stratégique de la façon d'engager les différentes catégories de personnes.

On peut segmenter le marché de différentes façons. Il existe tout d'abord *une segmentation du marché démographique* : segmentation par l'âge, le revenu, le genre, l'emploi, le lieu de résidence (urbain, semi urbain, rural), etc. Il existe *une segmentation psychographique* :

le pauvre résigné qui cherche seulement à répondre à ces besoins les plus basiques ; le pauvre « en herbe » qui souhaite sortir de la pauvreté ; le riche pour qui le statut social est fondamental ; la classe moyenne socialement compétitive ; les femmes opprimées et marginalisées, etc. Il existe également *une segmentation ethnographique*, définissant les groupes selon des traits culturels. En fin de compte, chaque individu devient un segment du marché. Sans aller jusque là, et à fins de planification de communication, les individus peuvent être considérés comme des catégories ou sous-groupes du marché sous-jacents. Traiter les gens de la même façon fonctionne rarement.

Un exercice de segmentation du marché démarque des sous-groupes au sein du groupe primaire du marché. On peut utiliser dans ce processus une approche démographique et/ou psychographique et /ou ethnographique.

Il y aura des implications en termes de communication afin d'engager chaque sous-groupe, de même qu'en fonction des données disponibles qui le concerne, quelles soient de type sociologiques, anthropologiques ou HIC-DARM.

Le marché peut être segmenté en fonction de l'étape du processus HIC-DARM dans laquelle se trouvent les gens. Un sous-groupe est le groupe HIC, qui peut avoir besoin d'être engagé différemment s'il est sur le point d'entrée dans la phase DARM. A l'intérieur du sous-groupe DARM, il peut y avoir un large sous-groupe prêt à Agir mais attendant le bon catalyseur pour se faire.

A l'intérieur du sous-groupe de ceux sur le point d'Agir, certains sont plus près du point d'Action que d'autres. COMBI utilise un concept appelé **NOSA** (number of steps away, from action/ Nombre d'étapes pour atteindre l'action). Par exemple, un individu peut être sur le point d'utiliser un préservatif mais ne sait pas le mettre convenablement. Cette personne est à une étape de l'action. Une autre personne peut souhaiter l'utilisation du préservatif mais son partenaire n'est pas d'accord; de même, elle n'a pas les moyens de se procurer des préservatifs et elle n'ose pas aller dans un centre de SR pour s'en procurer gratuitement parce que la sage femme là connaît. Dans une perspective NOSA, cette personne est à 3 étapes de l'Action (étant donné qu'on donne arbitrairement 1 étape à chaque contrainte) est donc plus difficile à engager qu'un individu se trouvant à 1 étape seulement.



Les implications de NOSA dans une stratégie COMBI reposent sur l'expérience acquise en communication dirigée vers les consommateurs : la première priorité est de traiter avec le consommateur potentiel qui est seulement à quelques étapes de l'action et se tient prêt à agir. Un individu qui est bien traité devient le meilleur « vendeur ». Répondre aux besoins des individus qui sont prêts à agir signifie répondre aux besoins de ceux se trouvant dans les autres phases de HIC-DARM.

La segmentation du marché permet surtout de fixer les segments prioritaires du marché.

On peut être tenté d'aborder le marché en entier, en-dehors d'une conscience de développement social. Cependant, il est plus prudent de s'attaquer aux segments prioritaires et d'établir un réseau de clients satisfaits qui, à leur tour, « vendent » le comportement recommandé aux autres.

Pendant l'exercice de segmentation de marché, l'on doit noter les implications en termes de communication liées aux circonstances spécifiques de chaque segment du marché.

### **Conduisez une analyse des «forces en jeu sur le terrain»**

Une analyse des “forces en jeu sur le terrain” pose la question suivante: quels sont les forces ou facteurs sur le terrain (société, communauté, environnement) qui aideraient à atteindre l'objectif comportemental désiré, ou qui l'en empêcheraient ? Comprendre ces contraintes et/ou soutiens fournit une information utile sur les thèmes qui vont former la base pour une communication tournée vers le public. Cependant, cette analyse peut suggérer que les forces qui empêchent l'acceptation du comportement recommandé sont tellement redoutables qu'il serait vain de s'engager dans un quelconque effort de communication publique.

Un ensemble de facteurs ou forces sur le terrain concerne la façon dont le comportement recommandé est perçu. Une analyse des forces en jeu sur le terrain ayant trait aux perceptions va aider à identifier les facteurs qui encourageraient la meilleure perception du comportement recommandé que l'on souhaite obtenir, et ceux qui vont empêcher la plus mauvaise perception.

### **Conduisez une analyse “SWOT” (strengths, weaknesses, opportunities, threats/forces, faiblesses, opportunités et menaces)**

Un Plan COMBI doit être considéré comme une partie intégrale d'un programme de prévention ou de contrôle d'une maladie.

Atteindre l'(les) objectif(s) comportemental(aux) spécifique(s) du plan COMBI est étroitement lié aux dynamiques du programme gérant la maladie. Mener une analyse SWOT de l'environnement du programme gérant la maladie aide à se concentrer sur les Forces, minimiser les Faiblesses, tirer le meilleur parti des Opportunités disponibles, tout en adressant les Menaces pesant sur la réalisation de(des) l' objectif(s) comportemental(aux).

Même si une analyse SWOT peut apparaître similaire à une analyse des forces en jeu sur le terrain, l'utilisation de termes différents permet de découvrir d'autres questions non soulevées dans les analyses précédentes.

