

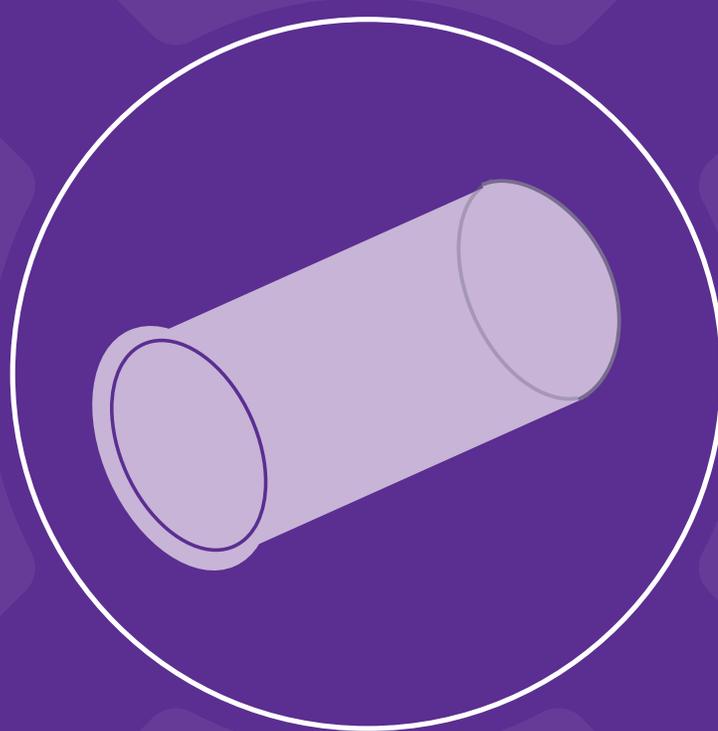
**Création de la demande pour les produits
de santé infantile, néonatale, maternelle
et reproductive**



**Life
Saving
Commodities**
Improving access,
saving lives

UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION ADAPTABLE POUR LES PRÉSERVATIFS FÉMININS

JUILLET 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**HEALTH
COMMUNICATION
CAPACITY
COLLABORATIVE**

Remerciements

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) financée par l'Agence internationale pour le développement (Agency for International Development - USAID) basée au Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs - JHU CCP) tient à remercier Diana Gourvenec (consultante indépendante) pour la rédaction de cette stratégie avec la collaboration de Bidia Desperthes (FNUAP), Clancy Broxton (USAID), Beth Skorochood (PSI), Risha Hess (PSI), Kimberley Whipkey (PATH), Saskia Husken (Accès universel aux préservatifs féminins, Universal Access to Female Condoms – UAFC), Ciska Kuijper (UAFC) Mags Beksinska (Université de Witwatersrand), Lucie Van Mens (The Female Health Company), Joanna Skinner (CCP), Kate McCracken (CCP) et Erin Portillo (CCP). La HC3 remercie Kathleen Fox, Kim Martin, Katie Kuehn et Mark Beisser d'avoir participé à la publication et à la mise en page. La HC3 souhaite aussi remercier Zarnaz Fouladi, Hope Hempstone et Stephanie Levy de USAID pour la qualité de leur soutien, de leurs conseils et de leur retour.

Citation suggérée :

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3). (2014). *Une stratégie de communication adaptable pour les préservatifs féminins*. Baltimore : Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé publique de l'Université Johns Hopkins (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs).

La création de la demande pour les activités liées aux produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive est assurée par la Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3) basée au Centre des programmes de communication de l'Université Johns Hopkins (Center for Communication Programs, CCP), avec le soutien du Fonds d'affectation du département de la SINMR et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development - USAID) en partenariat avec le sous-groupe de création de la demande de la Commission des Nations Unies sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants (UNCoLSC), l'équipe de ressource technique en matière de performance et d'accès, notamment l'organisation Population Services International (PSI), le Consortium international pour la contraception d'urgence (ICEC), Jhpiego et d'autres partenaires.

Table des matières

Acronymes	4
Introduction	5
But	6
Public visé	6
Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?	6
Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?	6
Treize produits d'urgence pour femmes et enfants	6
Création de la demande : présentation	9
De quoi s'agit-il ?	10
Quels sont les publics visés par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?	10
Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande	11
Cadre conceptuel	12
Stratégie de communication adaptable : structure et conseils	13
Étape 1 : Analyser la situation	14
Étape 2 : Définir une vision	17
Étape 3 : Choisir le public visé	18
Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)	19
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	20
Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation	22
Exemple de stratégie de communication pour les préservatifs féminins	25
Étape 1 : Analyser la situation	26
Étape 2 : Définir une vision	35
Étape 3 : Choisir le public visé	36
Étape 4 : Définir la stratégie des messages	46
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	51
Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation	57
Références	59
Coordonnées	63

Acronymes

CCP	Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Communication Programs)
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CIP	Communication interpersonnelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EC	Éligibilité à la contraception
ED	Éducation par le divertissement
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires (Demographic and Health Surveys)
EWEC	Toutes les femmes, tous les enfants (Every Woman Every Child)
FAP	Femmes en âge de procréer
HC3	Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative)
IST	Infection sexuellement transmissible
M&E	Monitoring et évaluation
MICS	Enquête à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys)
MOH	Ministère de la Santé
MS	Marketing social
OC	Organisation à base communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies, Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
PPP	Partenariat public-privé
PPVIH	Personne vivant avec le VIH
SMS	Service de messagerie SMS (Short Message Service)
SINMR	Santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UAFC	Accès universel aux préservatifs féminins (Universal Access to Female Condoms Joint Programme)
UNCoLSC	Commission des Nations Unies sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants (United Nations Commission on Lifesaving Commodities for Women and Children)
UNGASS	Sessions extraordinaires de l'assemblée générale des Nations Unies (United Nations General Assembly Special Sessions)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USFDA	Agence américaine de l'alimentation et du médicament (U.S. Food and Drug Administration)
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)

Introduction



But

Fournir un mode d'emploi détaillé et des exemples de création d'une stratégie de communication dédiée à la création de la demande pour les **préservatifs féminins**.

Public visé

Cette stratégie de communication adaptable (la « Stratégie ») vise plusieurs publics, dont les personnels des ministères de la santé, des organismes non gouvernementaux (ONG) et des organisations à base communautaire (OC). La Stratégie appuie les initiatives des professionnels de la communication qui travaillent directement sur les programmes de communication et de changement de comportement, ainsi que des personnels exerçant leur activité dans les domaines de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive (SINMR), qui ont recours à un composant de création de la demande pour la prise en charge des activités du programme.

Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?

Une stratégie de communication fournit une feuille de route pour les actions locales visant à faire évoluer les comportements, en assurant l'harmonisation des messages, des documents et des différentes activités. Elle garantit également que les activités et les produits permettent conjointement d'atteindre le but et les objectifs du programme. La stratégie de communication finale doit orienter la rédaction des supports de programmes, notamment des dossiers de plaidoyer, livrets client et outils de travail pour les prestataires de soins de santé, assurant ainsi un positionnement et des messages cohérents dans toutes les activités.

La stratégie de communication n'est toutefois pas un produit statique. Elle doit évoluer en fonction de l'environnement en perpétuel changement. Des adaptations peuvent être nécessaires pour répondre à des données et résultats nouveaux, à des événements inattendus, à des changements de priorités ou à des résultats imprévus. Les stratégies de communication sont essentielles pour tenter de résoudre les problèmes de priorités sanitaires ou de maladies émergentes ; elles permettent d'harmoniser les priorités, les approches et les messages entre toutes les organisations et acteurs concernés.

Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?

Cette stratégie fait partie d'un kit complet de mise en œuvre pour la création de la demande de produits d'urgence sous-utilisés (le I-Kit) (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch>). Le I-Kit comprend des stratégies de communication spécifiques aux produits, conçues pour une adaptation aisée à divers contextes nationaux et intégrées à des plans SINMR existants. Le I-Kit comprend également des ressources relatives à quatre principaux domaines transversaux en matière de création de la demande : la prise en compte du rôle lié au genre, un cadre théorique pour le choix des médias, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) ainsi que des nouveaux médias et l'exploitation des partenariats public-privé (PPP).

Cette stratégie n'a pas vocation à servir de modèle unique. Elle est conçue pour faire office de base de démarrage rapide reposant sur des données probantes afin de vous aider à réunir des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Où en sommes-nous ?
- Quelle est notre vision ?
- Comment allons-nous concrétiser notre vision ?
- Comment savoir si nous avons concrétisé notre vision ?

Dans l'idéal, des équipes à l'échelle nationale intègrent un contenu spécifique aux produits et adapté au contexte national aux stratégies de communication SINMR existantes ou nouvelles concernant la création de la demande.

Il est important de signaler que la stratégie est axée sur la communication, généralement la composante de promotion d'un produit d'une approche de marketing social (MS). Au besoin, il est possible d'intégrer la stratégie à un cadre de marketing social plus vaste et de l'étendre pour traiter le produit, le tarif et le lieu.

Treize produits d'urgence pour femmes et enfants

En 2010, en lançant la *Stratégie globale pour la santé de la femme et de l'enfant* (la Stratégie globale), le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a mis l'accent sur le manque d'accès

aux produits d'urgence et son impact sur la santé des femmes et des enfants à travers le monde. La Stratégie globale met en demeure la communauté internationale de sauver 16 millions de vies d'ici 2015 en élargissant l'utilisation appropriée et l'accès aux médicaments essentiels, au matériel médical et aux fournitures médicales dont le manque représente la cause de décès évitables pendant la grossesse, l'accouchement et l'enfance. Grâce au mouvement Every Woman Every Child (EWEC), au soutien de la Stratégie globale et aux Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, la Commission des Nations Unies chargée des produits d'urgence

(UNCoLSC) destinés aux femmes et aux enfants (la Commission) a été créée en 2012 pour promouvoir et accélérer la réduction du taux de mortalité des femmes et des enfants. La Commission a identifié 13 produits d'urgence dans le continuum de soins de la SINMR qui, avec un plus large accès et une meilleure utilisation, pourraient sauver la vie de plus de six millions¹ de femmes et d'enfants. Pour plus d'informations sur la Commission, consultez le site <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities> (en anglais).

¹Pour les estimations de vies sauvées, consultez le rapport du commissaire de l'UNCoLSC (en annexe) (http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Figure 1 : 13 produits d'urgence

Santé reproductive			
			
Préservatifs féminins	Implants contraceptifs	Contraception d'urgence	
Préviennent l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées : un préservatif féminin est une gaine en polyuréthane qui couvre le col de l'utérus, le vagin et les parties génitales externes. Il assure une double protection : contre les IST (y compris le VIH) et contre les grossesses non souhaitées.	Préviennent les grossesses non souhaitées : les implants contraceptifs sont des bâtonnets en plastique fins et flexibles placés dans le bras d'une femme et libérant une hormone progestative dans l'organisme. Ces contraceptifs sont fiables, très efficaces et se retirent facilement. Ils permettent d'éviter les grossesses pendant trois à cinq ans.	Préviennent les grossesses non souhaitées : la pilule contraceptive d'urgence est le moyen contraceptif le plus largement utilisé dans les pays en développement. Pour un effet optimal, elle doit être prise en une dose de 1,5 mg dès que possible après le rapport sexuel. Un produit de remplacement de 0,75 mg est également largement distribué.	
Santé maternelle			
			
Oxytocine	Misoprostol	Sulfate de magnésium	
Hémorragie du postpartum : l'OMS recommande l'oxytocine comme utérotonique de choix en prévention et en traitement des hémorragies du postpartum.	Hémorragie du postpartum : dans les situations où il n'y a pas d'accoucheuse expérimentée et où l'on ne dispose pas d'oxytocine, l'administration de misoprostol (600 microgrammes par voie orale) est recommandée.	Éclampsie et pré-éclampsie sévère : l'OMS recommande le MgSO ₄ pour son efficacité majeure en cas d'éclampsie et de pré-éclampsie sévère.	
Santé infantile			
			
Amoxicilline	Sels de réhydratation orale	Zinc	
Pneumonie : l'amoxicilline est un antibiotique qui permet de traiter la pneumonie chez les enfants âgés de moins de cinq ans. L'amoxicilline est conditionnée sous forme de plaquettes thermoformées de 10 comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg.	Diarrhée : les sels de réhydratation orale (SRO) sont une solution orale de glucose et d'électrolytes visant à prévenir la déshydratation due à la diarrhée. Ils sont conditionnés en sachets de poudre aromatisée de manière à plaire aux enfants, à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 l de liquide.	Diarrhée : la supplémentation en zinc permet de réduire la durée et la sévérité des épisodes diarrhéiques. Le zinc est disponible en comprimés sécables, dispersibles, insipides, de 20 mg ou en solution orale à une concentration de 10 mg/5 ml.	
Santé néonatale			
			
Antibiotiques injectables	Corticoïdes prénataux	Chlorhexidine	Appareils de réanimation
Prévention de la septicémie néonatale : l'OMS recommande un traitement par benzylpénicilline et gentamicine, sous forme d'injection séparée, comme schéma thérapeutique de première intention pour le traitement de présomption des nouveau-nés présentant un risque d'infection bactérienne.	Prévention du SDR chez le prématuré : les corticoïdes prénataux sont donnés à la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré pour éviter le syndrome de détresse respiratoire chez les bébés nés après un travail prématuré.	Prévention de l'infection du cordon ombilical : le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique peu coûteux, utilisé pour les soins du moignon du cordon ombilical, et efficace contre les infections néonatales.	Traitement de l'asphyxie : l'asphyxie à la naissance, ou l'absence de respiration du nouveau-né à la naissance peuvent être traitées avec les appareils de réanimation.

Création de la demande : présentation



De quoi s'agit-il ?

La création de la demande améliore la sensibilisation et pousse certains publics en particulier à demander des produits ou des services de santé. Pour ce faire, des techniques de MS et de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) sont utilisées. La création de la demande peut prendre l'une de ces trois formes :

- **Attirer de nouveaux utilisateurs** : convaincre les membres du public visé d'adopter de nouveaux comportements, produits ou services.
- **Augmenter la demande parmi les utilisateurs existants** : convaincre les utilisateurs actuels d'accroître ou de maintenir la pratique du comportement préconisé et/ou d'accroître ou de maintenir l'utilisation des produits ou services préconisés.
- **Gagner des parts de marché en faisant la promotion de certains comportements** (par ex., convaincre les soignants de pratiquer immédiatement des soins au lieu d'attendre que la situation sanitaire ne se dégrade ou soit compromise), produits ou services (par ex., convaincre les soignants d'utiliser des sels de réhydratation orale [SRO] et du zinc au lieu de médicaments contre la diarrhée).

Avec des programmes de création de la demande bien conçus et bien mis en œuvre, les pays peuvent augmenter l'utilisation des produits :

- en créant une demande informée et volontaire en matière de produits de santé et de services ;
- en aidant les prestataires de soins et les clients à interagir de manière efficace ;

- en faisant évoluer les normes culturelles et sociales susceptibles d'avoir une incidence sur les comportements collectifs et individuels relatifs à l'utilisation du produit ;
- en encourageant l'utilisation appropriée des produits aussi bien par les individus que par les prestataires de services.

Pour être plus efficaces, les efforts de création de la demande doivent s'accompagner d'initiatives visant à améliorer la logistique et développer les services, augmenter l'accès aux produits et former et équiper les prestataires afin de répondre à la demande croissante en produits et/ou services. Sans ces améliorations conjointes, le public visé risque de se décourager, d'où une nouvelle diminution de la demande. Il est donc fortement recommandé de coordonner et de collaborer avec les partenaires qui conviennent pour mettre en place des programmes et des stratégies de communication permettant de générer la demande.

Quel est le public concerné par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?

Pour réduire la morbidité et la mortalité infantile et maternelle en augmentant la demande et l'utilisation des produits de SINMR, il est indispensable d'obtenir la pleine collaboration des ménages, communautés et sociétés y compris les mères, les pères et autres membres de la famille, les agents de santé travaillant dans la structure et la communauté, les leaders et les décideurs. Certains produits sont plus particulièrement destinés aux prestataires en termes de demande et d'utilisation. Cependant, tout dépend des soins recherchés par les femmes et les familles.

Figure 2 : Publics concernés par la création de la demande

Pour les prestataires	Prestataire et utilisateur final
<input type="checkbox"/> Oxytocine	<input type="checkbox"/> Préservatifs féminins
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/> Implants
<input type="checkbox"/> Antibiotiques injectables	<input type="checkbox"/> Contraception d'urgence
<input type="checkbox"/> Corticoïdes prénataux	<input type="checkbox"/> Misoprostol
<input type="checkbox"/> Matériel de réanimation	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine
<input type="checkbox"/> Amoxicilline	<input type="checkbox"/> SRO
	<input type="checkbox"/> Zinc



Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande

Communication pour le changement social et comportemental (CCSC). La CCSC stimule et facilite le changement de comportement et soutient l'élargissement du changement social afin d'améliorer les résultats sanitaires. La CCSC s'inspire d'une théorie écologique globale qui intègre le changement individuel avec le changement familial, communautaire, environnemental et structurel. Une approche stratégique fondée sur la CCSC permet d'analyser un problème donné selon un processus systématique afin de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation du changement, puis de concevoir un ensemble complet et intégré d'interventions visant à soutenir et encourager les comportements positifs. Une stratégie de communication permet de concevoir les interventions et les campagnes de CCSC en assurant la définition des objectifs de communication, l'identification des publics visés et l'élaboration de messages cohérents pour l'ensemble du matériel et des activités.

Marketing social (MS). Le MS a pour objectif de développer et d'intégrer des concepts de marketing (produit, prix, lieu et promotion) à d'autres approches pour influencer les comportements présentant un avantage pour les individus aussi bien que pour les communautés, et ceci dans l'intérêt de la société. (http://socialmarketing.blogs.com/r_craigi_lefebvres_social/2013/10/a-consensus-definition-of-social-marketing.html [en anglais])

Réseaux et approches

Plaidoyer. Les processus de plaidoyer interviennent au niveau individuel, social et politique. Ils ont pour objectifs la mobilisation des ressources ainsi que l'engagement social et politique en vue de changements politiques ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement permettant d'encourager l'attribution de ressources équitables et de supprimer les obstacles à l'intégration de la politique.

Mobilisation communautaire. La mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel les individus, groupes ou organismes peuvent concevoir, réaliser et évaluer des activités sur une base participative et durable. Une mobilisation communautaire réussie permet de résoudre les problèmes au niveau communautaire en augmentant la capacité des communautés à identifier et à répondre avec succès à leurs besoins.

Éducation par le divertissement (ED). L'ED est une stratégie ou un processus de communication reposant sur des données scientifiques. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des programmes pédagogiques délibérément ludiques qui retiennent l'attention du public afin d'informer sur un problème social, de favoriser l'ouverture d'esprit, de modifier les normes sociales et de changer les comportements.

Technologies de l'information et de la communication (TIC). Les TIC font référence aux technologies électroniques et numériques qui favorisent la communication et l'échange interactif de l'information. Les TIC recouvrent différents types de médias, dont les téléphones portables et les smartphones, les SMS et les médias sociaux comme Facebook et Twitter.