Une analyse SWOT peut être conduite sous forme d'exercice de groupe avec une équipe de programme multidisciplinaire de la maladie. Idéalement, une analyse SWOT doit produire deux listes:

- Une liste SW (Strengths, Weaknesses/ Forces, Faiblesses) décrivant les principales forces et faiblesses du programme (facteurs internes);
- Une liste OT (Opportunities, Threats/ Opportunités, Menaces) décrivant les opportunités et menaces majeures (forces externes).

Pendant la préparation de ces listes, l'on doit noter les implications pour chaque force et facteur, à fin de planification des interventions en communication qui visent à engager le public à considérer le comportement recommandé.

**Examinez l'(les) objectif(s) comportemental (aux) en relation avec les « quatre C » de la communication marketing intégrée (integrated marketing communication IMC).**

IMC offre une nouvelle conceptualisation de marketing concernant les quatre C, plus appropriée aux résultats comportementaux relatifs à la santé que le concept marketing des 4 P plus conventionnel.

Le premier "C" est le besoin/souhait/désir du **consommateur** (plutôt que le «P» de Produit). Il se concentre immédiatement sur les consommateurs et leur perception du besoin, souhait et désir. Un produit n'est pas vendu per se, mais des solutions sont offertes aux besoins, souhaits et désirs du consommateur, qui peuvent être une priorité présente dans leur esprit ou cachée. Par exemple, un fabricant de boissons sucrées leader mondial ne vend pas seulement une eau sucrée, colorée avec du carbonate- il vend une expérience en réponse à un désir du consommateur. Ces besoins ou souhaits ou désirs ne sont



pas créés ; ils répondent à des besoins existants ou, au mieux, à des besoins latents stimulés. Les programmes de santé répondent au besoin et désir d'être en bonne santé. Ce besoin n'a pas à être créé ; il existe déjà. Une SMA examine quel « besoin/souhait/désin » du consommateur est adressé par le comportement recommandé, et explore comment il est perçu par l'individu.

Le second "C" est le **Coût** (par opposition au «P» de «Prix»). Il se concentre sur une combinaison de coûts en termes monétaires et d'efforts. Il examine le coût impliqué dans la réalisation du comportement recommandé, en relation avec la Valeur promise si le comportement est mis à exécution. La Valeur concerne ce qui est perçu par l'individu, et non les «Bénéfices». Un comportement peut avoir des bénéfices qui n'entrent pas en compte pour une personne. Ceci est le point central de prise de décision pour un consommateur : si le ratio coût-valeur est déséquilibré, i.e. le coût excède la valeur promise, le consommateur va rejeter l'offre. Lorsque l'on recommande un comportement de santé, ceci est souvent le point central pour engager les gens : faciliter leur calcul coût versus valeur et écouter leurs préoccupations, peurs et réserves. Une SMA devrait explorer le ratio coût-valeur pour le comportement recommandé tel que perçu par l'individu. Par exemple, lorsque l'on se met à chercher un préservatif à minuit et qu'il faut plusieurs kilomètres en voiture pour trouver une pharmacie de nuit. Cette réalité, plus les coûts de transports, le fait de gâcher un moment privilégié peut engendrer un coût trop lourd. Cette perception va devoir être prise en compte dans la façon de planifier comment inciter le public sexuellement actif se munir d'un préservatif.

Le troisième "C" est la **commodité** (en relation avec le «P» de Placement). Il va au-delà du placement physique et du lieu du produit, et aborde s'il est commode et accessible pour le consommateur d'obtenir un service ou de mettre en pratique le comportement souhaité. Des facteurs tels que la localisation du centre de santé, les horaires d'ouverture, la disponibilité des fournisseurs de service et le caractère gênant du comportement recommandé sont toutes des dimensions du troisième C. Une SMA doit explorer la perception de l'individu concernant la facilité de mettre en œuvre le comportement recommandé.



A la fois le premier C (besoin/souhait/désir du Consommateur) et le troisième (Commodité) deviennent des parties intégrantes du calcul coût-valeur. Si le coût (incluant le facteur commodité) excède la valeur promise (liée au besoin/souhait/désir du

Consommateur), l'on doit trouver des moyens pour soit réduire le coût, soit engager l'individu à (ré)concilier la valeur promise avec le coût élevé.

Le coût en termes de commodité peut être très élevé. Une solution pourrait être de faciliter l'exécution du comportement pour l'individu ; par exemple, généraliser les distributeurs de préservatifs ou légaliser la vente de préservatifs dans les grandes surfaces.

Bien que ceci ne soit pas une question de communication, une analyse SMA permet d'attirer l'attention des gestionnaires du système de santé à ce propos.

Le quatrième et dernier "C" se situe en **Communication** (par contraste avec le « P » de Promotion). Il devient une communication intégrée, explorant un mixte judicieux d'interventions en communication (relations publiques, plaidoyer, mobilisation administrative, « vente » personnelle/conseil, promotion des points de service, etc). Ceci implique plus que simplement se concentrer sur la promotion du produit ou service, et produire des posters, des T-shirts et des brochures : la communication intégrée reconnaît qu'il n'y a pas de solution miracle en communication. A la place, la communication devient la tâche de partager avec le consommateur l'information liée aux trois autres C :

« Nous avons un produit/service/comportement merveilleux qui répond à vos besoins/ manques/ désirs à un rapport coût/valeur très avantageux et facilement disponible. »

Si l'on examine l'objectif comportemental en relation avec les quatre C, ceci nécessite de clarifier les aspects des trois autres C, qui deviennent alors la base pour engager le public.

**Conduisez une analyse DILO (day in the life of/ un jour dans la vie de) et MILO (moment in the life of/ un moment dans la vie de)**

Une analyse DILO est utilisée pour explorer la situation et le contexte quotidien dans lequel un comportement recommandé est encouragé. Ceci nécessite d'examiner les activités quotidiennes de ceux qu'il faut engager à considérer le comportement sain. Soit par l'observation, soit par le biais de récits, on énumère les activités quotidiennes d'un individu-



depuis le moment où il se lève le matin, jusqu'à ce qu'il aille se coucher le soir.

L'analyse DILO permet d'être en empathie avec le consommateur, d'identifier les points de contact en communication, de situer le comportement suggéré dans sa vie quotidienne et donc de mieux comprendre les facteurs qui vont soutenir ou contraindre l'action sur le comportement recommandé. Ainsi, on acquiert un autre sens de la façon dont les « coûts » impliqués sont perçus lorsque le comportement recommandé est exécuté. Par exemple, l'analyse DILO dans une communauté peut révéler que la plupart des adolescents et des jeunes passent la plus grande partie de leur temps en-dehors de chez eux, sur les lieux du travail, dans les établissements scolaires ou universitaires ou encore dans les foyers. Pour un programme de sensibilisation pour la prévention des IST VIH SIDA, ceci soulève un ensemble de questions : comment informer ces individus ? Quel est le meilleur horaire pour diffuser un spot ? Quelle est la meilleure approche de distribution des préservatifs ? Comment pouvons-nous réduire le coût de ce comportement recommandé afin de ne pas en faire un comportement trop lourd pour eux ?

Une analyse MILO est une modification de l'analyse DILO. Elle capte les caractéristiques du moment où un comportement donné est attendu. Basé sur l'observation ou sur des jeux de rôle, une analyse MILO permet d'examiner les étapes impliquées dans l'exécution du comportement recommandé.

Ceci encourage plus d'empathie directe avec, par exemple, un individu se présentant à une pharmacie pour se procurer un préservatif. En explorant ce moment, on voit le processus du point de vue de l'individu, y compris à quel point les étapes à franchir pour acheter un préservatif est lourd pour un jeune qui commence son activité sexuelle. Une fois de plus, il émerge un sens du « coût ». Si, à travers ce procédé, l'on peut anticiper la réaction des gens, on peut mieux les préparer au moment où l'action va avoir lieu et ils vont donc mieux accepter le comportement suggéré.

Un exercice MILO aide à comprendre ce qu'un jeune

Pense à ce moment là, incitant à considérer ce qui peut se faire avant et au moment même pour lui faciliter le franchissement de cette étape.

## **Menez un exercice de positionnement/TOMA (top-of-the mind analysis/ Ce à quoi on pense en premier).**

Un exercice TOMA est une exploration des perceptions et des associations immédiates relatives à une question particulière. C'est un exercice simple qui consiste à demander à des individus variés la première chose qui leur vient à l'esprit lorsqu'ils entendent une phrase ou un mot particulier (lié au comportement recommandé), puis la seconde et la troisième chose. Après une série de ce type de questions dans une communauté, on acquiert un sens de ce qui leur vient en tête en premier par rapport à une maladie ou un comportement particulier. Des éléments supplémentaires concernant les rumeurs et mythes émergent aussi souvent de l'analyse TOMA. Par exemple, une analyse TOMA du mot « SIDA » peut révéler que les gens pensent à « punition de Dieu », « mort », ou « Maladie honteuse ». Si ces associations immédiates sont valables pour une large communauté, elles peuvent indiquer le besoin d'engager plus substantiellement la population à examiner les vraies causes des maladies et les moyens de prévention.

Un exercice TOMA peut aider à comprendre les perceptions courantes et comment un comportement particulier est positionné mentalement dans l'esprit des gens. Cette analyse peut suggérer que les individus ont besoin d'être engagés dans un processus de repositionnement mental afin qu'ils perçoivent mieux que le comportement recommandé peut améliorer leur statut médical. Un exercice TOMA permet de découvrir les facteurs qui vont aider à engager les individus à repositionner une maladie ou un comportement qui y est rattaché.

## **Conduisez une “analyse des concurrents”.**

Une analyse des concurrents explore les comportements alternatifs qui ont lieu à la place du comportement que l'on recommande. Souvent, dans le domaine de la santé, aucun concurrent n'existe. Les gens rejettent simplement le comportement suggéré et choisissent de ne rien faire. D'un point de vue de la communication du consommateur, ce

« Ne rien faire » (Do Nothing option) est, en fait, un concurrent. L'individu fait un choix ; l'on doit en explorer les raisons. Les réponses donnent une autre base pour engager les gens à considérer le comportement sain sous un nouvel angle.



Un autre concurrent courant, et une autre dimension du «Ne rien faire », est de «Prendre le risque» (**TAC** Take A Chance). Les gens se considèrent eux-mêmes comme étant à faible risque et donc choisissent de tenter leur chance de ne pas avoir le SIDA, par exemple, plutôt que de choisir le comportement recommandé d'utiliser le préservatif. Il est donc très utile d'examiner pourquoi le TAC a un attrait sur eux.