Communication interpersonnelle (CIP). La CIP se base sur une communication à deux, comme par exemple la communication parent-enfant, pair à pair, conseiller-client ou la communication avec un responsable communautaire ou religieux.

Médias de masse et traditionnels. Les médias touchent les publics via la radio, la télévision et la presse écrite. Les médias traditionnels sont en général intégrés dans la communauté et proposent des spectacles de théâtre, de marionnettes, de musique et de danse. Une campagne dans les médias conçue et menée de manière efficace peut avoir un effet significatif sur les comportements, les attitudes, les croyances et les connaissances en matière de santé.

Cadre conceptuel

Cette stratégie s'appuie sur les stades des théories de changement de comportement comme cadre d'orientation. Les stades des théories du changement suggèrent que les publics traversent différents stades au fil de l'adoption d'un nouveau comportement comme, par ex., l'utilisation du préservatif féminin. Les publics visés en matière de création de la demande de préservatifs féminins étant relativement homogènes, en termes de connaissance ou de méconnaissance du produit, cette théorie a été sélectionnée car elle offre un cadre conceptuel sur lequel s'appuie une réflexion stratégique de plus long terme (contrairement à la planification d'une campagne sur le court terme, par exemple). Un cadre d'orientation du changement de comportement à stades multiples est également adapté à ce produit car il faut motiver les nouvelles utilisatrices à acquérir les compétences permettant d'essayer et d'utiliser correctement les préservatifs féminins. Les cinq stades sont répertoriés ci-dessous, accompagnés des obstacles courants à l'utilisation qu'une nouvelle utilisatrice de préservatifs féminins est susceptible de rencontrer à chaque stade :

- **Observation préalable** : l'utilisatrice peut ne pas percevoir le risque qu'elle court, ne pas avoir entendu parler des préservatifs féminins ou ne pas s'y intéresser. Elle aura besoin d'informations pour mieux connaître les préservatifs féminins et les avantages qu'elle peut tirer de leur utilisation.
- **Observation** : l'utilisatrice peut croire à certains mythes sur les préservatifs féminins et se focaliser sur les obstacles à l'utilisation. Le fait de lui offrir un accès, une formation aux compétences requises et le soutien des personnes influentes ou de modèles exemplaires peut également l'encourager à essayer le produit.
- **Préparation/Essai** : dans le parcours de l'utilisatrice, les trois premières tentatives d'essai du préservatif féminin représentent une étape cruciale ; le découragement ou les mauvaises expériences peuvent la dissuader ou la détourner de cette méthode de contraception. Il est essentiel de l'encourager (par ex., en lui offrant une formation aux compétences requises) grâce à des expériences positives, qui lui donneront confiance et lui permettront d'être sûre qu'elle

pourra, à l'avenir, bénéficier d'un accès fiable aux préservatifs féminins.

- **Action** : à ce stade, l'utilisatrice veut utiliser les préservatifs féminins. Cependant, les possibilités d'accès au préservatif et son coût peuvent constituer des obstacles à une utilisation régulière. Pour qu'elle l'utilise systématiquement, elle devra avoir accès à un ou des points de diffusion de préservatifs féminins, ainsi qu'à une source de soutien en cas de problème.
- **Entretien** : le préservatif féminin fait désormais partie de la vie de l'utilisatrice. Cependant, des problèmes, tels que l'accès à ce préservatif et son coût, sont encore susceptibles de la pousser à cesser d'utiliser cette méthode.

Tout comme le passage des utilisatrices visées par les divers stades de changement, les interventions doivent activement éviter les abandons, qui peuvent se produire à n'importe quel stade du parcours de la nouvelle utilisatrice ; par exemple, une femme qui veut utiliser le préservatif féminin comme principale méthode de contraception (stade Action) peut ne plus faire entièrement confiance au programme si sa clinique locale n'a plus le produit en stock (ce qui est alors synonyme d'un retour au stade d'observation préalable). Les programmeurs doivent également éviter de faire passer les publics visés trop rapidement d'un stade à l'autre ou même de leur faire sauter certains stades. Par exemple, les travailleuses sexuelles qui n'ont jamais été sensibilisées aux avantages du préservatif féminin ou formées à son utilisation sont peu susceptibles d'être tentées par les promotions ou messages des points de vente axés sur la disponibilité du produit.

Par ailleurs, une travailleuse sexuelle qui, en se basant sur ce type de publicité, peut opter pour le préservatif féminin sans connaissance ou information préalable (autrement dit, qui peut passer du stade d'Observation préalable à celui d'Action), sans passer par les stades Observation et Préparation, risque de vivre une expérience négative car elle ne sait pas (1) comment utiliser correctement le produit ou (2) comment expliquer efficacement le préservatif féminin à son client (qui peut, lui aussi, n'avoir aucune connaissance ou expérience en la matière).

Stratégie de communication adaptable : structure et conseils



Cette stratégie présente un processus en six étapes visant à orienter l'adaptation nationale en fonction de l'analyse de la situation locale et de la recherche formative :



L'explication de chaque étape est donnée ci-après. La section qui suit fournit un exemple illustrant chacune des étapes.

Qui doit participer à l'élaboration d'une stratégie ?

L'élaboration d'une stratégie de communication implique généralement de convoquer les différentes parties prenantes, dans l'idéal des représentants du gouvernement, des experts médicaux, des spécialistes du marketing ou de la communication et des membres des publics visés, pour étudier les données existantes, évaluer les principaux publics et mettre au point les messages et les canaux de communication adéquats. Des représentants du secteur privé peuvent également faire partie des acteurs dans l'optique de constituer des partenariats public-privé, pouvant éventuellement renforcer un programme de création de la demande en fonction des besoins et des opportunités spécifiques à un pays.

Étape 1 : Analyser la situation

Qu'est-ce qu'une analyse de situation ?

L'objectif d'une analyse de situation est de mieux comprendre les difficultés et les obstacles d'un contexte spécifique vis-à-vis de la demande et de l'utilisation actuelles d'un produit SINMR prioritaire. Elle comprend notamment les personnes affectées et leurs besoins perçus, les normes socio-culturelles, les contraintes et les facteurs favorables potentiels du changement individuel et collectif,

ainsi que l'accès et l'utilisation des médias par les publics visés. Elle évalue également le statut du produit d'urgence, notamment les politiques, les réglementations, la fabrication, les prix, les chaînes d'approvisionnement, la disponibilité, le niveau de connaissance (prestataire et utilisateur final) et le niveau d'utilisation (prestataire et utilisateur final). En résumé, l'analyse de situation répond à la question : « Où en sommes-nous ? »

L'analyse de situation doit également étudier les attitudes, valeurs, intérêts, aspirations et styles de vie des publics visés. Ces informations, dites psychographiques, favorisent une meilleure compréhension des motivations et freins aux décisions et actions des publics visés. Les données psychographiques définissent les publics visés de manière plus précise que les informations démographiques (sexe, âge, éducation, parité, etc.) et permettent de dresser un portrait plus complet de ceux-ci en tant qu'individus, de la manière dont ils s'inscrivent dans leur communauté et dont celle-ci les influence.

Pour quelles raisons mener une analyse de situation ?

Une analyse complète de la situation est essentielle, dans la mesure où elle fournit une représentation détaillée de l'état actuel du produit, des besoins et des obstacles qui permettront de prendre des décisions en matière de conception et de mise en œuvre de la stratégie, ce qui a, au final, un impact sur le niveau de réussite en matière de création de la demande et d'utilisation.

Comment mener une analyse de situation

Comme cela a été dit précédemment, la réalisation d'une analyse de situation implique généralement de convoquer les différents acteurs afin d'évaluer les données existantes et d'identifier les informations les plus importantes. Une synthèse globale des données probantes portant sur chacun des 13 produits sous-utilisés peut fournir une vision globale des informations disponibles et des leçons qui ont été tirées dans les autres pays (disponible en anglais à l'adresse <http://sbccimplementationkits.org/demandmch/evidence-synthesis>). Pour des données secondaires spécifiques à un pays, on pourra consulter des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) (<http://www.measuredhs.com/>), des enquêtes à indicateurs multiples (MICS) (http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html), les recherches quantitatives et qualitatives menées par les ONG ou des études de marché du secteur privé, le cas échéant, comme Nielsen (<http://www.nielsen.com/us/en.html>). Les directives et politiques SINMR peuvent également aider à analyser la situation.

Si les données existantes, notamment psychographiques et sur les moteurs sociaux et comportementaux, sur les publics visés sont insuffisantes, obsolètes ou pas assez approfondies, il pourrait être nécessaire de mener une recherche formative primaire supplémentaire sous la forme de groupes de discussion, d'entretiens ou de visites informelles dans les communautés et les foyers. Concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et autres moteurs comportementaux. De même, pour tous les publics (prestataires et utilisateurs finaux), il peut être particulièrement important de mener une recherche formative pour obtenir des données psychographiques réalistes.

Quelles sont les questions essentielles ?

L'analyse de situation comporte deux sections principales :

- État de la santé et des produits
- Analyse du public et de la communication

État de la santé et des produits

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse de l'état de la santé et du produit, qui s'applique aux préservatifs féminins :

VIH

- Quelles sont la prévalence et l'incidence du VIH ? Quels sont les écarts entre données et quels sont les plans visant à réunir ces informations ?

- Quels segments de la population féminine sont les plus touchés par le VIH ?
- Quelles tendances peuvent être observées dans la prévalence et l'incidence du VIH parmi les femmes en âge de procréer (FAP) au cours des 10 dernières années ? Dans quels segments de la population féminine l'incidence et la prévalence du VIH ont-elles augmenté, décliné ou stagné ?

Santé reproductive

- Quels sont les taux de mortalité maternelle/néonatale/infantile dans le pays ? Quels sont les écarts entre données et quels sont les plans visant à réunir ces informations ?
- Quel est le taux de prévalence de la contraception, ventilé par groupe d'âge, situation géographique, etc. ?
- D'après les estimations, quels sont les besoins en contraception non satisfaits ?
- Quels sont les modèles d'utilisation de la contraception sur les 5 à 10 dernières années ? Dans quelle mesure l'utilisation de la contraception a-t-elle augmenté, diminué ou stagné ?

Produit

- Quelle est la proportion de femmes, ventilées par âge et situation géographique (et autres caractéristiques pertinentes), qui utilisent actuellement les préservatifs féminins ?
- Les préservatifs féminins sont-ils homologués dans le pays ? Sous quelles marques ? S'ils ne sont pas homologués dans le pays, quel est le processus à suivre pour leur homologation, par ex. délai, exigences ?
- De quelles réglementations ou politiques dépendent l'approvisionnement, la distribution et la disponibilité de ce produit ? De quelle façon peuvent-elles affecter la demande ?
- Quel est le prix des préservatifs féminins dans le secteur privé et le secteur public ?
- Quelle est la disponibilité des préservatifs féminins par région/sous-région ?

Analyse du public et de la communication

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse du public et de la communication :

Connaissances et attitudes

- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes, d'hommes et d'autres publics qui connaissent les préservatifs féminins ?
- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes, d'hommes et d'autres publics qui ont une connaissance précise des préservatifs féminins ?

- Quels sont les avantages de l'utilisation des préservatifs féminins tels qu'ils sont perçus par les prestataires, les femmes et leurs partenaires ?
- Quels sont les obstacles perçus à l'accès et à l'utilisation des préservatifs féminins pour les prestataires, les femmes et leurs partenaires ?
- Existe-t-il des idées fausses ou des informations erronées courantes sur les préservatifs féminins ?

Considérations normatives et structurelles

- Quelles sont les normes de genre dans le pays chez les couples, mariés ou non, et comment influencent-elles l'utilisation des préservatifs féminins ?
- Dans quelles circonstances est-il acceptable d'utiliser des préservatifs féminins ? Dans quelles circonstances n'est-ce pas acceptable ?
- Comment le niveau de revenu affecte-t-il l'utilisation des préservatifs féminins ? Les femmes et les couples les plus pauvres ont-ils accès à l'information et au produit ?
- Qui sont les parties prenantes, les acteurs clés et les « protecteurs » qui ont une incidence sur la demande et l'utilisation des préservatifs féminins ?
- Comment ces parties prenantes, acteurs clés et « protecteurs » influencent-ils la demande et l'utilisation des préservatifs féminins ?

Prestation de service

- Les prestataires possèdent-ils les compétences nécessaires pour prodiguer des conseils sur les préservatifs féminins ?
- Les services de HIV et de planification familiale sont-ils intégrés à d'autres services ?

Médias et communication

- Les couples discutent-ils de l'utilisation des préservatifs féminins ou de produits similaires ?
- Par quels canaux (médias et communication interpersonnelle) les prestataires, les femmes et leurs partenaires préfèrent-ils recevoir des informations médicales ?
- Quels canaux peuvent transmettre le niveau de communication permettant d'accroître les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive

et la demande de préservatifs féminins ?

- Quels sont les matériels et programmes de communication actuels sur les préservatifs féminins ?
- Quelle est la capacité technique et organisationnelle des médias partenaires ?

Données psychographiques

- À quoi les prestataires, les femmes et leurs partenaires accordent-ils de l'importance ? Quelles sont leurs croyances fondamentales ?
- Quels sont les personnes et les éléments qui influencent les décisions et les comportements des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ?
- Quels sont les rêves des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Quelles sont leurs aspirations dans la vie ?
- Quelles sont les plus grandes craintes des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Quelles sont les peurs qui les empêchent de dormir la nuit ?
- Quelles sont les occupations quotidiennes des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Où se déplacent-ils ? Que font-ils ? Quels sont leurs loisirs et leurs habitudes ?
- Comment les prestataires, les femmes et leurs partenaires se perçoivent-ils ? Comment souhaitent-ils être perçus ?

Comment utiliser l'analyse de situation

Au terme de l'analyse de situation, les gestionnaires de programme doivent être en mesure d'utiliser les données pour identifier les principales implications et les obstacles. Pour quelles raisons les préservatifs féminins ne sont-ils pas utilisés ? Que pensent les utilisateurs potentiels (utilisateur final, prestataires de soins et éducateurs sanitaires) de ce produit ? Enfin, il convient de choisir quelques facteurs essentiels sur lesquels portera la stratégie de création de la demande. S'il est tentant de traiter tous les facteurs, les programmes de communication seront plus efficaces s'ils se concentrent sur les quelques facteurs ayant la plus grande influence compte tenu des ressources disponibles.

Il peut être utile d'organiser les informations recueillies, afin de dégager les informations les plus importantes, sous forme de tableau simple classé par public visé, comme ci-dessous.

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Utilisateur final/membres de la communauté (par ex., femmes, hommes, soignants)			
Prestataires (y compris publics et privés, cliniques et communautaires)			

Afin de maintenir un cap pratique tout au long de l'élaboration de la stratégie, il peut également être utile de synthétiser les implications de ces informations. Le service Global Social Marketing de Population Services

International propose les questions suivantes pour orienter l'élaboration d'une analyse de situation et le choix de priorités stratégiques à traiter par la stratégie de création de la demande :

Quoi ?	Dans quel but ?	Et ensuite ?
Recueil de données : principaux faits recueillis au cours de l'analyse de situation.	Analyse de données : possibles implications de ces faits sur les stratégies de création de la demande.	Priorités stratégiques : identifier les implications à retenir dans la stratégie de création de la demande. Se limiter à trois ou cinq priorités stratégiques afin d'orienter le plan.
Exemple du Zimbabwe :		
Le coût abordable et la facilité d'utilisation perçus peuvent encourager les couples à essayer le préservatif féminin, sans pour autant aboutir à une utilisation régulière. Les données de PSI montrent que les motifs d'utilisation varient en fonction de la relation, maritale ou non. Les femmes et les hommes mariés sont plus susceptibles d'utiliser les préservatifs féminins de manière régulière afin d'éviter une grossesse, alors que l'utilisation régulière chez les partenaires non mariés est motivée par le fait que ces couples croient fermement à l'efficacité du préservatif féminin comme double protection, contre les IST/le VIH et les grossesses non souhaitées.	La place accordée au préservatif féminin peut être différente chez (a) les publics mariés ou en cohabitation et (b) les femmes et les hommes qui ne sont pas mariés ou engagés dans des relations de cohabitation. Étant donné que près des deux tiers des utilisateurs visés sont mariés ou en cohabitation, préconiser l'utilisation du préservatif féminin dans les relations durables comme méthode principale de planification familiale peut s'avérer particulièrement efficace pour créer la demande au sein de la population générale.	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un ensemble unique d'avantages contraceptifs et émotionnels tirés de l'utilisation du préservatif féminin, reflétant les priorités des femmes engagées dans des relations durables. • Informer les femmes mariées et vivant maritalement sur les préservatifs féminins, grâce à des messages clés s'articulant autour des avantages mentionnés plus haut et à des formations sur les compétences essentielles (par ex., compétences en utilisation et en négociation). • Créer une prise de conscience et une ouverture aux préservatifs féminins chez les hommes mariés et vivant maritalement. • Identifier les opportunités de marketing inhabituelles et/ou de niche permettant de promouvoir, auprès des femmes et des hommes célibataires, la double protection assurée par les préservatifs féminins.

Source : Meekers & Richter, 2005.

Étape 2 : Définir une vision

La vision détermine une stratégie de communication en établissant les objectifs du programme. L'énoncé d'une vision présente l'orientation d'une stratégie et définit de façon claire et succincte l'incidence des activités de création de la demande sur le contexte général du produit et de la santé. La vision doit dépeindre la représentation mentale d'un scénario envisagé pour l'avenir.

Elle doit être acceptée par les parties prenantes impliquées dans le processus de conception stratégique et donc, « partagée » par tous. Celle-ci prend la forme d'un énoncé rapide qui articule les aspects importants, illustre les volontés futures concernant le produit après la mise en œuvre réussie

de la stratégie de création de la demande et clarifie l'objectif de la stratégie de création de la demande. La vision partagée garantit que toutes les parties prenantes travaillent dans la même direction et oriente la conception stratégique et le processus de développement.

En outre, une véritable vision doit être réaliste, concrète et réalisable en fonction des ressources disponibles. La vision doit également communiquer l'enthousiasme, susciter l'inspiration et encourager l'implication et l'engagement des parties prenantes dans cet objectif partagé.

Certaines organisations parlent d'« objectif » ou d'« objectif principal ».

Voici un exemple d'énoncé de vision pour les préservatifs féminins :

Les femmes qui ont besoin de se protéger du VIH/ SIDA et des grossesses non souhaitées optent pour le préservatif féminin comme méthode de contraception car :

- Les femmes peuvent insérer le préservatif féminin dans leur corps et négocier son utilisation avec leur partenaire masculin.
- Avec un entraînement approprié, les préservatifs féminins sont faciles et agréables à utiliser.
- Les préservatifs féminins offrent aux partenaires des couples hétérosexuels une alternative de protection double.
- Le préservatif féminin assure une double protection, sans effet secondaire.
- Le préservatif féminin est une méthode dépendante du coït, qui n'est utilisée qu'en cas de besoin.