Une analyse des concurrents aide à identifier les comportements ou services alternatifs qui sont choisis au détriment du comportement recommandé. Plus on comprend l'attraction de ces concurrents, mieux l'on peut engager les gens à explorer les mérites du comportement recommandé.

**Conduisez une analyse MS.CREFS (questions/ situation en termes de communication)**

**L'acronyme MS.CREFS souligne les composants-clés du processus de communication, chaque lettre représentant un élément différent de l'acte de communication.**

Une analyse MS.CREFS examine le marché du point de vue de ces différents composants et en reflète les implications pour la planification COMBI.

Le processus de communication implique un Message d'une Source, envoyé via un Canal à un Récepteur, avec un certain Effet attendu, et des possibilités de Feedback, tout ceci ayant lieu dans un Environnement particulier. La communication étant un processus, ces éléments sont tous reliés entre eux.

Une analyse MS.CREFS consiste à soulever une variété de questions à propos de chaque composant. La liste suivante, même si elle ne vise pas à être exhaustive, en suggère quelques-unes:

**Message:** Quels sont les messages actuels circulant à propos du SIDA et des comportements qui y sont liés ? Quels messages veulent les gens ? Quel langage devrait être utilisé pour les messages ? Quels messages vont servir de catalyseurs à l'action ? Des messages différents sont-ils nécessaires pour des audiences différentes ? Y a-t-il des messages particuliers (des secteurs publics et privés) qui semblent être bien retenus par les gens ? Que se passe t-il pour ces messages qui sont assimilés dans la conscience collective ? Y a-t-il des rumeurs persistantes ? Peut-on anticiper des messages qui pourraient circuler et créer une crise dans l'implantation du projet ?

**Source:** Qui sont les sources d'information dans la communauté qui sont actuellement crédibles et dignes de confiance ? Qu'est-ce qui leur donne ces qualités ? Y a-t-il des individus populaires (personnalités sportives, acteurs, politiciens) qui pourraient être perçues comme des sources d'information crédibles et fiables ? Y a-t-il des caractéristiques particulières qu'une source d'information crédible et digne de confiance doit absolument présenter et qui sont chères à la communauté ? Pour tel comportement qui est encouragé, qui pourrait être la source d'information crédible et fiable dans cette communauté ? Jusqu'à quel point le personnel de santé est une source d'information crédible et digne de confiance ? Jusqu'à quel point leur formation et leur apparence (e.x. uniforme) rehaussent la perception de la communauté de leur crédibilité et de leur expertise ? Jusqu'à quel point les professeurs et élèves sont des sources d'information ?

**Canal:** Quels sont les canaux de communication existant dans la communauté ? Quels sont ceux qui ont été utilisés dans des précédentes campagnes de communication ? Dans les campagnes politiques ? Y a-t-il des réunions communautaires qui font partie du système gouvernemental local ? Des mass media sont-ils facilement disponibles ?

Combien de personnes ont et écoutent la radio ? Combien de personnes ont et regardent la télévision ? Combien lisent les journaux ? Quels sont les radios, programmes TV ou chaînes populaires ? Quels sont les journaux les plus largement lus ? Quels média traditionnels sont utilisés en communication ? Les lieux de prières sont-ils des potentiels voies pour communiquer des messages de santé ? Existont-il des lieux où les gens se rassemblent (formellement ou non) et partagent l'information ? Quels nouveaux moyens de communication bon marché peuvent être introduits dans la communauté ? Y a-t-il des agences de publicité compétentes dans la communauté pouvant utiliser les voies de communications disponibles ?

**Récepteur:** Quels (quelles) sont les différents segments de marché/audiences qu'il faut engager en communication concernant ce comportement en particulier ? Que sait-on d'eux en termes de démographie, psychographie et ethnographie ? Quel est leur statut

HIC-DARM vis-à-vis du comportement recommandé ?

**Effet:** Quel a été l'impact/l'effet d'autres efforts de communication en santé ? Quelles en sont les raisons ? Quel est l'effet qu'un effort de



communication planifié est sensé produire sur l'objectif comportemental fixé ?

**Feedback:** Quels mécanismes de réaction existent dans la population permettant de vérifier si le message a été entendu et compris comme visé? A défaut, quel système de feedback faisable doit être implanté ?

**Environnement:** Concernant les différentes interventions de communication possibles, dans quel environnement doivent-elle avoir lieu ? Au seuil de la porte des gens ? Dans leur salon? Dans les centres de santé? Sous les arbres? Dans les établissements avec ou sans électricité? Dans le jardin du chef de village ? Dans le hall de l'école ? Sur la route ?

De quelle façon ces environnements vont affecter les interventions en communication ?

Est-ce que des environnements particuliers nécessitent de prendre en compte des horaires plus opportuns pour implanter l'action de communication ?

Cette exploration MS.CREFS fournit la base pour des actions de communication détaillées présentées dans les étapes suivantes.

### **Indiquez les recherches complémentaires requises.**

Au cours de la SMA, certaines questions vont être soulevées auxquelles il ne sera pas facile de répondre immédiatement. Ceci implique que des domaines vont nécessiter des recherches complémentaires. Ces domaines doivent être identifiés et, si cela est possible dans le temps imparti pour développer le plan COMBI, tout doit être organisé pour conduire ces recherches.