Étape 3 : Choisir le public visé

Segmentation du public

La segmentation est le processus d'identification de groupes uniques de personnes, au sein de plus vastes populations, qui partagent des intérêts et besoins similaires concernant le produit. Si le groupe partage des attributs communs, les membres auront davantage tendance à répondre de la même manière à une stratégie donnée de création de la demande. La segmentation permet un usage ciblé des ressources limitées aux populations qui seraient le plus affectées par une augmentation de la demande. Elle garantit que les activités élaborées et mises en place sont les plus efficaces et les mieux adaptées à des publics spécifiques, se concentrant sur des messages et des supports personnalisés.

À partir des principaux résultats de l'analyse de situation, la première étape de segmentation consiste à répondre à la question, « Quels comportements doivent changer pour accroître la demande et l'usage adapté de ce produit ? »

La segmentation initiale repose souvent sur des données démographiques, comme l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'emploi et la résidence (urbaine/ rurale). Les publics peuvent être resegmentés par données psychographiques : personnalité, valeurs, attitudes, intérêts et style de vie.

Les publics principaux sont les cibles à viser dans les messages. Il peut s'agir des personnes directement concernées et qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Ou bien des personnes susceptibles de prendre des décisions au nom de celles qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Les publics principaux peuvent ensuite être resegmentés en sous-catégories. Par exemple, en identifiant les segments spécifiques de femmes en âge de procréer qui partagent certains attributs, tels que les jeunes femmes non mariées, les femmes mariées ou les femmes à parité élevée.

Les publics d'influence sont ceux capables d'influencer ou orienter, de manière directe ou indirecte, les connaissances et les comportements des publics principaux. Les publics d'influence peuvent inclure les membres de la famille et de la communauté, tels que les leaders communautaires, ainsi que les personnes qui définissent les normes sociales, influencent les politiques ou l'opinion de la population sur le produit. La hiérarchisation des publics d'influence par leur capacité d'influence estimée liée à la croissance de la demande et de la prise du produit est fondamentale. Par exemple, les partenaires masculins représentent un public d'influence potentiel, mais leur niveau d'influence (faible, modéré, élevé) peut dépendre du contexte local et/ou du produit, et doit être abordé avec les parties prenantes. La création d'un tableau du type de celui ci-dessous peut être utile pour hiérarchiser les publics d'influence.

	Public principal influencé	Puissance estimée de l'impact (faible, modérée, forte)	Attitudes envers l'utilisation des préservatifs féminins ou des produits similaires
Public d'influence 1			
Public d'influence 2			

Les publics principaux ou d'influence pour la création de la demande peuvent également inclure des décideurs nationaux, régionaux ou communautaires, tels que des législateurs et leaders religieux, car ils jouent un rôle déterminant dans la levée ou la création de barrières à l'accès au produit ou dans la propagation de croyances erronées sur le produit.

L'implication des décideurs et des personnalités influentes dans le domaine politique et des médias ainsi qu'une attention particulière accordée aux environnements juridique et politique sont essentielles pour garantir que les efforts de création de la demande ne soient pas freinés par des barrières politiques et sociales. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns: An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : kit d'outils de plaidoyer - [en anglais])* (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>) fournit des ressources pour favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Ainsi, les publics plaidoyers ne font pas partie de cette stratégie de communication.

Création des profils de public

Les profils de public sont la pierre angulaire d'une stratégie de communication. En premier lieu, ils permettent d'individualiser et de personnaliser chaque segment, pour ensuite orienter les messages et la planification des activités. Le profil doit incarner les caractéristiques du public spécifique, plus particulièrement l'histoire d'un individu imaginé au sein d'un groupe susceptible de représenter le public visé de manière neutre. La prise de décisions à partir d'un exemple représentatif et personnalisé d'un segment plutôt que d'un ensemble de statistiques ou d'une masse anonyme permet une connaissance plus intime de celui-ci et des stratégies de communication mieux définies et orientées. Par conséquent, le profil est important pour garantir l'adaptation du message aux membres du groupe sélectionné, afin d'avoir un écho et de les inciter à agir.

Les profils de public sont élaborés pour chaque segment à partir des informations recueillies au cours de l'analyse de situation. Le profil est constitué d'un paragraphe comprenant les données psychographiques détaillées telles que les actuels comportements, motivations, émotions, valeurs et attitudes, les sources d'information privilégiées et l'accès aux canaux de communication, ainsi que des informations sociodémographiques telles que l'âge, le niveau de revenu, la religion, le sexe et le lieu

de résidence. Le profil doit illustrer les principaux obstacles au comportement souhaité liés au segment concerné. Il peut inclure le nom de cet individu, ou une photo permettant de le visualiser, et raconter son histoire. Il est important de ne pas oublier que :

1. Les profils de public sont tous différents car il n'est pas toujours possible de disposer des mêmes données pour chaque segment de public.
2. Les meilleurs profils reposent sur une recherche qualitative.
3. Le profil doit être un « document vivant », régulièrement actualisé lorsque de nouvelles informations sont disponibles.

Si les informations réunies lors de l'analyse de situation sont insuffisantes pour un segment, des recherches complémentaires peuvent être menées pour combler les lacunes identifiées. Par exemple, concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et les autres moteurs comportementaux susceptibles d'être utilisés pour mieux renseigner le profil du public et la conception stratégique.

Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)

La stratégie de conception des messages est l'un des éléments les plus importants d'une stratégie de communication. Elle oriente le reste du programme, assure la synergie, la cohérence et la coordination des objectifs partagés et garantit la clarté et l'harmonisation des messages entre tous les partenaires et parties prenantes. Une stratégie de conception du message pour chaque public principal et d'influence inclut : (a) des objectifs de communication, (b) un positionnement et (c) des messages clés. Comme cela a été dit précédemment, les profils de public permettent de déterminer si les objectifs, le positionnement et les messages clés sont adaptés ou non à ces individus.

(a) Objectifs

Les objectifs de communication sont des déclarations mesurables claires et concises de ce que le public visé doit savoir (penser), croire (ressentir) et faire (agir), ainsi que les délais requis pour le changement. Les objectifs « SMART » sont Spécifiques, Mesurables, réAlisables, peRtinents et Temporellement limités. Les objectifs de

communication doivent découler de preuves disponibles sur les facteurs qui entraînent ou freinent l'adoption par les utilisateurs cibles et les publics d'influence.

(b) Positionnement

Le positionnement est au cœur de la stratégie de création de la demande et identifie les avantages les plus convaincants et spécifiques que le produit offre au public visé. Il constitue souvent l'accroche émotionnelle sur laquelle repose la stratégie de création de la demande. Un positionnement efficace va au-delà des avantages fonctionnels du produit et interpelle le public visé sur les avantages émotionnels.

Il présente le comportement souhaité de façon à la fois persuasive et séduisante pour le public visé. Il donne une direction pour développer une identité marquante, définit l'élaboration des messages et permet de déterminer les canaux de communication à utiliser. Le positionnement garantit un message cohérent et l'effet cumulatif renforce toutes les activités planifiées.

Partie intégrante du positionnement, une **promesse clé** soulignant les principaux avantages associés au changement proposé est identifiée. Les changements de comportement, de politique et de normes sociales sont obligatoirement liés à la perception d'un avantage. L'avantage doit l'emporter sur le coût personnel du changement.

Un **support de promesse** associé, ou « reason to believe » en langage marketing, décrit les raisons pour lesquelles le public doit croire en la promesse. Il peut reposer sur des données, des témoignages de pairs, la déclaration d'une source fiable ou une démonstration. La promesse clé et le support de promesse doivent respecter un équilibre entre émotion et raison.

(c) Messages clés

Les messages clés résument les informations essentielles transmises aux publics dans l'ensemble des documents et des activités. Les messages dépassent les canaux et doivent se renforcer réciproquement à travers ceux-ci. Lorsque toutes les approches communiquent des messages clés itératifs et harmonisés, leur efficacité augmente. Des messages bien conçus s'adressent spécifiquement au public d'intérêt et reflètent clairement un déterminant et un positionnement comportementaux spécifiques. En outre, ils décrivent clairement le comportement souhaité, qui doit

être « reproductible » pour le public. Les messages clés ne sont ni les textes des documents imprimés (accroches) ni les mots généralement utilisés pour définir une campagne (slogans). Des professionnels de la communication sont souvent embauchés pour traduire les messages clés en briefing de création, document destiné aux agences de communication créative ou aux équipes internes qui oriente le matériel de communication ou les prestations médiatiques, notamment les accroches et les slogans.

Les messages clés doivent toujours être :

- Développés à partir d'une recherche formative locale.
- Issus de choix propres au contexte et stratégiques en matière de segmentation, de cible et de positionnement.
- Orientés vers les moteurs et barrières connus au changement de comportement dans le contexte local.
- Prétestés auprès du public visé et affinés en fonction de l'implication du public visé.

Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Les activités et interventions permettent la communication des messages clés via plusieurs approches et canaux de communication. Il est préférable que le choix des messages et des médias (canaux médiatiques) soit un travail collaboratif afin que les informations soient correctement transmises aux publics visés. Les activités doivent être soigneusement sélectionnées en fonction du type de message, de la capacité à toucher le public visé par une grande diversité de médias/canaux, mais également de délais du projet, de coûts associés et de ressources disponibles.

Il est utile de se reporter aux résultats de l'analyse de la situation afin d'orienter le choix des activités et interventions. *A Theory-based Framework for Media Selection in demand generation programs (Cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes de création de la demande)* (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/media-selection> [en anglais]) est un outil d'aide au choix des médias reposant sur la théorie de la communication. Le tableau 1 présente une synthèse des types d'approches stratégiques possibles. Tout programme de création de la demande doit intégrer des activités dans un ensemble de zones d'intervention et de canaux de communication, communiquant des messages se renforçant mutuellement.

Tableau 1 : Aperçu des approches stratégiques qui peuvent être utilisées pour la création de la demande

Plaidoyer : le plaidoyer intervient au niveau individuel, social et politique. Il a pour objectif de mobiliser les ressources ainsi que l'engagement social et politique afin de réaliser des changements politiques et/ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement propice à tous les niveaux, notamment communautaire – par ex., approbation par le gouvernement traditionnel ou les autorités religieuses locales – pour demander plus de moyens, encourager la répartition équitable des ressources ainsi que l'élimination des obstacles à la mise en œuvre des politiques. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns: An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : un kit d'outils de plaidoyer - en anglais)* fournit des ressources pour utiliser la plateforme de la Commission destinée à favoriser la sensibilisation et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Voir <http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>.

Médias à base communautaire : les médias communautaires atteignent les communautés par le biais de points de diffusion établis localement. Ces points de diffusion comprennent des stations de radio locales et des bulletins/journaux communautaires, ainsi que des activités, telles que des rassemblements, des réunions publiques, des représentations folkloriques et des événements sportifs.

Mobilisation communautaire : la mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel des individus, groupes ou organisations au niveau communautaire peuvent planifier, mener à bien et évaluer des activités sur une base participative et durable afin d'améliorer leurs vies, de leur propre initiative ou stimulés par d'autres. Un effort de mobilisation communautaire réussie permet non seulement de résoudre les problèmes mais également d'accroître la capacité de la communauté à identifier et à répondre avec succès à ses propres besoins. Pour obtenir des conseils sur la mobilisation communautaire, consultez *How to Mobilize Communities for Health and Social Change (Comment mobiliser les communautés au changement social et en matière de santé, Howard-Grabman & Snetro, 2003)*, disponible sur http://www.jhuccp.org/resource_center/publications/field_guides_tools/how-mobilize-communities-health-and-social-change-20.

Conseil : le conseil est basé sur la communication à deux et se fait souvent avec un communicateur de confiance et influent tel qu'un conseiller, un enseignant ou un prestataire de soins de santé. Les outils de conseil ou de travail sont aussi généralement produits pour aider les clients et les conseillers à améliorer leurs interactions, grâce à des prestataires de services formés à l'utilisation de ces outils.

Enseignement à distance : l'enseignement à distance fournit une plate-forme pédagogique qui ne nécessite pas la présence à un endroit précis. Les étudiants accèdent au contenu du cours via la radio ou via Internet et interagissent avec leurs enseignants et leurs camarades de classe par le biais de lettres, appels téléphoniques, textes SMS, forums de discussions ou sites Internet. Les cours d'enseignement à distance peuvent se concentrer sur la formation de spécialistes de la communication, mobilisateurs communautaires, éducateurs sanitaires et prestataires de services. Des informations supplémentaires sont disponibles sur « Global Health eLearning Center » (centre d'enseignement de la santé électronique mondial) et « PEPFAR eLearning Initiative » (initiative PEPFAR d'enseignement électronique).

Technologies de l'information et de la communication (TIC) : les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont des plates-formes à évolution rapide qui font référence aux technologies électroniques et numériques, notamment l'informatique et les technologies de télécommunications, qui favorisent la communication et l'échange interactif d'informations. Les TIC recouvrent également les téléphones portables et les smartphones, l'utilisation des SMS et des médias sociaux comme Facebook, Twitter, LinkedIn, les blogs, les forums en ligne et les salles de conversation. Cette approche comprend aussi les sites Internet, les courriels, les serveurs listservs, l'eLearning, les eToolkits et les forums de discussion. Les médias numériques peuvent diffuser à grande échelle, des messages adaptés au public visé tout en recevant la réaction du public ciblé et en encourageant des conversations en temps réel, combinant la communication de masse et les échanges interpersonnels. *A Theory-based Framework for Media Selection in Demand Generation Programs (Cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes de création de la demande, <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/media-selection>) et Utilizing ICT in Demand Generation for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: Three Case Studies and Recommendations for Future Programming (Trois études de cas et recommandations pour les programmes à venir) (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ict-case-studies>)* sont des ressources utiles pour les gestionnaires de programme qui cherchent à utiliser les TIC dans les activités de création de la demande.

Communication interpersonnelle (CIP)/Communication avec les pairs : la communication interpersonnelle et la communication avec les pairs sont fondées sur une communication à deux. Cela peut être la communication pair à pair ou la communication avec un agent de santé communautaire (ASC), un leader communautaire ou un leader religieux.

Médias : les médias touchent de larges publics de façon rentable grâce à la radio, la télévision et la presse écrite. Selon un examen des campagnes dans les médias, les campagnes qui respectent les principes de conception efficace et qui sont bien réalisées peuvent avoir un effet faible à modéré non seulement sur les connaissances en santé, les croyances et les attitudes, mais aussi sur le comportement (Noar, 2006). Compte tenu de la possibilité de toucher des milliers de personnes, un effet faible à modéré aura plus d'impact sur la santé du public qu'une approche de longue portée qui ne toucherait qu'un petit nombre.

Mobilisation sociale : la mobilisation sociale rassemble les secteurs concernés, tels que les organisations, les décideurs, les réseaux et les communautés, pour sensibiliser et responsabiliser les individus et les groupes pour qu'ils agissent et œuvrent à créer un environnement favorable et des comportements positifs et/ou de changement social.

Supports de communication/de moyenne portée : les supports de communication de portée moyenne touchent moins de personnes que les médias de masse et comprennent des affiches, des brochures et des panneaux publicitaires.

Il est également important de prendre en compte les liens avec des programmes et systèmes nouveaux ou existants, aussi bien liés directement à la demande que plus indirectement, mais avec un impact sur la demande ou la capacité d'être utilisé pour améliorer l'efficacité. Voici des exemples de domaines potentiels d'association lors de la conception d'un programme de création de la demande pour les préservatifs féminins :

- Autres programmes de santé reproductive et/ou de planification familiale qui ne concernent pas les préservatifs féminins dans le cadre des méthodes de contraception.
- Initiatives d'amélioration de la qualité des soins dispensés par les prestataires de services et en milieu hospitalier.
- Formation initiale et formation continue existante ou initiatives de formation continue en interne pour les prestataires en milieu hospitalier et non hospitalier.
- Gestion de la chaîne d'approvisionnement et définition du marché.
- Approches du secteur privé [Pour un guide sur les PPP pour la création de la demande, consultez « *The Guide to Public-Private Partnerships in Increasing the Demand for RMNCH Commodities* » (*guide des partenariats public-privé axés sur l'augmentation de la demande de produits de SINMR*, (disponible à <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/public-private-partnerships>) ; pour la chaîne d'approvisionnement, voir « *Private Sector Engagement Toolkit* » (*Kit d'outils d'engagement du secteur privé*, disponible à http://www.everywomaneverychild.org/images/content/life-saving-commodities/Private_sector_engagement_A_%20toolkit_for_Supply_Chains_in_the_Modern_Context.pdf)].
- Programmes non associés au planning familial, tels que les programmes de vaccination, de soins prénataux/soins postnataux, etc. (pour la dispense de conseils ou la distribution de documents), aussi bien au niveau de la structure de santé que de la communauté.
- Franchises sociales du secteur privé, en particulier celles ciblant les femmes en âge de procréer ou les femmes courant un risque accru de contracter le VIH et des IST.
- Programmes intersectoriels (par ex., pour l'éducation, l'autonomie économique, les transports).

Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation (M&E - Monitoring and evaluation) constituent un enjeu stratégique de toute activité de programme, car ils fournissent des informations sur la progression du programme en termes d'atteinte des objectifs définis.

Si la planification de suivi et d'évaluation (M&E) doit être intégrée à la stratégie de communication, il ne s'agit pas d'élaborer un plan de suivi complet lors du développement de la stratégie, par ex., indicateurs, échantillons, outils, personnes chargées du suivi, fréquence de recueil de données. Au cours de celle-ci, il convient de se concentrer sur les indicateurs à intégrer dans le plan du programme. Les indicateurs M&E doivent être élaborés à partir d'une recherche formative et indiquer si les messages clés et les stratégies ont l'effet désiré sur le public visé.

Un plan complet M&E doit ensuite être bâti dans un document de programme distinct. L'élaboration d'un plan M&E doit spécifier les indicateurs à surveiller, les modalités et la périodicité du recueil des données, et le traitement appliqué aux données suite à leur analyse. De nombreuses sources de données peuvent servir à recueillir des données M&E. Il est important d'évaluer le champ d'action et le contexte du programme afin d'appliquer la méthodologie la mieux adaptée, car les coûts, les moyens humains et les exigences technologiques de ces activités peuvent varier. Si certaines options M&E à coût réduit permettent d'identifier des tendances en matière de demande de services, elles ne permettent peut-être pas d'obtenir des résultats approfondis sur les conséquences des activités et la fonction du programme. Pour mesurer les causes et conséquences, il convient de mener des activités de recueil de données spécifiques au programme à des fins d'évaluation. Le tableau 2 de la page suivante comporte des exemples d'options à coût réduit et à coût élevé.

Si le recueil de données M&E tend à focaliser l'attention, le processus d'analyse et d'étude des données collectées ne doit pas être en reste. Les données M&E doivent permettre d'informer sur les modifications du programme et l'élaboration de nouveaux programmes. Pour garantir la diffusion régulière des indicateurs M&E, il est préférable d'élaborer ces processus d'étude au sein d'activités de gestion de programme.