### **Détaillez les pré-requis du plan COMBI.**

Lors de la SMA, il est possible qu'apparaissent des questions et thèmes qui ne peuvent être résolus par des actions de communication. Par exemple, il peut y avoir une série de questions relatives aux services, telles que les horaires d'ouverture des cliniques, ou encore les traitements médicaux qui n'y sont pas disponibles. Puisqu'il serait une perte de temps d'initier un effort COMBI si les services liés au comportement recommandé ne sont pas en place, il est important d'indiquer les pré-requis du programme médical pour

un plan COMBI, tel que du personnel de santé formé, et des traitements facilement disponibles dans les lieux de prestations de services. Ces pré-requis doivent être présentés au responsable du programme de la maladie concernée, en précisant qu'un effort COMBI

ne pourra être engagé qu'une fois les questions de ces services résolues.

#### **ETAPE 4. DEVELOPPEZ LA STRATEGIE COMBI POUR ATTEINDRE L'(LES) OBJECTIF(S) COMPORTEMENTAL(AUX) ENONCE(S)**

A la lumière de la SMA de l'étape 3, il est utile, une fois arrivé à cette étape, de revoir l'(les) objectif(s) comportemental(aux) de l'étape 2 et de redéfinir ces objectifs si nécessaire. Des informations plus claires concernant le marché peuvent aider à redéfinir plus précisément et spécifiquement l'(les) objectif(s) comportemental(aux).

**Détaillez les "objectifs de communication" à atteindre pour contribuer à atteindre les objectifs comportementaux.**

D'un point de vue opérationnel, COMBI concerne en grande partie (même s'il n'y est pas limité) la mise à exécution d'une variété d'actions de communication qui vont contribuer à atteindre les résultats comportementaux spécifiques. Cette contribution est mise en œuvre via une « communication engagée » avec les « consommateurs » à propos des facteurs appuyant ou contraignant qui ont émergé de la SMA, par exemple, et auxquelles des actions de communication peuvent répondre.

Si, par exemple, une SMA indique que les gens sont soucieux du fait que l'utilisation du préservatif réduit les sensations de plaisir sexuel, un objectif de communication peut être de les rassurer sur le fait que c'est un phénomène de moins en moins fréquent du fait que les préservatifs sont de plus en plus minces et que ce problème n'a été rapporté que par quelques personnes.

Une SMA peut indiquer que des rumeurs et des mythes persistent et découragent des réponses comportementales. Dans ce cas, un objectif de communication visant à adresser ces rumeurs et mythes doit être clairement démarqué.

**Anticipez les "trois difficultés" en communication au fur et à mesure que la stratégie est développée: attention sélective, perception sélective, rétention sélective.**

Lorsque l'on développe la stratégie et le plan d'action COMBI, l'on doit anticiper les obstacles à une communication efficace. Trois phénomènes clés empêchent l'efficacité du processus de communication.



Ils sont très fréquents dans l'utilisation des mass média et également prévalant dans la communication interpersonnelle.

Les trois phénomènes sont :

- L'attention sélective
- La perception sélective
- La rétention sélective

**Attention sélective.** Dans toute interaction de communication, il est impossible d'être entièrement attentif tout le temps. La concentration dérive naturellement, et l'esprit erre.

Les individus ont généralement une attention totale environ 40 secondes, et pensent ensuite à un certain nombre d'autres choses. Après quelques secondes de dérive, ils retournent au message/messenger, sont totalement attentif pour quelque temps, et s'assoupissent encore. Ce branchement/débranchement continue pendant toute la durée de l'action de communication.

Ce phénomène a lieu dans l'interaction des deux personnes de même que lorsque nous sommes exposés aux mass médias. Alors qu'il est impossible d'éliminer totalement cette tendance à se déconcentrer, différents dispositifs pour maintenir l'attention peuvent limiter sa fréquence. Lorsque la concentration va et vient, il est important de répéter de façon variée mais constante des thèmes clés afin que les messages ratés avant puissent être reçus plus tard.

Les mass media soumettent les individus à un assaut de leur attention sélective. Lire un journal illustre bien comment certaines histoires capturent l'attention et d'autres non, par la nature de leur gros titre ou par leur une. La préparation des matériels de presse devrait donc être guidée par la nécessité d'avoir des titres attractifs et des unes engageantes. La production de programmes radio et TV doit aussi être imprégnée de la tendance des gens à dériver. Une tradition en publicité radio et télévisée dit que l'attention d'une personne doit être capturée dans les 7 premières secondes de la publicité ; à défaut, leur attention est perdue pour le reste de la publicité.

L'attention sélective par rapport aux mass média électroniques peut être aussi élémentaire que choisir d'écouter un programme concurrent. On peut éteindre un programme santé quotidien de 15 minutes du Ministère de la Santé pour préférer suivre un programme de musique populaire sur un autre canal radio, à moins que le programme de santé



de 15 minutes soit présenté de telle façon que l'auditeur se sente obligé de se mettre à l'écouter. Bien sûr, s'il n'y a aucun programme concurrent, la radio peut rester allumée sur l'émission de 15 minutes mais être considérée comme un bruit de fond, sans écoute active, à moins que l'émission n'engage entièrement l'auditeur.

Il existe également une dimension psychologique à l'attention sélective. L'on dit souvent qu'un individu prêtera une attention plus sincère à un message qui confirme ce qu'il croit déjà, qu'à un message qui perturbe ses valeurs et croyances existantes. Un fumeur va plus vraisemblablement éteindre un message disant que la cigarette tue. Une stratégie de communication va devoir trouver les moyens de dépasser cette tendance, particulièrement si le message à présenter doit troubler ses récipiendaires.