Tableau 2 : Exemples d'options à coût réduit et à coût élevé de M&E pour la création de la demande

Option à coût réduit : l'option à coût réduit utilise des sources de données et des opportunités existantes pour acquérir des informations sur le programme et son rôle dans les changements en matière de demande ou d'adoption. Toutefois, elle permet uniquement d'identifier les tendances et n'offre pas la possibilité d'attribuer les changements à un programme ou une activité de programme en particulier.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût réduit :

- Statistiques sur les services (informations issues du milieu hospitalier et des prestataires, telles que les fiches d'orientation et les registres de présence).
- Statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience recueillie par les activités de médias).
- Enquêtes omnibus (ajout de questions liées à l'exposition et l'impact d'un programme).
- Données auto-déclarées par les prestataires (enquêtes de petite taille auprès des prestataires sur les services fournis).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis).
- Enquêtes démographiques et de santé (tendances de la prévalence de l'utilisation de contraceptifs et des méthodes de contraception mixtes — environ tous les cinq ans).

Option à coût élevé : une option à coût élevé utilise des enquêtes représentatives spécifiques au programme et d'autres méthodes de recueil des données pour acquérir des connaissances approfondies sur les effets du programme et son fonctionnement.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût élevé :

- Statistiques des services (informations issues des structures sanitaires et des prestataires, telles que les fiches d'orientation et les registres de présence), ainsi que les dossiers assurant le suivi de l'approvisionnement et de la distribution du produit.
- Statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience recueillie par les activités de médias).
- Données auto-déclarées par les prestataires (enquêtes auprès des prestataires sur les services fournis).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis, reportage photo, visites d'observation).
- Enquêtes de grande envergure sur le programme, représentatives sur le plan national (axées sur des problèmes liés aux connaissances, aux perceptions, à l'acceptation et à l'utilisation).
- Entretiens des clients à la sortie (ils évaluent la satisfaction des utilisateurs des services reçus, notamment leurs perceptions, leur expérience et leurs intentions).

Dans les domaines de la planification familiale et de la prévention du VIH, où la création de la demande en préservatifs féminins peut potentiellement avoir un impact sanitaire, les gouvernements et leurs partenaires de développement internationaux sont plus que jamais focalisés sur l'attribution stratégique des ressources financières, humaines et autres. Pour maintenir un intérêt et des fonds aux niveaux global et national, les programmes relatifs aux préservatifs féminins doivent faire objectivement état de résultats vérifiables comme, par ex., des changements comportementaux, à partir desquels des mesures d'impact sanitaire (par ex., chiffres des morts maternelles et cas d'IST/de VIH évités) peuvent être dérivées.

Les analyses coût-bénéfice sont susceptibles d'être au cœur des discussions sur les stratégies ciblant

les préservatifs féminins. Les coûts de l'ajout des préservatifs féminins aux systèmes de fourniture des préservatifs masculins ou des contraceptifs ciblant différents publics doivent tenir compte des décisions de marketing appliquées aux préservatifs féminins. Le suivi et l'évaluation (M&E) doivent également déterminer le coût de chaque acte sexuel protégé à l'aide des préservatifs féminins, afin de faire progresser le débat sur l'impact sanitaire potentiel des préservatifs féminins, ainsi que sur leur efficacité en termes de coût comparée à celles des autres options d'investissement.

Indicateurs

Les indicateurs M&E doivent inclure des indicateurs de processus, de portée, de résultats et d'impact. (Reportez-vous à la page suivante.)

Indicateurs de processus	Indicateurs de portée du programme	Indicateurs de portée sur les comportements	Indicateurs d'impact sanitaire
Évaluent la mesure dans laquelle les activités de création de la demande ont été implémentées telles que prévues.	Évaluent les modifications d'opportunité, de capacité et de motivation des publics à utiliser les préservatifs féminins et la mesure dans laquelle ces modifications coïncident avec l'exposition au programme.	Évaluent les changements de comportement des publics en matière d'utilisation du préservatif et la mesure dans laquelle ces modifications coïncident avec l'exposition au programme.	Mesurent les changements en matière de santé.
Exemple : nombre de sessions de CIP effectuées sur les méthodes de planification familiale, notamment sur les préservatifs féminins, organisées avec des femmes en âge de procréer.	Exemple : proportion de femmes en âge de procréer qui déclarent savoir où accéder aux préservatifs féminins.	Exemple : proportion de femmes en âge de procréer utilisatrices des préservatifs féminins.	Exemple : diminution du pourcentage de grossesses non souhaitées chez les femmes en âge de procréer.

Les points clés à considérer lors de l'élaboration d'indicateurs comprennent :

Ventilation des données par groupes : pour améliorer l'utilité des données M&E, les indicateurs doivent être ventilés par groupes afin de permettre une analyse plus approfondie des performances du programme. Il est conseillé de ventiler les indicateurs dans les cadres M&E du programme en faveur des préservatifs féminins en fonction des éléments suivants :

- *Type de préservatif.* Des études comportementales doivent collecter les données relatives à l'utilisation du préservatif féminin conjointement à celles d'utilisation du préservatif masculin. Il sera ainsi possible de déterminer l'efficacité des programmes en faveur des préservatifs féminins sur les niveaux globaux d'utilisation des préservatifs.
- *Genre.* La ventilation des données de M&E par genre permet d'illustrer l'impact des programmes en faveur des préservatifs féminins sur l'émancipation de la femme en montrant, par exemple, que l'écart entre l'utilisation des préservatifs rapportée par les hommes et celle rapportée par les femmes a diminué alors que l'adoption du préservatif féminin a augmenté.
- *Âge.* Pour faciliter les comparaisons internationales, les programmes doivent, au minimum, être en mesure de communiquer leurs données séparément pour les femmes des groupes d'âge 15–19, 20–24 et 25–49 ans. En fonction de la catégorie de public au niveau des pays, les programmes pourraient subdiviser le groupe d'âge 25–49 ans encore plus, afin de déterminer la mesure dans laquelle les interventions atteignent les femmes pour lesquelles ils ont été conçus.
- *Type de partenaire.* Pour faciliter les comparaisons internationales, les programmes doivent,

au minimum, être en mesure de ventiler les données relatives à l'utilisation du préservatif en fonction des types de partenaires suivants : conjoint marital, conjoint en cohabitation et autre(s) partenaire(s). Selon le contexte, les programmes pourront souhaiter ventiler davantage le type « autre partenaire » : par ex., autre partenaire régulier, partenaire occasionnel ou partenaire commercial. Il peut s'avérer tout aussi pertinent de ventiler les données relatives à l'utilisation du préservatif en fonction du statut marital de la personne interrogée afin de démontrer, par exemple, dans quelle mesure l'utilisation du préservatif chez les femmes mariées et en cohabitation, ou chez les femmes célibataires sexuellement actives, a augmenté.

Biais : voici des biais statistiques courants que doivent connaître les programmeurs lors de la conception, la mise en œuvre et l'interprétation du M&E pour les interventions en faveur du préservatif féminin :

- *Biais d'auto-sélection :* par exemple, une femme qui se sait capable d'insérer un préservatif féminin sur une maquette d'utérus est plus encline à présenter la méthode qu'une femme qui n'a jamais essayé.
- *Biais de désirabilité sociale :* suite à l'exposition à des initiatives de promotion sanitaire, les populations visées peuvent se sentir contraintes de donner les « bonnes réponses » aux questions, notamment en indiquant avoir utilisé un préservatif féminin au cours du dernier rapport sexuel alors que ce n'était pas le cas. Comme les interventions pour créer de la demande tendent à définir des normes sociales positives sur l'utilisation du préservatif féminin, le biais de désirabilité sociale constitue un véritable défi pour le M&E.

Exemple de stratégie de communication pour les préservatifs féminins



Étape 1 : Analyser la situation

Reportez-vous à la page 14 pour obtenir une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 1 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step1/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Contexte de santé et de produit

**La majorité des informations contenue dans cette section est une analyse au niveau mondial à des fins d'illustration. L'analyse de la situation de chaque pays doit se concentrer sur le contexte local.*

L'analyse de la situation doit offrir aux programmeurs et aux parties prenantes une vision claire et détaillée (a) de l'état actuel de l'utilisation du préservatif féminin dans le pays et (b) des facteurs les plus susceptibles d'influencer la demande en préservatifs féminins au sein de chaque public d'utilisatrices visées ou de personnes influentes visées. Ces données peuvent comporter des renseignements sur le besoin perçu pour le produit, la connaissance associée au produit, les compétences et les perceptions, ainsi que les normes sociales et culturelles susceptibles d'encourager ou de décourager les tentatives d'essai et l'adoption du produit.

État de la santé

Depuis les vingt-cinq dernières années, la nécessité d'améliorer la santé reproductive des femmes est au cœur des discours portant sur la santé et le développement globaux. Les réussites et les faiblesses des efforts en ce sens ont eu des conséquences sur l'avancée des OMD 3, 4, 5 et 6. Alors que les cadres postérieurs à 2015 pour la santé globale prennent forme, l'amélioration de l'état de la santé reproductive des femmes reste une priorité : les programmes de prévention des IST/du VIH et de planification familiale, à tous les niveaux, doivent toujours surmonter des obstacles profondément ancrés liés à l'inégalité de genre et l'accroissement du contrôle que les femmes peuvent avoir sur leur santé reproductive et sexuelle sera déterminant pour l'émancipation des femmes les plus vulnérables du monde et pour l'amélioration de leur qualité de vie.

Besoin en méthodes à l'initiative des femmes en matière de prévention du VIH

Biologiquement, les femmes sont plus vulnérables à l'infection par le VIH que les hommes et, dans la plupart des pays du monde, elles ont moins la possibilité que leurs homologues masculins de décider comment et avec qui elles ont des rapports sexuels. L'inégalité en matière de santé, la dépendance économique vis à vis des partenaires masculins, l'infériorité scolaire et les normes de prise de décision dans les relations participent toutes à l'accroissement de la vulnérabilité des femmes, et les femmes plus jeunes et les plus pauvres sont les plus touchées. Globalement, près de la moitié des 35,3 millions de personnes vivant avec le VIH sont des femmes. Cependant, dans les régions d'épidémie généralisée comme en Afrique subsaharienne, 57 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes (ONUSIDA, 2013).

Pour la plupart des femmes dans le monde, les rôles traditionnels liés au genre et les dynamiques de pouvoir homme-femme représentent des obstacles à la négociation de rapports sexuels protégés. Les rapports sexuels non protégés sont induits par des normes conflictuelles associées à la fidélité et à la confiance : les partenariats sexuels multiples sont fréquents, mais les rapports sexuels non protégés sont synonymes de confiance entre les partenaires. Dans les régions d'Afrique de l'est et du sud subissant des épidémies généralisées, on estime qu'entre 60 et 95 % des nouvelles infections par le VIH ont lieu au sein de la population hétérosexuelle générale — autrement dit, chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels, leurs partenaires réguliers et ceux vivant dans une relation de partenariat stable, de confiance mutuelle, mais divergente (Gouws & Cuchi, 2012). De nombreux programmes nationaux de lutte contre le VIH considèrent les femmes mariées et en cohabitation comme une population à haut risque prioritaire.

Des millions de femmes vivant en partenariat transactionnel — qui les rend dépendantes des hommes pour leur survie — ont moins la possibilité d'insister pour disposer d'une protection. Dans les épidémies de VIH les plus concentrées, les travailleuses sexuelles représentent une population clé affectée par le VIH, en dépit de deux décennies de programme ciblé. Dans de nombreuses régions d'épidémies généralisées, la prévalence du VIH est également plus importante chez les travailleuses sexuelles que chez la population féminine générale. Partout dans le monde, les études ont montré que même les travailleuses sexuelles qui utilisent régulièrement des préservatifs avec les nouveaux clients sont moins prédisposées à le faire avec leurs clients et partenaires habituels, y compris avec leurs partenaires non commerciaux (Deering et al., 2011 ; Ulibarri et al., 2012 ; Yam et al., 2013).

Besoins non satisfaits en accès aux contraceptifs et en choix de contraceptif

Alors que l'utilisation globale des contraceptifs a augmenté, on estime à 132 millions le nombre de FAP (âgées de 15 à 49 ans) dans le monde qui sont mariées ou engagées dans une relation, dont les besoins en contraception ne sont pas satisfaits ; 56 % de ces femmes utilisent des méthodes contraceptives modernes, alors que 7 % ont recours à des méthodes traditionnelles et 37 % ne font appel à aucune méthode. En Afrique subsaharienne, seuls 16 % des femmes qui veulent éviter une grossesse utilisent une méthode contraceptive moderne et le besoin non satisfait en contraception est plus élevé dans cette région (25 %), suivie par les Caraïbes (20 %) (ONU, 2011). Chaque année, l'absence d'accès aux contraceptifs entraîne environ 75 millions de grossesses non souhaitées dans les pays en développement, et plus de 18 millions de ces grossesses aboutissent à des avortements provoqués à risque. 86 % des avortements à risque ont lieu dans les pays en développement, où on estime qu'ils sont responsables de 13 % des morts maternelles (OMS, 2011). On sait également que la diversification des modes de contraception constitue une stratégie efficace de plus grande prévalence de la contraception. Lorsque les femmes et les couples ont accès à une vaste gamme de méthodes de planification familiale, ils sont plus susceptibles d'en trouver une qui leur convient et qu'ils peuvent utiliser de manière prolongée, de passer d'une méthode à une autre en fonction des circonstances et de satisfaire leurs besoins en matière de fertilité sur le long terme.

Situation du produit

Le préservatif féminin a été considéré par certains comme une innovation susceptible de changer la donne en matière de santé reproductive, de prévention du VIH et d'émancipation des femmes. Étant donné que les microbicides protecteurs pour les femmes ne seront pas disponibles avant des décennies, le préservatif féminin reste la seule méthode existante à l'initiative de la femme assurant une prévention des IST/du VIH ; c'est également la seule méthode contraceptive offrant une double protection, contre les grossesses et contre les IST/infections par le VIH, un point essentiel dans les régions très touchées par les épidémies de VIH et pour les femmes les plus à risque dans les régions à fortes concentrations épidémiques. Malgré tout, près de vingt ans après la commercialisation du premier préservatif féminin, celui-ci n'est pas bien intégré dans les programmes de planification familiale ou de prévention du VIH. Même s'il reste à déterminer si le programme en faveur du préservatif féminin possède le potentiel pour bousculer les normes sociétales et les dynamiques de pouvoir sexuel, le préservatif féminin peut sans aucun doute jouer un rôle unique dans le plan global visant à éradiquer les nouvelles infections chez les enfants d'ici à la fin 2015 et à maintenir leurs mères en vie en : (1) prévenant les nouvelles infections par le VIH chez les FAP, (2) aidant les femmes vivant avec le VIH à éviter les grossesses non souhaitées. Les approches optimisant la contribution du préservatif féminin aux objectifs de santé nationaux et internationaux doivent être entièrement explorées. Par ailleurs, une promotion et une évaluation plus empiriques doivent être réalisées afin d'en maximiser les répercussions et la rentabilité.

Produits disponibles

Même si de nombreux préservatifs féminins sont à présent en développement, seuls deux d'entre eux ont reçu l'approbation de l'OMS : FC2® et Cupid®. Le principal préservatif féminin ayant été distribué à ce jour est le FC1® et le FC2® de Female Health Company. Plusieurs nouveaux produits sont désormais en début de phase d'introduction.

La plupart des préservatifs féminins ont des caractéristiques de conception communes. Un préservatif féminin est constitué d'un étui doux équipé d'un dispositif d'insertion à une extrémité (par ex., un anneau, une éponge ou une capsule se dissolvant) et d'un anneau ou d'un support à l'autre extrémité pour maintenir le préservatif en place au cours du rapport sexuel. Il s'insère dans le vagin avant le rapport sexuel et forme une barrière physique contre le sperme et les infections. Tous les préservatifs féminins présentent l'avantage suivant : inutile d'attendre que l'homme ait une érection pour l'utiliser. Par conséquent, le préservatif féminin peut être inséré par la femme pendant les préliminaires et l'homme n'est pas tenu de se retirer immédiatement après l'éjaculation.

Le premier préservatif féminin commercialisé (ou « femidom ») FC1®, était composé de polyuréthane. Il a été lancé par la Female Health Company en 1992 et a reçu l'agrément de l'USFDA (U.S. Food and Drug Administration) en 1993. Quatre-vingt-dix millions de préservatifs féminins ont été distribués dans le monde entre 1996 et 2005. De 2002 à 2005, la distribution globale a stagné à 12–14 millions d'unités par an mais, entre 2005 et 2009, la distribution du préservatif féminin a plus que triplé. En 2009, les ventes combinées de FC1® et de FC2® ont atteint 50 millions d'unités (Frost & Reich, 2009 ; FNUAP, 2011b).

Le coût de production élevé du FC1[®] représentait un obstacle à un appui des donateurs à grande échelle. Parallèlement, d'importants tabous culturels dans de nombreux pays ciblés, en lien avec les attributs inhabituels du produit, ont bloqué les tentatives d'essai et d'adoption du FC1[®] et, malheureusement, sa promotion par les prestataires de soins de santé. En 2006, la Female Health Company a lancé le FC2[®], un préservatif féminin moins cher pour surmonter ces difficultés. Au cours des cinq dernières années, un certain nombre de nouveaux préservatifs féminins sont entrés sur le marché, améliorant ainsi le choix de produits des programmeurs, mais nécessitant également un plaidoyer et des approches de création de la demande plus nuancées (Beksinska 2012b).

Les deux produits de préservatif féminin actuellement préqualifiés par l'OMS et disponibles pour un approvisionnement en grande quantité sont le FC2[®] et le Cupid[®]. D'autres préservatifs, comme le Woman's Condom, le Phoenurse[™], le HLL Female Condom, le préservatif féminin Origami[™] et le préservatif VA worn-of-women (VA w.o.w.[®]) sont toujours en cours de développement ou font encore l'objet d'essais cliniques.

Ces produits sont brièvement décrits ci-dessous [Informations correctes en septembre 2013. Source : Accès universel aux préservatifs féminins (Universal Access to Female Condoms Joint Programme, UAFC). Préservatif féminin : présentation du produit (Female condom: Product brief) (2013).]