Les gens écoutent naturellement ce qu'ils veulent entendre. Les auditeurs qui sont déjà intéressés par le cancer du sein, de par leur expérience personnelle de la maladie ou du fait qu'ils connaissent quelqu'un l'ayant, seront plus disposés à continuer à écouter le programme radiophonique portant sur cette question. Ceux qui ne considèrent pas que le cancer du sein comme un problème vont avoir tendance à ignorer un long récit sur le sujet, à moins que leur attention n'ait été attirée immédiatement et qu'ils comprennent rapidement pourquoi ils sont à risque.

**Perception sélective** Une tendance naturelle des gens consiste à percevoir ou interpréter les symboles et les messages d'un point de vue individuel influencé par la culture, les traditions, la langue, les origines sociales, le niveau d'éducation, etc. Etant donné cette perception sélective, il est remarquable qu'une communication effective puisse tout simplement avoir lieu, surtout si l'on prend en compte le fait que les gens tendent à interpréter les mots et signaux dans un sens différent que celui visé à l'origine. Les stratégies de communication doivent donc être s'accorder aux risques créés par ce phénomène. Chaque effort doit être mis en œuvre de telle sorte que ce que l'on souhaite dire est ce qui est perçu. Un moyen est de garder des messages simples exempts de tout jargon. Des dessins sur les posters ou des messages peuvent être interprétés complètement différemment selon les personnes. D'où le besoin de pré-tester les messages et les dessins afin d'assurer, le plus possible, qu'ils vont être compris par la communauté comme souhaité.



Une nouvelle information est souvent interprétée en relation avec les croyances et attitudes existantes- et souvent d'une telle façon que ces croyances restent intactes. Plus on en sait à leur propos, mieux on peut planifier des actions de communication qui prennent en considération ces croyances et attitudes, de même que l'on surmonte les obstacles dus à la perception sélective. Un individu qui croit que le SIDA est « un jugement de Dieu » et qui reçoit des messages contraires (même si structurés avec attention), peut simplement les nier ou réinterpréter leur sens: « Ah, c'est donc ainsi que Dieu punit ».

**Rétention Sélective** Un autre phénomène naturel en communication est la tendance à simplement oublier. Par conséquent, une stratégie de communication efficace va tenter d'assurer une répétition constante des messages afin de vaincre cette tendance. La diffusion d'une annonce sur une radio publique une fois par jour sera plus facilement oubliée qu'une diffusion effectuée huit fois par jour.

La rétention sélective peut aussi avoir lieu à un niveau inconscient. On se souvient des événements qui sont significatifs ; la rétention sélective consiste souvent à oublier ces choses dont on ne veut pas se souvenir, telles que des souvenirs désagréables ou des points de vue qui ne coïncident pas avec les nôtres.

Un trop plein d'information provoque aussi beaucoup d'oublis, telle qu'une présentation contenant trop d'information. Lorsque l'on effectue une présentation, l'on doit donner trois points principaux, puisque l'audience ne se souviendra vraisemblablement pas de plus de trois points. Répéter ces éléments importants aide également à combattre la tendance à oublier.

**Pensez M-RIP (massive, répétitive, intense, persistante) pendant la conception de la stratégie.**

Des programmes de communication peu intenses sont inefficaces. Produire une annonce radio de 60 secondes et l'utiliser seulement quelques fois juste avant le journal télé ne va avoir quasiment aucun impact. Les interventions et actions de communication doivent être conduites d'une façon Massive, Répétitive, Intense et Persistante. Pour beaucoup de spécialistes en communication marketing, la pensée prédominante est que lorsqu'un moyen est utilisé, ce moyen doit dominer. Par exemple, si l'on utilise des spots radio, 6-10 spots par jour doivent être planifiés.

La Communication M-RIP est une approche efficace pour gérer les tribulations de l'attention/la perception/la rétention sélectives. Mais soyez prévenu : les programmes MRIP ne peuvent être faits au rabais. Alors que le secteur privé comprend très bien ceci, et harmonise ses plans et budgets en conséquence, le secteur public n'a pas encore entièrement saisi ce fait dans son travail pour un impact comportemental en santé.

## **ETAPE 5. PRESENTEZ LE PLAN D'ACTION COMBI**

Le Plan d'Action COMBI est d'abord un instrument pour gérer l'implantation d'un Programme COMBI. Il doit expliquer clairement et de façon compréhensible les activités détaillées nécessaires pour rendre opérationnelle la stratégie de communication soulignée à l'étape 4 ci-dessus. Le Plan d'Action doit inclure toutes les activités préparatoires, de même que ce qui va précisément se passer, lorsque la stratégie va être implantée, dans les différentes catégories d'actions détaillées dans la stratégie de communication.

## **ETAPE 6. GESTION**

L'étape 6 présente la structure gestionnaire qui va assurer une implantation effective, précisant l'équipe d'implantation multidisciplinaire, incluant le personnel spécifique ou les agences collaboratrices (e.x. les agences locales de publicité, les instituts de recherches) désignées pour coordonner les actions de communication. La description va également inclure des groupes techniques consultatifs ou des corps gouvernementaux qui vont soutenir l'équipe gestionnaire ou à qui cette équipe va rendre compte.