Produit	Image	Conception et caractéristiques	Fabrication et distribution	Statut réglementaire
FC2®		<ul style="list-style-type: none"> • Identique au FC1®, mais composé de nitrile (latex synthétique). • Il comprend un anneau interne circulaire souple permettant d'insérer le dispositif et de le maintenir en place pendant l'utilisation et un anneau externe circulaire souple protégeant la zone génitale. • Le nitrile est conducteur de chaleur. 	<p>Fabriqué par Female Health Company, en Malaisie.</p> <p>Distribué dans 130 pays.</p>	<p>Marquage (CE) d'éligibilité à la contraception</p> <p>Préqualification de l'OMS en 2007, renouvelée en 2012</p> <p>USFDA 2009</p>
Cupid®		<ul style="list-style-type: none"> • Composé de latex naturel. • Il est doté d'un cadre externe octogonal et s'insère à l'aide d'une éponge de qualité médicale, qui maintient également le préservatif en place pendant l'utilisation. • Prélubrifié avec de l'huile de silicone. • Disponible en couleur transparente ou rose, c'est le seul préservatif féminin parfumé. 	<p>Fabriqué par Cupid Ltd, en Inde.</p> <p>Distribué en Inde, au Brésil, en Indonésie, aux Pays-Bas, en Afrique du sud, au Mozambique et au Kirghizistan.</p>	<p>Marquage CE</p> <p>Préqualification de l'OMS en 2012</p> <p>Processus d'approbation par l'USFDA entamé en 2012</p>
Woman's Condom		<ul style="list-style-type: none"> • Composé de polyuréthane. • Est équipé d'une capsule d'insertion douce et arrondie, qui se dissout rapidement après l'insertion dans le vagin. • Quatre formes de mousse à l'extérieur du préservatif assurent sa stabilité interne. • Un anneau circulaire souple couvre et protège la zone génitale. • Il n'est pas pré-lubrifié : un lubrifiant à base d'eau est fourni séparément dans un sachet à appliquer au moment de l'utilisation. 	<p>Fabriqué par Shanghai Dahua Medical Apparatus Company, en Chine.</p> <p>Distribution limitée en Chine et en Afrique du sud.</p>	<p>Marquage CE</p> <p>En cours d'examen en vue d'une préqualification par l'OMS</p> <p>Fait actuellement l'objet d'une étude d'efficacité contraceptive nécessaire pour l'agrément de l'USFDA</p>
Phoenurse®		<ul style="list-style-type: none"> • Composé de polyuréthane, conducteur de chaleur. • Le corps du préservatif est en forme d'haltère, dotée d'un anneau interne et d'un anneau externe circulaires souples. • Il est commercialisé avec une tige d'insertion qui se fixe à l'anneau interne en vue d'une utilisation facultative pendant l'insertion dans le vagin. • Prélubrifié avec un lubrifiant en silicone. 	<p>Fabriqué par Tianjin Condobao Medical Polyurethane Tech. Co. Ltd, Tianjin, en Chine.</p>	<p>Marquage CE</p>

Produit	Conception et caractéristiques	Fabrication et distribution	Statut réglementaire
<p>Préservatif féminin HLL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Composé de latex naturel. • Il comprend un anneau externe circulaire souple et s'insère à l'aide d'un anneau interne circulaire souple en copolymère, qui facilite son maintien au cours du rapport sexuel. 	<p>Fabriqué par Hindustan Lifecare, Ltd (HLL), en Inde.</p>	<p>Fait actuellement l'objet d'une étude de fonctionnalité. Les résultats de cette étude seront intégrés au dossier du produit qui sera soumis à la préqualification de l'OMS.</p>
<p>Préservatif féminin Origami™</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Composé de silicone transparent, moulé. • Design anatomique, strié. • Le liquide de surface est semblable à l'environnement vaginal pour le pénis, ce qui crée une sensation plus naturelle. 	<p>ORIGAMI Condoms Ltd, Californie, États-Unis.</p>	<p>Essais cliniques à grande échelle programmés en 2014, avec la commercialisation du produit prévue pour fin 2015, en fonction des agréments obtenus.</p>
<p>VA w.o.w.® (worn of women)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Composé de latex naturel. • Est doté d'un cadre triangulaire arrondi facilitant le maintien extérieur et d'une éponge en polyuréthane pour le fixer à l'intérieur du vagin. • Prélubrifié avec un lubrifiant en silicone. 	<p>Fabriqué par Hindustan Lifecare, Ltd (HLL), en Inde.</p>	<p>En 2013, HLL a acquis la technologie et les droits marketing pour la production et le marketing de la marque de préservatifs féminins VA w.o.w.®.</p>

Efficacité du produit

Utilisés correctement, les préservatifs féminins sont efficaces à 95 %, environ, pour la prévention de l'exposition au sperme susceptible de provoquer une IST/infection par le VIH ou une grossesse non souhaitée ; cette efficacité est comparable à celle des préservatifs masculins (FNUAP et OMS, 2006). Dans le cadre d'un essai clinique de six mois réalisé aux États-Unis, 12 % des femmes sont tombées enceintes à la suite d'une utilisation classique d'un préservatif féminin, alors que seules 3 % d'entre elles sont tombées enceintes à la suite d'une utilisation parfaite du préservatif féminin (Trussel, 2011). Une étude multicentrique mandatée par l'OMS comparant les préservatifs féminins et masculins a déterminé les taux d'efficacité au Panama, en Chine et au Nigeria : 94 à 98 % pour le FC1® et 92 à 96 % pour le préservatif masculin (FNUAP et OMS, 2006).

Une étude menée en Afrique du sud est parvenue à des mesures comparables des taux d'échec clinique totaux pour le FC1® (5,4 %) et le FC2® (4,3 %) (Beksinska, Smit, Mabude, Vijayakumar & Joanis, 2006). Les différents aspects des échecs cliniques sont définis dans le tableau ci-dessous. Ce résultat est cohérent avec les 95,5 % d'efficacité relevés dans le cadre d'une étude américaine réalisée en Alabama, qui a permis de comparer l'efficacité des préservatifs masculins à celle des préservatifs féminins (FC1®) (Valappil et al., 2005). Même si, dans le cadre de cette étude, les utilisatrices de préservatifs féminins ont fait plus fréquemment état de problèmes mécaniques que les utilisateurs de préservatifs masculins (respectivement 34 % et 9 %), les taux d'échec totaux chez les utilisateurs signalant des problèmes mécaniques étaient identiques pour les préservatifs féminins et masculins (respectivement 9,4 % et 9,6 %). L'étude en Alabama a souligné l'importance de l'entraînement à la pose du préservatif féminin jusqu'à ce que l'utilisatrice se sente suffisamment à l'aise pour y avoir recours. Lorsque l'on compare la première utilisation à quinze utilisations ou plus, le taux d'échec (rupture ou glissement) rapporté par les utilisatrices des préservatifs féminins passe de 20 % à 1,2 % (Valappil et al., 2005).

Les préservatifs féminins sont moins susceptibles de se rompre que les préservatifs masculins : seulement 0,85 % des FC2®s testés au cours de l'essai mené en Afrique du Sud se sont rompus. Ce même essai a révélé que le FC2® permettait de diminuer de moitié les pénétrations incorrectes (autrement dit, lorsque le pénis s'introduit entre le préservatif et la paroi vaginale), dont le taux passe de 1,26 % avec le FC1® à 0,6 % avec le FC2®, alors que l'anneau externe du FC1® et du FC2® ne s'était déplacé que dans 3 % des cas (Beksinska et al., 2006).

En 2011-2012, l'UAFC (Programme Commun pour l'Accès Universel aux Préservatifs Féminins) a soutenu une étude de fonctionnalité comparative de quatre préservatifs féminins, sur des sites localisés en Chine et en Afrique du Sud : FC2®, Cupid®, Woman's Condom (WC) et VA w.o.w.®. Le taux d'échec total était compris entre 3 % et 4,5 % (consultez

Fonctionnalité (pourcentage)	FC2	Cupid	WC	VA w.o.w.
Rupture clinique (pendant le rapport sexuel ou retrait du préservatif du vagin)	0,25	0,10	0,00	0,08
Rupture non clinique (avant le rapport sexuel ou après le retrait du préservatif)	0,62	0,66	0,74	0,53
Invagination (préservatif poussé dans le vagin)	1,18	1,21	0,47	0,99
Glissement du préservatif hors du vagin	0,98	1,48	1,28	0,43
Erreur de pénétration (le pénis n'est pas entré dans le préservatif)	0,60	1,22	1,13	1,19

le tableau ci-dessous) (Beksinska et al., 2013).

Du point de vue des programmes, la mesure dans laquelle leur ajout à la gamme des modes de contraception utilisés augmente le nombre total de rapports sexuels protégés est une dimension absolument essentielle de l'efficacité des préservatifs féminins. Les évaluations de leur promotion auprès des patientes des centres de planning familial en Californie (Choi et al., 2008) et des travailleuses sexuelles en Chine (Liao et al., 2011a) ont toutes deux mis l'accent sur l'importance d'une promotion ciblée et reposant sur les compétences, en accroissant le pourcentage total de rapports sexuels protégés par les préservatifs féminins ou masculins grâce aux interventions menées autour du préservatif féminin. Une étude menée à Madagascar a montré que l'éducation par des pairs s'avère aussi efficace qu'une promotion des préservatifs féminins assurée en clinique, car elle permet d'augmenter l'utilisation globale du préservatif lorsque les préservatifs féminins ont été intégrés à une intervention

existante de promotion du préservatif masculin en ciblant les travailleuses sexuelles (Hoke et al., 2007). Certaines données anecdotiques, obtenues dans des pays développés et en développement, indiquent que les préservatifs féminins sont utilisés par les hommes ayant des rapports sexuels anaux avec d'autres hommes pour prévenir les IST/le VIH. Toutefois, pour le moment, aucun examen des données probantes n'existe concernant leur sécurité et leur efficacité lors d'une utilisation à ces fins. Les préservatifs féminins ne sont pas préqualifiés par l'OMS pour une utilisation pendant un rapport sexuel anal et, par conséquent, il n'existe actuellement aucune recommandation internationale conseillant aux femmes ou aux hommes de les utiliser pour prévenir les IST/le VIH pendant un rapport anal. L'utilisation du préservatif féminin ne doit jamais être encouragée pour les rapports sexuels anaux car ils n'ont pas été conçus pour être insérés dans le rectum. Le retrait du dispositif d'insertion (autrement dit, de l'éponge, de l'anneau ou de la capsule) déforme le préservatif féminin et altère son efficacité. **C'est pourquoi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ne doivent pas faire partie du public visé dans le cadre de cette stratégie de création de la demande.**

Analyse du public et de la communication

Au cours des vingt dernières années, la distribution assurée par le gouvernement et les ONG et les initiatives de création de demande en faveur des préservatifs féminins ont permis de dégager des données probantes sur les facteurs sociaux et comportementaux affectant l'acceptabilité et l'utilisation des préservatifs féminins. Dans la plupart des études, le recours au préservatif féminin est faible et diminue généralement après les campagnes de lancement, car sa disponibilité n'est pas pérenne (Thomsen et al., 2006 ; Liao et al., 2011b).

Une étude menée au Brésil (Kalckmann, Farias & Carvalheiro, 2009) a démontré que les femmes ayant de fréquents rapports sexuels (plus de trois contacts sexuels par mois) étaient nettement plus susceptibles de devenir des utilisatrices sur le long terme des préservatifs féminins, que les femmes n'ayant qu'un à trois rapports sexuels par mois, qui sont alors plus enclines à quitter les programmes en faveur des préservatifs féminins dès le premier mois. Ce résultat suggère que, pour accroître le taux d'adoption de cette méthode de contraception, il pourrait être plus efficace d'orienter les efforts de création de la demande vers les femmes plus actives sexuellement.

Les normes relatives aux relations qui régissent la confiance, la communication et la prise de décisions constituent les principaux obstacles à l'utilisation des préservatifs masculins comme féminins. Le fait de demander à un partenaire régulier d'utiliser un préservatif ou de (ré-) introduire l'utilisation des préservatifs dans le cadre d'un partenariat régulier est considéré comme un signe de tromperie ou une accusation d'infidélité. Même lorsque les femmes sont conscientes des risques associés à leurs propres comportements sexuels et à ceux de leurs partenaires, elles ne sont souvent pas en mesure de se protéger en raison de la prédominance des rôles liés au genre, des normes sexuelles et des inégalités en matière de santé et de pouvoir de prise de décision (FNUAP et PATH, 2006). Dans certaines cultures, les tabous liés au contact avec le vagin ou au placement de quoi que ce soit dans le vagin constituent un obstacle à l'acceptabilité et à l'utilisation du préservatif féminin (Frost & Reich, 2009).

Une étude sur l'acceptabilité du préservatif féminin menée auprès des jeunes hommes sud-africains a identifié l'aspect pratique d'utilisation pour les hommes, la curiosité (pour voir comment fonctionnent les préservatifs féminins comparés aux préservatifs masculins), l'accroissement des sensations sexuelles et les impressions de sécurité et de confort renforcés, comme des facteurs facilitant l'utilisation du préservatif féminin par les hommes. Les principaux obstacles résidaient dans le manque de connaissance des préservatifs féminins, les difficultés d'insertion rencontrées par le partenaire et les inquiétudes relatives à la perte de contrôle lors des rapports sexuels (Masvawure et al., 2013).

Lorsque la campagne de promotion désigne le préservatif féminin comme un outil d'émancipation des femmes, il convient de ne pas oublier qu'il n'y a aucune interprétation universelle de cette émancipation. Certains utilisateurs visés et parties prenantes du programme peuvent assimiler l'émancipation à des intérêts pratiques spécifiques au genre (par ex., au fait de donner aux femmes un outil évitant les grossesses non souhaitées et les IST/infections par le VIH), alors que d'autres peuvent penser en termes de transformation « stratégique » des relations de genre. Étant donné qu'il est essentiel que les hommes considèrent le préservatif féminin comme acceptable pour en accroître l'adoption, les programmeurs doivent veiller à ne créer aucune perception négative sur un produit conçu pour favoriser l'émancipation des femmes en ôtant leur pouvoir aux hommes (Kaler, 2001).

Au niveau individuel, la disponibilité des préservatifs féminins, les attributs des produits, l'effet perçu sur le plaisir sexuel masculin (et, dans une moindre mesure, sur le plaisir féminin), l'attitude des partenaires masculins et des prestataires de soins de santé, ainsi que la capacité à négocier l'utilisation du préservatif féminin et à l'insérer sont les facteurs les plus susceptibles de déterminer le recours au préservatif féminin par les femmes.

- **Attributs du produit :** l'image du préservatif féminin constitue un obstacle persistant à son adoption. En l'absence de promotion positive sur les avantages du produit, les non-utilisateurs risquent de considérer le préservatif féminin comme un produit trop gros, massif, esthétiquement peu attrayant et bizarre/difficile à utiliser (Okunlola, Morhason-Bello, Owonikoko & Adekunle, 2006 ; Telles Dias, Souto & Page-Schafer, 2006).
- **Plaisir :** pour les femmes, la croyance selon laquelle les partenaires masculins n'aiment pas ou n'aimeraient pas utiliser le préservatif féminin, parce qu'un préservatif diminue le plaisir sexuel de l'homme, constitue souvent un obstacle à l'utilisation. En revanche, les femmes sont plus susceptibles d'accepter et d'utiliser le préservatif féminin si elles pensent qu'il peut augmenter le plaisir des hommes (par ex., comparé aux préservatifs masculins) car les hommes ne se sentent pas contraints par le préservatif féminin au cours du rapport sexuel. Une étude réalisée sur l'acceptabilité par l'homme sud-africain (Masvuware et al., 2013) a révélé que la principale source d'insatisfaction envers les préservatifs féminins résidait dans les difficultés d'insertion au cours de l'essai. Malgré tout, certains hommes ont indiqué avoir eu davantage de plaisir sexuel en raison de l'aspect pratique de ne pas avoir à porter de préservatif masculin, de sensations accrues provoquées par la texture en polyuréthane du FC1® et du confort bien supérieur du préservatif féminin à celui des préservatifs masculins. Dans le cadre d'une étude menée chez les utilisatrices de préservatifs féminins (Munyana, 2006), certaines femmes ont expliqué que l'anneau externe du préservatif féminin stimulait le clitoris et augmentait leur plaisir sexuel.
- **Soutien social à l'utilisation des préservatifs féminins :** l'adoption du préservatif féminin par les femmes est influencée par les attitudes de leurs partenaires masculins et par les agents de santé et/ou les éducateurs sanitaires auprès desquels elles peuvent obtenir des préservatifs féminins et apprendre à les utiliser. En dépit de l'évolution des normes de genre dans les pays ciblés, quel que soit le type de partenariat sexuel, les hommes restent généralement les décideurs en matière de relations sexuelles et le fait de proposer un produit que le partenaire masculin n'a jamais vu ou utilisé auparavant peut s'avérer intimidant (voire risqué) pour une femme. Les prestataires de services peuvent jouer un rôle déterminant en encourageant les utilisateurs visés à essayer et continuer d'utiliser les préservatifs féminins : le fait d'offrir aux prestataires une formation liée au produit et les connaissances nécessaires peut avoir un impact sur les attitudes et le niveau d'adoption des utilisateurs (Mantell et al., 2011b). Les éducateurs sanitaires du secteur public et des programmes des ONG, par ex. dans le cadre des interventions de mobilisation sociale et communautaire, peuvent également jouer ce rôle. Des informations suffisantes et équilibrées sur les avantages et l'utilisation des préservatifs favorisent l'adoption de ce mode de contraception (consultez la section « Difficulté ou facilité d'insertion » ci-dessous). Il est important que les efforts de création de la demande parmi les femmes portent sur une prise de conscience chez les hommes et une distribution ciblant ce public, ainsi que sur une sensibilisation et des compétences adaptées aux agents de santé et aux éducateurs sanitaires. Chez les utilisateurs visés, l'association des préservatifs (masculins) à la prévention des maladies et à la promiscuité sexuelle crée des obstacles en termes d'attitude d'utilisation chez les partenaires mariés/en cohabitation et les autres partenariats principaux ou durables. Le statut de produit plus récent et moins connu qu'a le préservatif féminin peut offrir une opportunité dans de tels contextes : par exemple, une étude menée dans trois pays, le Zimbabwe, le Nigeria et le Cameroun (Koster & Groot Bruinderink, 2012), a démontré une forte acceptabilité des préservatifs féminins chez les hommes engagés dans une relation maritale à des fins de planification familiale uniquement et, chez ceux vivant dans une autre forme de relation stable, à des fins de double protection.
- **Difficulté ou facilité d'insertion :** les taux totaux d'échec du préservatif féminin diminuent nettement après les premières utilisations. Les utilisatrices régulières ou expérimentées des préservatifs féminins font état d'une efficacité personnelle d'utilisation du produit supérieure et de taux d'échec moindres, ce qui souligne l'importance de la sensibilisation, des démonstrations, des essais et de l'entraînement dans le cadre des efforts entrepris pour créer de nouvelles utilisatrices de préservatifs féminins. Une étude réalisée en 2008 en Afrique du Sud (Beksinska, Smit, & Mantell, 2012c) a révélé que l'entraînement à l'utilisation des préservatifs féminins permettait de réduire très efficacement les taux d'échec : par exemple, les taux de glissement passent de 2,4 % avec les cinq premiers préservatifs, à 0,9 % avec les préservatifs 6 à 10 et une absence totale de glissement au cours de la dernière utilisation (15ème préservatif).

- Compétences en négociation :** même si le préservatif féminin est une méthode reposant sur l'initiative de la femme, pour pouvoir négocier son utilisation, les femmes doivent posséder des compétences similaires à celles nécessaires pour négocier l'utilisation des préservatifs masculins. Les femmes estimant posséder des compétences en négociation sont généralement plus susceptibles d'avoir essayé ou utilisé régulièrement les préservatifs féminins et il semble qu'il existe une relation de cause à effet entre les compétences en négociation et l'utilisation. Point essentiel pour les programmeurs, les études montrent que les femmes qui bénéficient d'un coaching et de conseils sur la façon de parler des préservatifs féminins et de négocier leur utilisation sont plus susceptibles d'utiliser les préservatifs féminins que les femmes qui n'ont reçu que des informations et un mode d'emploi imprimé (Choi et al., 2008 ; Liao et al., 2011b ; Mack, Grey, Amsterdam, Williamson, & Matta, 2010 ; Population Council, 2009 ; Telles Dias et al., 2006). Ces résultats montrent l'importance de l'intégration de la formation aux compétences en négociation sexuelle aux efforts de création de la demande en faveur du préservatif féminin.