## **ETAPE 7. SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE**

Utilisez un calendrier de travail comme instrument de suivi de la mise en œuvre. Le calendrier de travail développé à l'étape 9 ci-dessous peut servir d'outil pour suivre les progrès de la mise en œuvre du plan COMBI. Le calendrier détaille à quel moment chaque activité doit être entreprise et par qui. Une des tâches du Groupe chargé de la mise en œuvre est d'utiliser ce calendrier pour suivre les progrès de l'implantation. Ceci fournit un moyen relativement simple pour suivre les progrès de la mise en œuvre. Il permet également de traiter les obstacles qui apparaissent de temps en temps.



## **Planifiez les enquêtes de traçage**

Les enquêtes de traçage sont des enquêtes échantillon aléatoires à petite échelle conduites dans un nombre limité de zones sélectionnées. Par exemple, une enquête peut être conduite sur un échantillon de 100 personnes. Ces enquêtes peuvent retracer si des messages compréhensibles sont bien délivrés au groupe cible sélectionné via les voies de communication appropriées. Elles peuvent également explorer si les gens répondent aux messages comme visé. Les résultats de ces enquêtes peuvent être utilisés pour modifier la stratégie de communication si les objectifs de communication visés ne sont pas atteints.

## **ETAPE 8. EVALUATION DE L'IMPACT**

L'étape 8 décrit comment prouver que les objectifs comportementaux sont atteints. Si possible, l'on doit décrire comment l'impact peut être attribué à une intervention COMBI.

Par exemple, si l'objectif comportemental est d'inciter un nombre déterminé de personnes sexuellement actif à l'utilisation du préservatif en permanence, mesurer l'impact comportemental revient à calculer le taux d'utilisation du préservatif selon les personnes sensibilisées.

L'étape 8 va décrire comment cet exercice va être conduit, par exemple en s'assurant que la vente des préservatifs a augmenté.

Les résultats comportementaux qui n'impliquent pas la visite d'un centre de santé vont requérir d'autres méthodes pour évaluer l'impact. Des enquêtes aléatoires par échantillonnage, par exemple, peuvent être utilisées pour se rendre compte par soi-même de l'action spécifique menée par la population, tout en prenant en compte que des biais peuvent exister au niveau des personnes interrogées.

## **ETAPE 9. PROGRAMMEZ LE PLAN DE TRAVAIL**

Les étapes 5 à 8 ont clarifié une longue liste d'activités COMBI à mettre en œuvre.

L'étape 9 incorpore ces activités dans un plan de travail planifié détaillé qui devient l'instrument clé pour la mise en œuvre et la gestion du Programme COMBI.

Le plan de travail détaillé fournit un échéancier pour la préparation et l'implantation des activités requises pour mettre en œuvre chaque action de communication telle que décrite dans les étapes 5 à 8. Il inclut

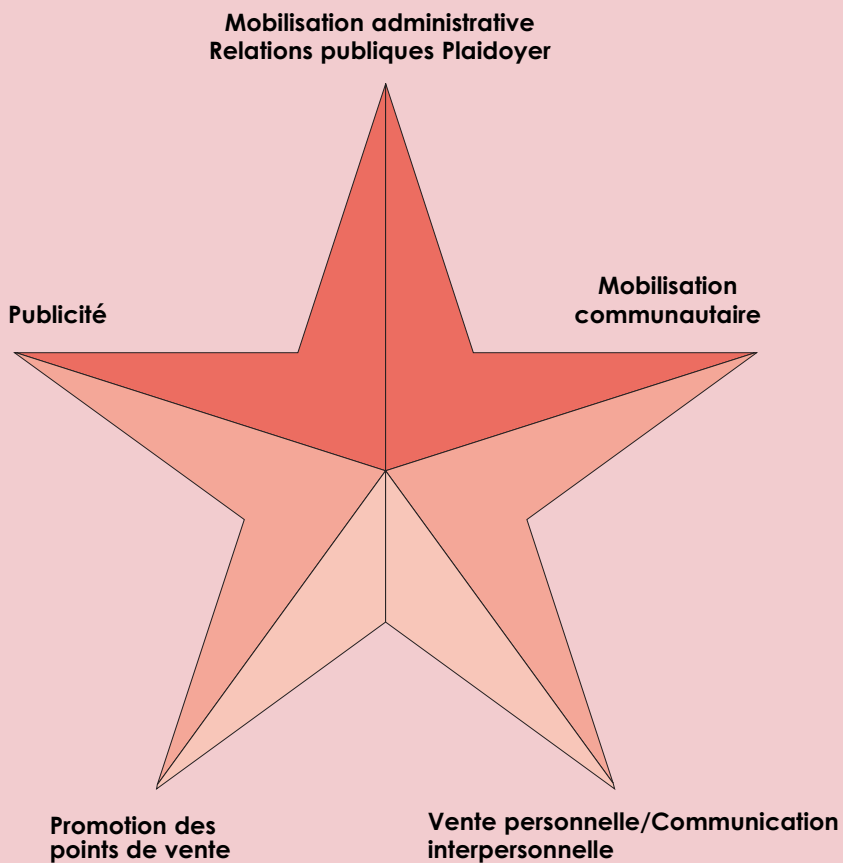
également la nomination d'individus spécifiques responsables pour mettre en œuvre ces activités particulières. Le format du plan de travail peut être constitué de colonnes comprenant activités, date d'achèvement, responsabilité (membre du personnel, agence partenaires et ainsi de suite), et les progrès accomplis

## **ETAPE 10. BUDGET**

L'étape 10 présente un budget détaillé des différentes activités proposées dans le Plan COMBI. L'on suggère également un format de présentation couvrant les domaines de communication clés, tels que les relations publiques/le plaidoyer /la mobilisation administrative, la mobilisation des communautés, la vente personnelle, la publicité et la promotion, et enfin la promotion des points de service (si applicable). Chaque domaine spécifie les activités et les quantités d'articles à produire, par coût unitaire, etc.