Les informations essentielles recueillies à la suite de chaque analyse du public peuvent être diffusées comme suit afin de favoriser une compréhension ciblée et partagée (consultez la page 18 pour obtenir un exemple).

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Femmes engagées dans des relations et leurs principaux partenaires	Dans la plupart des études, le recours au préservatif féminin est faible et diminue généralement après les campagnes de lancement, car sa disponibilité n'est pas pérenne.	Attributs du produit Diminution du plaisir Faible soutien social Difficulté d'insertion Négociation Association à une prévention des maladies et à la promiscuité sexuelle	Double protection Augmentation du plaisir Initiative féminine Sécurité et confort perçus
Prestataires	Faibles niveaux de promotion et de familiarité avec les préservatifs féminins.	Manque de formation Préjugés des prestataires Disponibilité limitée du produit	Double protection contre les grossesses non souhaitées et le VIH

Étape 2 : Définir une vision

Reportez-vous à la page 17 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 2 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmnch/ch-step2/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Exemple de vision

Les femmes qui ont besoin de se protéger du VIH/SIDA et des grossesses non souhaitées optent pour le préservatif féminin comme méthode de contraception car :

- Les femmes peuvent insérer le préservatif féminin dans leur corps et négocier son utilisation avec leur partenaire masculin.
- Avec un entraînement approprié, les préservatifs féminins sont faciles et agréables à utiliser.
- Les préservatifs féminins offrent aux partenaires dans les couples hétérosexuels une alternative de protection double.
- Le préservatif féminin assure une double protection, sans effet secondaire.
- Le préservatif féminin est une méthode dépendante du coït, qui n'est utilisée qu'en cas de besoin.

Les parties prenantes, à tous les niveaux, participant aux programmes de protection contre le VIH, de santé reproductive et d'émancipation de la femme considèrent les préservatifs féminins comme un atout précieux, qui fait l'objet d'une promotion active auprès des femmes et des couples qui en ont besoin. Les initiatives en faveur du préservatif féminin peuvent démontrer l'impact de ce produit sur la proportion de rapports sexuels protégés par une méthode barrière et sur l'utilisation globale de méthodes contraceptives.

Étape 3 : Choisir le public visé

Reportez-vous à la page 18 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 3 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step3/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Principaux segments du public et segments d'influence (avec justification du choix du segment)

Dans chaque pays ou contexte régional, des choix devront être faits entre les initiatives de création de la demande de préservatifs féminins ciblant la population générale et des publics clés. Dans les pays subissant des épidémies généralisées de VIH, par exemple, en Afrique de l'est et du sud, la normalisation du préservatif féminin — en généralisant sa distribution dans les points de diffusion de préservatifs et de méthodes de contraception, par exemple — peut potentiellement augmenter le nombre total de rapports sexuels protégés par un préservatif, quel qu'il soit. Le fait de cibler la campagne en faveur des préservatifs féminins sur des publics spécifiques, comme les travailleuses sexuelles, les couples sérodiscordants ou séropositifs — avant tout comme outil de prévention du VIH — peut avoir un impact et s'avérer rentable dans les contextes d'épidémie généralisée ou concentrée.

Publics principaux

A — *Publics de population générale dans le cadre d'épidémies de VIH généralisées*

- *Public principal 1 : femmes en âge de procréer engagées dans des relations de long terme*

Dans les régions d'Afrique subsaharienne subissant des épidémies généralisées de VIH, 57 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et 88 % des femmes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique (ONUSIDA, 2013). Si l'on tient compte de la plus grande vulnérabilité physiologique des femmes face au VIH, des inégalités de genre, des normes de genre néfastes et de l'importance de la promiscuité sexuelle, les femmes africaines courent un risque élevé de contracter le VIH dans le cadre de relations stables (Gouws & Cuchi, 2012). Les femmes séronégatives au sein de couples sérodiscordants ont un besoin urgent de bénéficier d'une meilleure protection. Il est recommandé de segmenter davantage ce public en fonction du statut par rapport au VIH et de l'âge afin de s'assurer que les interventions sont adaptées aux différents besoins et préférences de, par exemple, (a) une femme séronégative dont l'infidélité de son époux lui fait courir un risque ou (b) une jeune femme séropositive qui désire éviter une grossesse non souhaitée et protéger son partenaire de long terme.

- *Public principal 2 : femmes célibataires sexuellement actives²*

Les inégalités de genre, comme la vulnérabilité face au viol, les rapports sexuels avec des hommes plus âgés et les inégalités d'accès à l'éducation et aux opportunités économiques, font courir, à certaines femmes, un risque important de contracter une infection par le VIH. Cette catégorie comprend les filles et les adolescentes, les jeunes femmes, les veuves et les femmes divorcées. Comparées aux hommes, les filles, les adolescentes et les jeunes femmes sont plus susceptibles de contracter très jeunes le VIH, ce qui entraîne une prévalence globale du VIH chez les filles et les jeunes femmes qui équivaut au moins au double de celle des hommes du même âge (ONUSIDA, 2013). Au cours de la World AIDS Day (Journée mondiale du SIDA) de 2013, l'OMS a rapporté que plus de 2 millions d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivent avec le VIH et que bon nombre d'entre eux ne bénéficient pas des soins et du soutien dont ils ont besoin pour rester en bonne santé et éviter la transmission du virus. Des millions d'autres adolescents courent le risque d'être infectés (OMS, 2013).

- *Public principal 3 : partenaires masculins*

Même si le préservatif féminin est une méthode de protection reposant sur l'initiative de la femme, les hommes restent les décideurs dans la grande majorité des partenariats sexuels dans les pays à forte prévalence du VIH. Il est indispensable que les hommes sexuellement actifs comprennent le produit, de manière à obtenir leur adhésion et à créer des conditions plus favorables pour que les femmes soient toujours plus nombreuses à pouvoir et avoir envie d'expérimenter les préservatifs féminins et, donc, de les utiliser régulièrement. Les

²Le terme « célibataire » désigne ici les femmes qui ne sont pas mariées, ne vivent pas maritalement et ne sont pas engagées dans une autre relation sexuelle durable, mais qui sont sexuellement actives, autrement dit, qui ont des partenaires sur le court terme et/ou occasionnels.

hommes séronégatifs vivant en couple sérodiscordant ont particulièrement besoin d'une protection et sont susceptibles de constituer un public prioritaire des interventions visant à créer de la demande en faveur du préservatif féminin dans les contextes de prévalence du VIH. Lorsque les deux partenaires sont impliqués dans les programmes en faveur du préservatif féminin, tous deux sont alors déterminés à utiliser le préservatif féminin et plus susceptibles d'adopter le produit (FNUAP, 2011b).

B—Populations clés à risque, dans les régions d'épidémies de VIH généralisées et concentrées

• *Public principal 4 : travailleuses sexuelles*

On estime la prévalence globale du VIH chez les travailleuses sexuelles à 12 %. Elle passe à plus de 30 % dans les contextes de prévalence moyenne à forte du VIH. Les travailleuses sexuelles sont 13,5 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que toutes les autres femmes, y compris dans les pays à forte prévalence. Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH chez les travailleuses sexuelles est estimée à 37 %. En Afrique de l'ouest, l'ONUSIDA estime que 10 à 32 % des nouvelles infections par le VIH surviennent suite à un rapport sexuel tarifé. On estime que 11 % des travailleuses sexuelles d'Europe de l'Est et 6 % des travailleuses sexuelles d'Amérique latine vivent avec le VIH (Kerrigan et al., 2012).

Même si l'utilisation du préservatif masculin dans le cadre de rapports sexuels commerciaux est relativement fréquente, certaines travailleuses sexuelles ne peuvent pas négocier l'utilisation du préservatif masculin pour diverses raisons, notamment l'inexpérience, la jeunesse, la perte de revenus si le client refuse, l'indisponibilité des préservatifs masculins et l'état d'ébriété des clients. Les préservatifs féminins offrent aux travailleuses sexuelles une excellente option avec les clients et les autres partenaires commerciaux qui refusent ou sont incapables d'utiliser les préservatifs masculins. Les travailleuses sexuelles ont les mêmes besoins de protection que les autres femmes pour leurs relations personnelles.

Publics d'influence

Trois publics d'influence ont été désignés dans le cadre de cette stratégie adaptable : prestataires de soins de santé et éducateurs sanitaires, parties prenantes et décideurs, et journalistes. Les pays doivent sélectionner et déterminer les publics d'influence en fonction du contexte socio-culturel. Outre les trois publics décrits ci-dessous, les autres personnes influentes telles que les politiciens, les leaders communautaires et religieux, les célébrités et les modèles exemplaires locaux peuvent avoir une importance dans le succès des efforts nationaux ou régionaux de création de la demande. Parmi les autres personnes influentes, on compte généralement les membres de la famille de l'utilisatrice (y compris les parents des jeunes personnes), les partenaires sexuels de l'utilisatrice, les clients des travailleuses sexuelles, et bien d'autres personnes encore.

Public d'influence 1 : prestataires de soins de santé et éducateurs sanitaires

Les structures sanitaires, les programmes de promotion de la santé et les petits commerces (par ex., salons de coiffure ou night-clubs) sont les principaux canaux permettant de diffuser les préservatifs féminins. De nombreuses études soulignent l'importance déterminante de la formation à l'insertion et aux compétences en négociation pour l'adoption des préservatifs féminins. Les prestataires de soins de santé et les éducateurs sanitaires doivent donc être placés au cœur des stratégies marketing assurant la promotion du préservatif féminin. L'intérêt qu'ils portent aux préservatifs féminins, et leurs croyances à ce sujet, seront évidents dans le cadre des interventions de prévention du VIH ou de santé reproductive qu'ils mettent en œuvre. La mesure dans laquelle les préservatifs féminins sont proposés proactivement aux femmes et à leurs partenaires, mais aussi dans laquelle ils sont encouragés à les essayer et à surmonter les difficultés d'utilisation initiales, dépend énormément des prestataires de soins de santé et des éducateurs sanitaires.

Public d'influence 2 : parties prenantes et décideurs

Pour que le préservatif féminin soit largement adopté, les décideurs et les gestionnaires de programme doivent le considérer comme une double protection essentielle pour les femmes, et envisager sa promotion comme une utilisation pertinente des ressources humaines, financières et autres. Les individus tout comme les organismes de gestion et/ou de conseil de tous niveaux ont le pouvoir de faire des programmes en faveur du préservatif féminin une réussite ou un échec. Les stratégies de création de la demande doivent donc comporter des éléments de plaidoyer soigneusement adaptés.

Public d'influence 3 : journalistes

La Presse, la télévision, la radio et les médias en ligne touchent des millions de femmes et d'hommes qui pourraient tirer bénéfice d'un accès aux préservatifs féminins. Étant donné que la distribution globale se fait à grande échelle, les médias jouent un rôle déterminant, au quotidien, dans la sensibilisation des utilisateurs à cette méthode. Un exposé objectif, impartial, de l'efficacité, des attributs et de la disponibilité des préservatifs féminins peut augmenter la réceptivité des utilisateurs visés par les efforts de promotion. En revanche, tout article négatif ou mal informé gênera les efforts de création de la demande et une absence de couverture médiatique rendra l'opération de sensibilisation encore plus ardue. Les stratégies de création de la demande doivent donc intégrer des composants exhaustifs d'implication des médias, reposant, le plus largement possible, sur des données probantes spécifiques au public concernant l'utilisation des médias, aussi bien en termes quantitatifs (ce qu'ils consomment) que qualitatifs (ceux en qui ils ont confiance).

Profils des publics

Les stades de la théorie du changement servent de cadre aux profils de public (reportez-vous à la section « Cadre conceptuel », page 12). Étant donné que, dans la plupart des contextes, la sensibilisation et l'utilisation existantes sont faibles, chaque profil débute au premier stade du changement, autrement dit, l'observation préalable. Cette partie du profil met en évidence les points clés du parcours de l'utilisateur ou de l'utilisatrice, à savoir les expériences qui ont permis de franchir chaque étape du changement.

Chaque profil comporte deux archétypes distincts, conçus pour mettre en évidence les obstacles typiques à surmonter, ainsi que les opportunités d'intervention, afin de faire passer les publics par chaque stade du changement. L'archétype « avant » représente le public visé par la promotion du préservatif féminin. Étant donné qu'il s'agit du public visé, on considère qu'il ou elle n'a pas encore adopté le comportement voulu. Les archétypes « avant » ont été élaborés sur la base de données issues des études citées à la fin de chaque profil de public et/ou issues d'informations figurant dans des articles de journaux cités à la fin de chaque profil. L'archétype « après » considère que l'initiative de création de demande a réussi et que cette personne a adopté le comportement voulu. Cette section du profil décrit le comportement ou l'intention comportementale de la personne à chaque stade du changement de comportement, ainsi que les motivations et obstacles principaux affectant le passage au stade suivant. Les archétypes « après » sont basés sur des preuves comportementales et des recommandations en matière de programme figurant dans les sources citées à la fin de chaque profil.

Public principal 1 : FAP engagées dans des partenariats durables, dans des régions subissant des épidémies de VIH généralisées

Comportement souhaité : utilisation régulière des préservatifs masculins ou féminins avec un partenaire régulier

Archétype A « avant » : PAMELA, 26 ans, employée de bureau, mariée et mère de famille, au Zimbabwe – n'a jamais utilisé de préservatif féminin.

Pamela a 26 ans et vit avec son partenaire, Jackson. Ils ont un jeune enfant et prévoient de se marier dans quelques années puis d'avoir d'autres enfants. Elle prend la pilule contraceptive afin d'éviter de tomber enceinte, mais n'en dort pas la nuit chaque fois qu'elle oublie de prendre cette pilule ; ils ne peuvent pas se permettre d'avoir un autre enfant pour le moment. Elle et Jackson n'ont jamais fait de test du VIH ensemble et le dernier test négatif de Pamela remonte à plusieurs années. Elle s'inquiète à propos des autres femmes qu'il fréquente mais ne le questionne pas à ce sujet. Il refuse de parler des préservatifs (masculins) depuis les premiers mois de leur relation.

Archétype A « après » : PAMELA, utilisatrice régulière du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : elle a vu des préservatifs féminins en présentation dans son salon de coiffure alors qu'elle n'avait jamais pensé à en utiliser un.

Observation : la coiffeuse de Pamela lui donne des échantillons de préservatif féminin, lui explique comment les utiliser et l'encourage à s'entraîner sur une maquette d'utérus. Elle rassure Pamela en lui disant que de nombreux hommes apprécient le produit une fois qu'ils l'ont essayé et lui conseille de parler à Jackson de son désir d'essayer une autre méthode contraceptive.

Essai : elle s'entraîne seule à insérer le préservatif féminin en utilisant le schéma et le mode d'emploi fourni par la coiffeuse, avant d'en parler à Jackson. Même si la taille et la forme du préservatif le laissent sceptique, il est d'accord pour l'essayer. Il faut un certain temps pour insérer le préservatif devant lui la première fois mais, au bout de la troisième utilisation, elle se sent suffisamment en confiance et à l'aise avec le produit. Pamela fait une réserve de préservatifs féminins lors de sa visite suivante au salon de coiffure.

Action : quelques semaines après, elle parle à Jackson de son envie d'arrêter la pilule pour utiliser les préservatifs féminins comme méthode contraceptive. Il est d'accord pour essayer pendant un certain temps. L'insertion fait désormais partie des préliminaires et Jackson convient qu'il le remarque à peine au cours du rapport. Étant donné qu'elle dispose maintenant d'une alternative à la pilule et d'un moyen de se protéger contre les IST/ le VIH, Pamela a retrouvé sa tranquillité d'esprit.

Entretien : Jackson constate combien Pamela est heureuse. Il est d'accord pour continuer à utiliser les préservatifs féminins comme méthode de planification familiale. Ils pensent tous les deux que les préservatifs féminins sont une méthode contraceptive efficace s'ils sont utilisés correctement et constamment. Elle achète des préservatifs féminins peu coûteux dans son salon de coiffure, ou en obtient gratuitement au centre de santé.

Archétype B « avant » : MARGARET, 29 ans, vendeuse, mariée et mère de famille, au Zimbabwe – n'a jamais utilisé de préservatif féminin.

Margaret a été diagnostiquée porteuse du VIH il y a trois ans, alors qu'elle était enceinte de son second enfant. Son mari Henry a été diagnostiqué au même moment. Ils sont vigilants à propos de leur santé mais aucun d'eux n'a besoin de traitement antirétroviral. Elle utilise un dispositif intra-utérin (DIU) pour éviter toute grossesse et ils utilisent des préservatifs masculins pour éviter la ré-infection. Il arrive cependant parfois qu'Henry ne veuille pas utiliser de préservatif et Margaret ne peut ni insister ni refuser le rapport sexuel. Elle est fidèle mais elle sait qu'il a une maîtresse et elle est inquiète à cause des IST.

Archétype B « après » : MARGARET, utilisatrice régulière du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : elle a entendu parler des préservatifs féminins mais n'en a jamais vu un.

Observation : l'infirmière de la clinique du VIH présente à Margaret des préservatifs féminins. En guise d'alternative aux préservatifs masculins, elle lui donne quelques préservatifs féminins avec un schéma et un mode d'emploi et l'aide même à en essayer un sur un modèle de démonstration. Elle conseille également Margaret sur la meilleure façon de commencer l'essai du préservatif féminin avec son mari. Elle est intéressée mais pense que ce préservatif a l'air grand et compliqué.

Essai : elle et Henry essaient un préservatif féminin pour la première fois, après qu'elle lui a expliqué le produit, son utilisation et son efficacité. Même si elle trouve son insertion initiale un peu bizarre, après quelques entraînements, l'insertion devient facile et semble naturelle. Henry est ouvert à l'expérimentation car il souhaite lui aussi disposer d'une alternative aux préservatifs masculins et apprécie le fait qu'avec un préservatif féminin, son sexe est moins comprimé.

Action : encouragée par leur première expérience, Margaret utilise le préservatif féminin à plusieurs reprises au cours des semaines suivantes, lorsqu'Henry ne souhaite pas utiliser le préservatif masculin. Elle trouve déjà que les préservatifs féminins sont beaucoup plus faciles et confortables d'utilisation et peut toujours en obtenir auprès du centre de santé. Margaret est soulagée car elle ne dépend plus de son mari pour utiliser un préservatif masculin et tous deux sont ravis de pouvoir partager la responsabilité de leur protection.

Entretien : elle s'approvisionne désormais régulièrement en préservatifs féminins auprès de la clinique afin de les utiliser chaque fois qu'elle et/ou Henry veulent utiliser une alternative efficace aux préservatifs masculins. Au final, ils ont beaucoup moins de rapports sexuels non protégés, ce qui signifie qu'ils sont moins susceptibles d'être ré-infectés par le VIH et que Margaret n'a plus à s'inquiéter des IST.

Source : Meekers & Richter, 2005.

Public principal 2 : femmes célibataires, sexuellement actives, dans des régions d'épidémies de VIH généralisées

Comportement souhaité : utilisation régulière des préservatifs masculins ou féminins avec tous les partenaires

Archétype « avant » : ALICE, 23 ans, étudiante, au Lesotho – n'a jamais utilisé de préservatif féminin.

Alice suit une formation pour devenir enseignante. Alors que, il y a quelques années, seules deux des femmes qu'elle connaissait étaient séropositives, le VIH touche désormais de nombreuses femmes de son âge. Alice a peur de tomber enceinte et de l'impact négatif que cela aurait sur sa formation et sa carrière. Mais elle a besoin d'une méthode contraceptive qui la protégerait également contre les IST/l'infection par le VIH. Alice aime les relations sexuelles mais ne souhaite pas s'engager dans une relation durable à son âge. Elle souhaite se marier et avoir des enfants plus tard mais, actuellement, elle préfère rencontrer différents hommes et s'amuser. Malgré tout, comme beaucoup de ses amies, elle sort souvent avec des hommes plus âgés, généralement des hommes mariés qui ont de l'argent à lui consacrer. Elle ne se considère pas comme débauchée car elle n'a eu que quelques relations d'une nuit. Elle a également eu des relations de courte durée avec des hommes de son âge au cours des douze derniers mois. Les partenaires de son âge sont généralement d'accord pour utiliser des préservatifs masculins, surtout lors de leurs premiers rapports sexuels. Elle s'inquiète actuellement à propos de Moses. Il insiste pour avoir des rapports sexuels non protégés car il paie pour tout : elle n'a aucun pouvoir pour négocier l'utilisation du préservatif. Les hommes comme Moses la laisseraient simplement tomber pour une autre si elle insistait et Alice aime le train de vie qu'il lui offre.

Archétype « après » : ALICE, utilisatrice régulière du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : elle a entendu parler des préservatifs féminins mais n'en a jamais vu et personne dans son entourage n'en a utilisé. Elle n'a jamais pensé à en utiliser. Elle voit des posters faisant la promotion des préservatifs féminins partout à l'université.

Observation : pour la première fois, elle envisage d'utiliser des préservatifs féminins. À cause de ces posters, lorsqu'un salon de la santé organisé sur le campus fait la promotion des préservatifs féminins, elle s'arrête pour observer, essayer un préservatif féminin sur une maquette d'utérus et emporter quelques échantillons gratuits avec un mode d'emploi. Elle ne sait toutefois pas encore où s'approvisionner en préservatifs féminins, n'est toujours pas sûre de savoir l'insérer et se demande s'il restera en place au cours du rapport sexuel.

Essai : elle essaie un échantillon avec un petit ami de son âge afin de voir comment cela fonctionne et quelles sont les sensations. Elle a eu besoin du mode d'emploi et de s'entraîner à plusieurs reprises. La deuxième tentative est plus facile et elle aime la sensation de l'anneau externe contre son clitoris pendant le rapport sexuel. Elle apprécie également le fait que les préservatifs féminins assurent une double protection et elle a davantage de contrôle sur les choses qu'avec le préservatif masculin.

Action : elle utilise encore plusieurs fois les préservatifs féminins et aimerait les utiliser plus souvent car ils la protègent contre les IST/l'infection par le VIH. Elle sait désormais où s'en procurer et, après les premières utilisations, elle n'a plus aucun problème à les mettre en place. Elle possède désormais les compétences et la confiance nécessaires pour prendre l'initiative de les utiliser avec de nouveaux partenaires de son âge. Moses refuse de les essayer mais, quelques semaines après, elle le laisse tomber pour un autre homme plus âgé qu'elle.

Entretien : elle utilise désormais les préservatifs féminins chaque fois qu'elle est avec un homme qui ne veut pas utiliser de préservatif masculin. Ainsi, elle se sait toujours protégée. Elle aime la façon dont le préservatif féminin épouse les formes de son corps et les hommes disent qu'ils le sentent à peine pendant le rapport sexuel. Grâce aux encouragements d'amies qui utilisent elles aussi les préservatifs féminins, elle a insisté pour utiliser un préservatif féminin lors de son premier rapport sexuel avec son petit ami plus âgé et il ne s'y est jamais opposé. Les magasins sur le campus vendent des préservatifs féminins à faible coût et, en cas de besoin, elle peut également en obtenir gratuitement auprès de la clinique des étudiants.

Source : PSI Lesotho, 2011.

Public principal 3 : partenaires masculins dans des régions d'épidémies de VIH généralisées

Comportement souhaité : utilisation régulière des préservatifs masculins ou féminins avec tous les partenaires

Archétype « avant » : STEPHEN, 24 ans, étudiant en ingénierie, en Afrique du Sud – n'a jamais utilisé de préservatif féminin.

Stephen sort avec Mpho depuis trois mois et il pense qu'il est en train de tomber amoureux d'elle. Ils ont cependant atteint un stade délicat de leur relation où ils considèrent tous deux qu'ils devraient être des « partenaires fiables », mais aucun n'a été fidèle ni ne fait suffisamment confiance à l'autre pour être fidèle à l'avenir. Récemment, ils ont eu des rapports sexuels non protégés à plusieurs reprises lorsque Stephen n'avait pas de préservatif sur lui. Stephen est séronégatif mais ne sait pas si Mpho l'est elle aussi. Même s'il aime faire l'amour sans préservatif, il veut préserver sa santé. Il ne peut parler à Mpho de tout cela sans la mettre en colère.

Archétype « après » : STEPHEN, utilisateur régulier du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : Stephen n'a jamais entendu parler du préservatif féminin ; il ne sait même pas que le produit existe.

Observation : au cours d'un salon sur la santé organisé sur le campus, Stephen et Mpho reçoivent des préservatifs féminins et des informations à ce sujet. Elle souhaite essayer la méthode mais lorsqu'il découvre combien le préservatif est gros, il s'inquiète. Il craint que cela ne soit douloureux pour elle et ne voit pas comment le préservatif peut rester en place pendant les rapports. Les premières fois où Mpho suggère d'en essayer un, il refuse et utilise un préservatif masculin à la place.

Essai : deux semaines plus tard, alors que Mpho l'a convaincu avec une image montrant comment le préservatif féminin se place, ils en utilisent un pour la première fois. Il accepte car il veut lui faire plaisir et parce qu'il est curieux de comparer le préservatif féminin au préservatif masculin. Il doit patienter quelques minutes alors qu'elle va dans la salle de bain pour l'insérer et il s'assure que le préservatif est correctement placé à l'intérieur. Après cela, il ne se sent absolument pas comprimé par le préservatif pendant le rapport sexuel.

Action : après quelques utilisations, Mpho se sent suffisamment à l'aise avec le préservatif féminin pour l'insérer et le retirer devant lui. Elle a acheté d'autres préservatifs féminins et ils les utilisent plusieurs fois au cours du mois suivant comme alternative aux préservatifs masculins. Il a davantage confiance en son efficacité maintenant qu'il comprend comment cela fonctionne et, lorsqu'il a manipulé le préservatif féminin lui-même, il a pu remarquer combien il était solide. Cependant, lorsqu'il constate que Mpho est aussi à l'aise pour utiliser des préservatifs féminins que lui l'est avec les préservatifs masculins, il se sent menacé et évite les préservatifs féminins pendant une quinzaine de jours, tout en veillant à toujours disposer d'un préservatif masculin. Mais dès qu'ils réutilisent les préservatifs féminins, l'habitude s'installe. Il se rend compte que le choix des préservatifs et l'aisance de Mpho avec les préservatifs féminins sont des points positifs dans leur relation.

Entretien : ils utilisent maintenant toujours des préservatifs masculins ou féminins, et n'ont plus de rapports sexuels non protégés. Mpho emmène généralement un préservatif féminin avec elle dans son sac. Elle peut toujours en obtenir auprès de la clinique du campus ou en acheter au magasin. Même si Stephen préfère, la plupart du temps, utiliser des préservatifs masculins, il ne refuse pas d'utiliser les préservatifs féminins comme alternative. Il aime la sensation procurée par le préservatif féminin pendant les rapports sexuels et est ravi de pouvoir partager la responsabilité de la protection contre les IST/l'infection par le VIH et les grossesses.

Source : Masvawure et al, 2013.

Public principal 4 : travailleuses sexuelles dans les régions d'épidémies de VIH généralisées ou concentrées

Comportement souhaité : utilisation régulière des préservatifs masculins ou féminins avec tous les clients et dans toutes les relations personnelles

Archétype « avant » : LILA, 27 ans, travailleuse sexuelle, au Nicaragua – n'a jamais utilisé de préservatif féminin.

Lila travaille dans l'industrie du sexe à Managua depuis l'âge de 19 ans. Elle est peu éduquée, n'a pas d'autre emploi lui permettant d'élever ses trois enfants et n'a pas de mari. Même si elle bénéficie d'injections contraceptives régulières pour éviter les grossesses non souhaitées, elle a peur de contracter le VIH et d'autres IST avec les hommes, y compris ses clients réguliers et son petit ami, qui ne veulent pas utiliser de préservatif. Elle se sent impuissante à se protéger car elle a peur que les clients ne partent ou deviennent agressifs, et elle n'ose pas discuter avec son petit ami. Les préservatifs masculins sont parfois insuffisamment lubrifiés ce qui lui provoque des irritations et rend le travail douloureux.

Archétype « après » : LILA, utilisatrice régulière du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : les préservatifs féminins ne l'intéressent pas car elle a entendu dire qu'ils étaient difficiles à utiliser et inconfortables.

Observation : la camarade de chambre de Lila, qui utilise des préservatifs féminins, la convainc de se rendre à une session de formation organisée par le programme de prévention du VIH d'une ONG, dans le quartier où elle travaille. Un promoteur des soins de santé leur montre le produit, explique sa mise en place sur une maquette d'utérus et leur permet de s'entraîner à insérer le préservatif sur la maquette. Elle se sent malgré tout toujours intimidée par l'anneau interne du préservatif féminin et craint que ce nouveau dispositif ne fasse fuir les clients. Elle craint également de ne pouvoir cacher ce gros paquet à ses enfants.

Essai : elle essaie le préservatif féminin afin de savoir si elle peut l'insérer, car elle souhaite disposer d'une alternative lorsque les hommes refusent d'utiliser les préservatifs ; elle a peur de contracter une IST et d'être incapable de travailler. L'insertion est difficile, même en suivant le mode d'emploi illustré. Elle doit persister pour pouvoir insérer correctement le préservatif féminin et pour qu'il ne la gêne pas une fois à l'intérieur de son vagin. Elle doit donc s'entraîner à plusieurs reprises pour se sentir suffisamment à l'aise pour le proposer à un client.

Action : elle commence à utiliser le préservatif féminin avec ses clients suivants qui refusent les préservatifs masculins. Une fois habituée à cette méthode, elle n'a plus de problème pour l'insérer et le trouve confortable à porter ; elle est en mesure de s'en procurer auprès de la même ONG. Les clients qui connaissaient déjà les préservatifs féminins sont contents de disposer d'une alternative aux préservatifs masculins, mais les autres sont mal à l'aise. Comme le promoteur le lui a conseillé, elle l'insère et le retire toujours devant le client. Elle réalise rapidement combien les préservatifs féminins sont utiles avec les clients qui sont trop ivres ou trop pressés pour utiliser un préservatif masculin.

Entretien : Lila utilise désormais régulièrement les préservatifs féminins comme alternative aux préservatifs masculins. Le programme de l'ONG lui en assure un approvisionnement régulier et elle essaie de les avoir toujours avec elle pour se protéger. Elle apprécie le préservatif féminin parce qu'il est bien lubrifié, solide et suffisamment grand, quel que soit le client, et ses clients le sentent à peine. Et surtout, parce qu'elle peut davantage gérer son utilisation, elle se sent plus capable de se protéger contre les IST/l'infection par le VIH.

Source : Mack et al, 2010.

Public d'influence 1 : prestataires de soins de santé et éducateurs sanitaires

Comportement souhaité : promotion régulière et proactive des préservatifs féminins auprès de tous les bénéficiaires potentiels

Archétype « avant » : JOSÉPHINE, 35 ans, infirmière, mariée et mère de famille, au Malawi – peu enthousiaste au sujet des préservatifs féminins.

Joséphine est infirmière en planification familiale depuis dix ans. Elle travaille dans une clinique de quartier dans la ville de province où elle a grandi. Joséphine est confrontée tous les jours dans son travail aux souffrances des familles touchées par le VIH et elle a personnellement perdu beaucoup d'êtres chers à cause du SIDA. Depuis quelques années, les conseils et tests du VIH initiés par les prestataires font partie de son travail et c'est difficile. Elle a bénéficié de peu de formation et chaque femme qu'elle conseille qui a contracté le VIH à cause d'un mari infidèle la touche profondément. Elle remercie Dieu d'avoir un mari fidèle et prie pour que ses enfants soient préservés une fois adultes. Maintenant, les ONG viennent de nouveau lui parler des préservatifs féminins. Elle se souvient des préservatifs féminins au début de sa qualification : ils étaient impossibles à promouvoir car personne ne les appréciait et ils étaient si peu esthétiques et difficiles à utiliser. Joséphine sait également comment fonctionnent les relations entre les hommes et les femmes de sa communauté : en matière de sexe, les hommes prennent toutes les décisions. Elle pense qu'il est futile de tenter de persuader les couples d'utiliser le préservatif féminin et elle a déjà beaucoup trop de demandes importantes à gérer. Elle sait que les préservatifs masculins sont efficaces, beaucoup moins chers, toujours disponibles et que les gens savent les utiliser. Joséphine pense donc que les préservatifs féminins vont rencontrer un nouvel échec.

Archétype « après » : JOSÉPHINE, promotrice proactive du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : elle rechigne à assurer la promotion des préservatifs féminins. Elle pense que le fait de parler des préservatifs féminins aux femmes ou aux couples sera une perte de temps. Lorsqu'ils ont essayé auparavant, le taux d'adoption était faible et elle ne peut pas imaginer comment une femme dont le partenaire ne veut pas utiliser de préservatif masculin peut être persuadée d'utiliser un préservatif féminin. Pour Joséphine, les principaux problèmes sont les mêmes.

Observation : elle participe à une session de formation sur la promotion du préservatif féminin, où on lui fournit également le produit, des schémas, des modes d'emploi et une maquette d'utérus pour la démonstration. Elle est moins sceptique après la formation ; la formatrice semblait comprendre sa réticence et a répondu patiemment à ses questions. Elle-même était une utilisatrice enthousiaste du préservatif féminin, elle a partagé ses expériences avec eux et a encouragé les infirmières et les professionnels de la sensibilisation à les essayer eux-mêmes. Joséphine doute toutefois toujours de la possibilité pour le préservatif féminin de constituer une alternative envisageable aux préservatifs masculins. Elle croit toujours que la tentative de promotion des préservatifs féminins lui fera perdre un temps précieux et que les clients ne seront pas réceptifs.

Essai : en s'aidant des outils de travail qu'elle a reçus dans le cadre de la formation, elle commence à parler des préservatifs féminins, à contrecœur dans un premier temps, et surtout dans le cadre des conseils consécutifs au test du VIH comme option pour les femmes séropositives et les couples séropositifs ou sérodiscordants. Elle commence à se sentir à l'aise avec les informations sur le produit et les messages clés, mais aussi avec la maquette, et le fait de parler des préservatifs féminins ne lui prend que quelques minutes avec chaque client. Certaines réactions qu'elle observe l'encouragent également : ses premières clientes confirment qu'avec un peu de pratique, le préservatif féminin est à la fois facile et confortable d'utilisation et leurs partenaires le sentent à peine au cours des rapports sexuels.

Action : Joséphine développe sa clientèle à laquelle elle fait la promotion des préservatifs féminins et l'encourage vivement à revenir pour des visites de suivi. Étant donné qu'elle possède des informations importantes et des messages clés, une maquette d'utérus pour faire des démonstrations et des modes d'emploi à donner avec les préservatifs, l'intégration de la promotion des préservatifs féminins à son travail s'avère moins fastidieuse qu'elle ne le craignait. De plus en plus de clientes repartant avec des préservatifs féminins, elle adhère de plus en plus à leur promotion, qu'elle assure avec beaucoup d'aisance. Les réunions d'équipe au cours desquelles elle peut discuter des difficultés, le soutien de ses superviseurs et les retours positifs de ses clients (hommes et femmes) participent tous à l'accroissement de ses compétences, de sa confiance et de sa motivation.

Entretien : les préservatifs féminins font désormais partie intégrante de ses conseils en VIH et en planification familiale. Cela ne fonctionne pas pour tout le monde mais chaque fois qu'une femme ou un couple en redemande, Joséphine sait qu'elle a changé leur vie et qu'elle a aidé à éviter la transmission du VIH au sein de sa communauté. Les produits et les matériels de formation sont fournis régulièrement. Elle est désormais convaincue que le gouvernement s'investit dans l'utilisation des préservatifs féminins sur le long terme cette fois, et elle s'engage à assurer leur promotion.

Source : Mantell, Stein, & Susser, 2008 ; Frost & Reich, 2009.

Public d'influence 2 : parties prenantes et décideurs

Comportement souhaité : soutien proactif sur le court et le long terme des programmes en faveur du préservatif féminin

Archétype « avant » : DR KANJA, 44 ans, directeur de santé du district, marié et père de famille, au Mozambique.

Le Dr Kanja a gravi tous les échelons depuis un centre de santé de village jusqu'au poste qu'il est si fier d'occuper aujourd'hui. Avec 15 % des personnes de son district vivant avec le VIH, deux de ses frères morts de maladies liées au SIDA et deux filles sexuellement actives, le Dr Kanja est passionné par la prévention du VIH. Il connaît le comportement des hommes, quel que soit leur âge, et lui-même était moins sage au cours de ses jeunes années. Il est désormais fier d'être fidèle à sa femme et se considère comme un défenseur du progrès en matière d'égalité des genres. Le Dr Kanja a récemment été informé que le ministère de la santé renouvelait ses efforts de promotion du préservatif féminin. Il doute surtout de l'origine de cette initiative et ne sait si elle émane du ministère de la santé ou des donateurs qui tirent encore les ficelles. En tant qu'homme, le Dr Kanja comprend l'attrait des préservatifs féminins, même s'il ne s'imagine certainement pas en utiliser un. Il craint cependant que les femmes composant l'équipe de prise en charge médicale du district et travaillant dans les hôpitaux ne nourrissent des espoirs irréalistes. Pour lui, un engouement trop fort pour les préservatifs féminins pourrait détourner certaines ressources d'importantes interventions de prévention du VIH, comme les programmes d'observance des traitements, la distribution de préservatifs masculins et la circoncision médicale volontaire des hommes. Il se demande également si le coût des préservatifs féminins, comparé à celui des préservatifs masculins, se justifie réellement. Il sait aussi ce que pensent la plupart de ses collègues et/ou le personnel à propos des préservatifs féminins : ils n'en voient pas l'utilité, voire l'attrait. Ceci étant dit, le Dr Kanja n'a simplement pas le temps nécessaire pour les motiver alors qu'il a tant d'autres priorités à gérer ; de toute façon, ce nouvel intérêt pour les préservatifs féminins disparaîtra dès qu'il n'y aura plus d'argent.