## Les cinq actions de communication intégrée\*



\*Everold Hosein

## Acronymes

**CCC** : Communication pour le changement des comportements

**COMBI** : Communication for behaviour impact

**CAP** : Connaissances, Attitudes, Pratiques

**CACP** : Connaissances, Attitudes, Croyances, pratiques

**EPLS** : éducation pour la santé

**UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population

**HSB** : Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes

**IEC** : Information, Éducation, Communication

**IST-VIH/SIDA** : Infections Sexuellement Transmissibles-Virus d'Immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience humaine acquise

**MSP** : Marketing social du préservatif

**NTIC** : Nouvelles Technologie de l'Information et de la Communication

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONFP** : Office National de la Famille et de la Population

**SSR** : Santé Sexuelle et Reproductive

**PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH

**SMA** : Situational Market Analysis

## Références bibliographiques

BARBIER C. Sida Communication Prévention Education Santé, n° 229, décembre 2007

BONTEMPS R et col Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques

Bruxelles : ASBL Question Santé, 1998, 192 p.

Cadre de communication sur le VIH/SIDA - Nouvelle orientation. Un projet

ONUSIDA/PENNSYLVANIA

Cadre stratégique mondial sur le VIH/SIDA

Communications programming for HIV/AIDS: An annotated bibliography ONUSIDA(1999)

CRIPS Ile-de-France ; Le théâtre dans la prévention, intérêts et limites : 36ème rencontre du CRIPS La lettre du CRIPS Ile-de-France, 1999, n° 52.

DARMON L

L'information sur le sida dans les collèges et les lycées : de la prévention à l'éducation à la sexualité?

Le Journal de la Démocratie sanitaire, 2004, n° 165, pp. 10-14

GOUDJO A, BROQUA C, HEARD M

Politiques de prévention in : Sida : édition 2004

Paris : Doin Editeurs, 2004, pp. 607-618

Intensification de la prévention du VIH (ONUSIDA Document d'orientation politique) ONU SIDA meilleures pratiques 2005

Education par les pairs et VIH SIDA : concepts, utilisation et défi (collection meilleures pratiques ONUSIDA)

Marketing social : outil efficace de l'action mondiale contre le VIH/SIDA (ONU SIDA meilleures pratiques 1999)



Mobilisation communautaire et SIDA (ONUSIDA Meilleures pratiques)  
Les jeunes et le VIH : une solution à la crise (ONUSIDA Meilleures pratiques)  
The media and HIV/AIDS : making a difference  
Noar, Seth M. and Rick S. Zimmerman. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behavior: Are we moving in the right direction? Health Education Research, 20, 275-290.  
Rogers M (2003). Combating AIDS: Communication Strategies in Action.  
Centre pour les programmes de communication de Johns Hopkins : Le processus et principes de communication stratégique en Santé  
Prévention des comportements sexuels à risque in : Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes  
Paris : Les Editions Inserm, 2001, pp. 135-155  
LYDIE N dir.  
Prévention du sida : de multiples défis à relever  
La Santé de l'Homme, 2005, n° 379, pp. 10-53  
LYDIE N, LEON C  
Sexualité, IST et dépistage du VIH in : Baromètre santé 2005 : premiers résultats  
Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 2006, pp. 109-118  
Rogers, E. M. (1995). Diffusion of innovations, New York  
RUDELIC-FERNANDEZ D  
Le théâtre-forum comme outil préventif : évaluation des interventions théâtrales de prévention VIH dans les lycées et les CFA d'Ile de France  
Paris : CRIPS Ile-de-France, 1998, 55 p.  
La communication pour le changement © 2002 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs Page 1 of 6  
ONU SIDA IPPF 1998 Manuel de référence pour la communication sociale et la prise en charge médico-psychosociale des MST-VIH SIDA ONFP-JICA La gestion des programmes d'IEC en Santé Reproductive  
Singhal, A. and Rogers, E. M. (1999). Entertainment-education: A communication strategy for social change  
Smith, W. (1998) Presentation on social marketing.  
Airhihenbuwa, Collins O. and Rafael Obregon. (2000). A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. Journal of Health Communication, 5(Supplement), 5-15.  
AIDS in Culture Conference. Mexico City, Mexico, Dec 10, 2004.  
Canadian International Development Agency. (2006)  
An overview of sense-making research: Concepts, methods and results to date. International Communications Association Annual Meeting, Dallas, Texas. Dervin, Brenda. (2005).  
Hosein E, Renganathan E, OMS : Planification des programmes de communication pour un impact comportemental dans le domaine de la santé  
FHI : BCC Strategy Framework ; Septembre 2002  
ONUSIDA/OMS. (1998). Le point sur l'épidémie de SIDA.  
Genève: ONUSIDA/OMS



**[www.onfp.tn](http://www.onfp.tn)**

Toute reproduction partielle ou intégrale  
de ce document est strictement interdite  
sauf autorisation préalable de l'ONFP