Archétype « après » : DR KANJA, soutien du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : il rechigne à assurer la promotion des préservatifs féminins. Il ne dispose ni du temps ni des ressources nécessaires pour assurer la promotion des préservatifs féminins et il doute que l'intérêt du gouvernement pour ce produit durera.

Observation : il rencontre une formatrice en préservatif féminin au cours d'une réunion dans la capitale provinciale. Il est impressionné par sa passion et sa sagesse. Elle le convainc que la nouvelle « stratégie » de promotion des préservatifs féminins sera accompagnée d'un engagement, de ressources et d'une action efficace.

Essai : il participe alors à un atelier d'orientation, avant de laisser une infirmière confirmée, Joyce, suivre une formation approfondie. Il est de nouveau impressionné lorsque Joyce revient armée de préservatifs féminins, d'outils de travail, de posters, de schémas anatomiques, de modes d'emploi et de DVD, ainsi que de suffisamment de maquettes d'utérus pour chaque clinique du district. Et, surtout, elle dispose d'un plan d'action judicieux et fait preuve d'une forte motivation pour le mettre en œuvre : il n'aura donc pas à consacrer beaucoup de temps et d'énergie à cette initiative. Il encourage donc Joyce à organiser un atelier de formation du district, dans le cadre duquel les discussions confirment le fait que bon nombre de femmes du district pourraient tirer grandement parti de l'utilisation des préservatifs féminins. Son personnel met en place un plan d'action afin d'intégrer la promotion du préservatif féminin dans les conseils relatifs au VIH, aux IST et à la planification familiale, pour un coût minime.

Action : en l'espace de six mois, les préservatifs féminins ont été distribués dans chaque clinique du district et au moins une infirmière de chaque clinique a été formée afin d'en assurer la promotion. Même si le niveau d'adoption initiale est faible, il récompense les efforts précoces des membres de l'équipe en organisant un atelier au cours duquel ils peuvent partager leurs expériences et leurs idées et bénéficier de formations supplémentaires, notamment un apprentissage pour devenir formateur. Cette équipe s'implique totalement pour donner une chance aux préservatifs féminins et le Dr Kanja inclut les compétences en matière de préservatif féminin dans ses plans de formation annuels pour les infirmières de soins primaires, les éducateurs de pairs sur le VIH et les agents de santé communautaires. Au cours des deux années qui suivent, alors que la distribution s'étend, il reçoit un approvisionnement conséquent en produits et en matériels de formation. Les réactions de son personnel et des femmes de la communauté sont positives.

Entretien : deux ans plus tard, le district du Dr Kanja présente l'un des taux de distribution de préservatifs féminins par habitant les plus élevés du pays. Le district n'a jamais été à cours de préservatifs féminins et son chiffre total de distribution de préservatifs (masculins et féminins) a augmenté de près de 20 %. Par ailleurs, la création de l'accès aux préservatifs féminins et de la demande pour ce produit a été réalisée grâce aux ressources existantes, sans charge supplémentaire pour le Dr Kanja et son équipe. Les préservatifs féminins font désormais partie intégrante des efforts de prévention du VIH et de promotion de la santé familiale du district. Le Dr Kanja est ravi de voir que l'engagement du gouvernement dans la promotion de ce produit perdure sur le long terme cette fois-ci. Dans un travail où il faut lutter sans cesse contre une multitude de menaces graves, les préservatifs féminins représentent une petite victoire, parfaitement tangible.

Source : Mantell et al., 2008 ; Frost & Reich, 2009.

Public d'influence 1 : journalistes

Comportement souhaité : naissance d'une prise de conscience sans préjugés sur les préservatifs féminins ; couverture des initiatives et des réussites du programme

Archétype « avant » : ALISHA, 30 ans, animatrice de talk-show radiodiffusé, au Botswana – détractrice des préservatifs féminins.

Alisha anime en semaine une émission destinée aux femmes, qui diffuse de la musique, des entretiens avec des invités en studio et des auditeurs au téléphone. Ces discussions traitent généralement des problèmes des femmes, des relations de genre et des relations personnelles. Elle assiste régulièrement aux présentations et autres manifestations organisées par le gouvernement et/ou aux ateliers abordant les problèmes des femmes. Au fil des ans, elle a participé à plusieurs initiatives relatives aux compétences personnelles à destination des adolescentes, des jeunes femmes et des femmes vivant dans la pauvreté.

Archétype « après » : ALISHA, amie du préservatif féminin - points clés de son parcours

Observation préalable : elle n'est nullement intéressée par les préservatifs féminins. Elle sait à quoi ils ressemblent et ne peut pas imaginer qu'une femme puisse vouloir les utiliser.

Observation : Alisha participe à un atelier des médias sur le genre et le VIH où, pendant une heure, un débat sur le préservatif féminin a lieu. Apparemment, la Journée mondiale du préservatif féminin va avoir lieu. Elle vérifie son courrier électronique pendant que les intervenants du gouvernement et des ONG expliquent l'importance de ce préservatif. Elle découvre alors avec horreur que des préservatifs féminins emballés et des maquettes anatomiques sont présentés aux participants, auxquels on demande d'essayer le produit. Deux jours plus tard, un agent du ministère de la santé la contacte personnellement pour lui demander de prendre part à la Journée mondiale du préservatif féminin.

Essai : pour tester la réceptivité de ses auditeurs, elle annonce simplement que, le 16 septembre 2013, aura lieu la Journée mondiale du préservatif féminin. Elle leur demande alors de lui dire par texto ce qu'ils en pensent et elle lit les messages les plus positifs et ceux négatifs les plus amusants à l'antenne. La quantité de réponses positives la surprend véritablement, tout comme l'enthousiasme des auditeurs en faveur de ce produit. Elle parcourt le kit pour les médias sur les préservatifs féminins qu'on lui a donné dans le cadre de l'atelier, mais n'envisage pas d'essayer les échantillons de produit. Lorsqu'elle est de nouveau contactée pour accueillir un invité en studio qui peut parler des préservatifs féminins et répondre aux questions à ce sujet le 16 septembre, elle accepte malgré quelques réticences.

Action : l'émission du 16 septembre est une réussite. Les deux intervenants (un homme et une femme) sont passionnés, distraits et à l'aise pour parler des sensations que procure le préservatif féminin dans le vagin, contre le clitoris ou contre le pénis. Son invitée raconte sans détour (et de façon comique) sa première tentative d'insertion d'un préservatif féminin. Elle souligne le fait que, après les deux premiers essais, l'insertion était très facile. Alisha s'engage alors dans la discussion et encourage même ses auditeurs à poser des questions sur les préservatifs féminins lors de leur prochaine visite au centre de santé.

Entretien : au cours des mois suivants, elle répond à davantage de demandes de promotion des préservatifs féminins dans le cadre de son émission. Même si elle n'en a toujours pas utilisé un elle-même, elle comprend désormais les avantages indéniables des préservatifs féminins pour toutes les femmes. Elle encourage le programme d'émancipation de la femme avec lequel elle travaille à intégrer la formation aux compétences en préservatif féminin dans ses activités.

Source : Mantell, Stein, & Susser, 2008 ; Frost & Reich, 2009.

Étape 4 : Définir la stratégie des messages

Reportez-vous à la page 19 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 4 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandmnmch/ch-step4/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Objectifs visés

Les objectifs de création de la demande doivent détailler clairement les activités à mettre en œuvre et leurs buts, notamment les changements en termes de connaissance, de croyances et de comportements des publics visés, ainsi que les délais dans lesquels des résultats devront être obtenus. Le cadre des objectifs de communication mesurables et les indicateurs de performance associés en lien avec les programmes de création de demande en faveur des préservatifs féminins doivent intégrer la hiérarchie suivante des objectifs. **Vous trouverez des exemples d'objectifs et d'indicateurs de performance correspondants à l'étape 6, ci-dessous.**

Objectifs du processus	Objectifs de portée du programme	Objectifs de portée sur les comportements	Objectifs d'impact sanitaire
Par ex., cibles pour les nouveaux points de diffusion, nombres d'agents de santé formés à la promotion et nombres d'activités de formation, de médiatisation ou de plaidoyer entreprises.	Par ex., cibles de distribution et augmentation des opportunités, des possibilités et de la motivation des publics en termes d'utilisation des préservatifs féminins.	Par ex., cibles de distribution et augmentation des opportunités, des possibilités et de la motivation des publics en termes d'utilisation des préservatifs féminins.	Par ex., diminution de l'incidence du VIH, de l'incidence des IST et de la mortalité maternelle.

Positionnement

Considérations prioritaires

Le positionnement doit mettre l'accent sur l'aspect unique du préservatif féminin et transmettre les importants avantages émotionnels et fonctionnels que confère l'utilisation du préservatif féminin, démontrés dans le cadre des recherches, afin d'encourager les essais et l'adoption de ce produit. Les facteurs essentiels à prendre en compte sont notamment les suivants :

- La diminution de l'importance de la prévention des maladies dans le positionnement de la promotion du préservatif féminin permet de lever un obstacle critique à l'utilisation du préservatif dans les relations — les préservatifs sont associés à la méfiance et à la tromperie — et donc de jouer sur l'atout émotionnel, la discussion plus harmonieuse et l'acceptation d'une double protection. Cet aspect du positionnement est probablement le plus complexe et le plus nuancé. Cependant, s'il peut être mis en place, il peut grandement améliorer l'acceptabilité.
- Le préservatif féminin offre un autre avantage émotionnel pour les femmes : grâce à lui, elles disposent d'un moyen de se protéger, même dans les cas où les préservatifs masculins ne peuvent pas être utilisés, pour quelque raison que ce soit.
- Les atouts fonctionnels du préservatif féminin sont liés à son efficacité dans la prévention des IST/de l'infection par le VIH et des grossesses non souhaitées, à son exploitabilité pour les femmes, au fait que son utilisation relève de l'initiative de la femme et à leur façon de créer une expérience sexuelle agréable pour les deux partenaires et d'offrir une expérience différente de celle générée par les préservatifs masculins.
- Pour tous les utilisateurs visés, la tranquillité d'esprit est un atout émotionnel d'utilisation qui découle d'un atout fonctionnel (efficacité), car les utilisateurs se savent protégés contre les IST/l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées.

Publics de population générale

Dans la plupart des contextes, le positionnement du préservatif féminin à l'intention des publics de population générale, autrement dit les femmes et leurs partenaires principaux, devra conserver sa pertinence et son attrait au fil du passage des publics de l'observation à l'essai, puis à l'adoption et l'utilisation régulière. Même si l'observation est motivée par le désir des femmes de mieux gérer la prévention des IST/de l'infection par le VIH, les perceptions négatives des attributs et de la fonctionnalité du préservatif féminin doivent être surmontées afin d'inciter à l'essai. L'adoption sur le long terme nécessite que les deux partenaires acceptent le préservatif féminin comme méthode de contraception et/ou de protection de la santé. Le fait que le préservatif féminin repose sur l'initiative de la femme est l'un des points clés de différenciation. Pour le positionnement face aux couples, il convient de veiller à ne pas présenter les préservatifs féminins comme un élément de retrait du pouvoir aux hommes mais plutôt de responsabilisation des deux partenaires.

Pour les **femmes célibataires et sexuellement actives**, le fait que le préservatif féminin soit une méthode relevant de l'initiative de la femme pour se protéger des IST/du VIH est un élément central de son attrait en termes de protection de la santé. Il doit être envisageable pour assurer une promotion de niche permettant de mettre l'accent sur l'aspect unique du préservatif féminin

comme outil proactif de double protection pour les femmes, sans compromettre le positionnement global du préservatif féminin. Cette approche a été utilisée dans le cadre des interventions en faveur du préservatif féminin à destination des étudiants des universités, considérés comme des adoptants précoces de cette méthode dans certains pays tels que l'Afrique du Sud, le Mozambique et le Lesotho.

Voici un exemple de déclaration de positionnement intégrant **la population générale et en faveur des préservatifs féminins dans les régions à forte prévalence du VIH :**

« Le préservatif féminin est la seule méthode initiée par la femme qui, une fois que les utilisateurs y sont habitués, est facile, pratique et agréable à utiliser pour les deux partenaires, et qui confère à la femme la sécurité d'une double protection. »

ou

« Le préservatif féminin est une option agréable et responsable pour des rapports sexuels protégés. »

Travailleuses sexuelles

Pour les **travailleuses sexuelles**, le préservatif féminin est fréquemment positionné comme une méthode gérée et initiée par la femme pour se protéger contre les IST/le VIH, qui offre une alternative essentielle aux préservatifs masculins et qui accroît la capacité des femmes à protéger leur santé. Dans les régions d'épidémies de VIH généralisées, où les préservatifs féminins sont positionnés principalement pour leur attrait auprès des couples mariés et autres relations durables, ce positionnement de niche à utiliser dans le cadre des rapports sexuels commerciaux doit être abordé avec prudence, en s'appuyant sur des approches très ciblées. Si les publics de population générale en viennent à associer les préservatifs féminins au travail sexuel et/ou à la prévention des maladies, le produit risque d'être stigmatisé, ce qui affectera son acceptabilité globale. Dans les régions d'épidémies concentrées, où les travailleuses sexuelles constituent le public visé pour les préservatifs féminins, un positionnement inclusif mettant l'accent sur le contrôle exercé par l'utilisatrice et l'efficacité dans la prévention contre le VIH serait adapté.

Exemple de positionnement pour les travailleuses sexuelles :

« Pour les femmes qui prennent soin de leur santé, le préservatif féminin est le seul produit qui, une fois que vous y êtes habituée, est facile, pratique et agréable à utiliser, pour vous et votre partenaire. Vous disposez ainsi du pouvoir de vous protéger contre les IST/infections par le VIH et les grossesses non souhaitées. »

Promesse clé

La promesse clé du préservatif féminin — dérivée de son positionnement — doit mettre en lumière les principaux atouts associés à son utilisation, par exemple :

- C'est une **méthode relevant de l'initiative de la femme et insérée par elle**.
- Il est **efficace** comme méthode de contraception et pour se protéger des IST et du VIH.
- Son **exploitabilité** pour les femmes est élevée – il est solide, fiable, pratique et facile à utiliser avec un peu d'entraînement.
- Les caractéristiques du produit offrent une **expérience agréable aux deux partenaires**.
- Pour les publics d'influence, la promesse clé doit également tenir compte de la viabilité du programme dans le contexte local et de son **impact sanitaire potentiel**.

L'importance relative accordée à chaque élément de la promesse globale offerte par le préservatif féminin dépendra du public visé de chaque composant du programme, du stade prédominant de changement de comportement au sein de ce public et des données probantes spécifiques au contexte en termes de moteurs et d'obstacles au changement.

La promesse du préservatif féminin faite aux femmes souligne implicitement le fait qu'il permet de faire tomber deux des principales objections des hommes à l'utilisation des préservatifs masculins — l'interruption de leurs ébats et la diminution de la sensibilité — ce qui le rend d'autant plus acceptable par les hommes comme forme de protection. Ces promesses peuvent être détaillées plus explicitement dans le cadre de la promotion de niche des préservatifs féminins à l'intention des femmes célibataires, sexuellement actives. De façon générale, cependant, les promesses doivent mettre l'accent sur les atouts émotionnels de l'utilisation du préservatif féminin et sur ses importants points fonctionnels de différenciation par rapport aux préservatifs masculins et aux autres méthodes contraceptives. Les promesses d'efficacité en matière de prévention des IST/du VIH doivent être implicites ou « tenues pour acquises » dans le cadre des interventions pour créer de la demande dans la population générale.

- Pour les partenaires masculins, le préservatif féminin est la promesse d'une expérience sexuelle agréable car il peut être inséré pendant les préliminaires, il n'exerce aucune compression pendant les rapports et ne nécessite pas de retrait immédiat après l'éjaculation. Le préservatif féminin offre également aux femmes et aux hommes la possibilité de partager la responsabilité de la protection et met à la disposition des couples davantage d'options de protection.

- Dans les régions d'épidémies de VIH concentrées, où les travailleuses sexuelles constituent le public visé prioritaire des programmes en faveur du préservatif féminin, l'acceptabilité par les hommes qui n'aiment pas utiliser les préservatifs masculins est susceptible d'être explicite dans la promesse clé et il conviendrait peut-être de mettre davantage l'accent sur la protection comparable à celle offerte par le préservatif masculin contre les IST/l'infection par le VIH.

Pour que le préservatif féminin devienne une méthode fiable de protection pour tous les utilisateurs visés et leurs partenaires, la promesse clé doit inclure un accès fiable.

Les prestataires de soins de santé et les parties prenantes à l'échelle nationale dans les régions à forte prévalence du VIH sont submergés par les besoins de santé urgents et, pour que le préservatif féminin soit une priorité, ils doivent réellement croire qu'il peut faire une différence. La promesse clé du préservatif féminin à l'intention des prestataires de soins de santé repose sur sa crédibilité en tant qu'alternative viable au préservatif masculin pour une double protection. Il faut présenter aux prestataires des données probantes démontrant non seulement l'efficacité des préservatifs féminins, mais aussi leur utilité et leur acceptabilité pour les femmes et les hommes dans leur contexte local. Les parties prenantes doivent être persuadées que des efforts renouvelés en faveur de la promotion du préservatif féminin ne tariront pas des ressources déjà affectées à la prévention du VIH et à la santé des femmes, mais renforceront d'autres stratégies.

Pour que le préservatif féminin regagne et conserve une crédibilité aux yeux des prestataires et des parties prenantes à l'échelle nationale, la promesse clé doit s'appuyer sur un engagement politique sur le long terme et sur un approvisionnement fiable en préservatifs féminins, ainsi que sur une formation efficace, des outils et un soutien sur le lieu de travail.

Si plusieurs produits de préservatif féminin sont distribués, les promesses clés peuvent être véhiculées par tous les préservatifs féminins distribués dans ce pays ou clairement associées à une marque particulière de préservatif féminin, afin d'éviter toute confusion, erreur ou rejet des publics.

Déclaration de soutien

Chaque promesse clé doit être accompagnée d'une déclaration de soutien qui explique pourquoi le public visé doit y croire. Les promesses clés mentionnées ci-dessus sont étayées par les déclarations de soutien suivantes :

- **Impact potentiel sur la santé :** les évaluations des programmes montrent que, lorsque les interventions en faveur du préservatif féminin ont (a) inclus la formation aux compétences en matière d'insertion et de négociation et (b) ciblé les hommes en tant que partenaires et les prestataires de soins de santé en tant que personne influente, outre les utilisatrices, l'utilisation globale du préservatif a augmenté.
- **Méthode de double protection relevant de l'initiative de la femme :** le préservatif féminin est le seul produit commercialisé relevant de l'initiative de la femme qui protège des IST/du VIH et des grossesses non souhaitées. Une femme n'a pas à dépendre de la volonté de son partenaire d'utiliser ou non un préservatif masculin.
- **Efficacité :** les données issues des essais montrent que le préservatif féminin est efficace à 95 % dans la prévention contre les IST/le VIH et la grossesse. Les essais indiquent également que les préservatifs féminins sont moins susceptibles de se rompre que les préservatifs masculins.
- **Exploitabilité :** (1) Le préservatif féminin peut être inséré pendant les préliminaires et laissé en place pendant plusieurs heures après le rapport. (2) Les essais comportementaux montrent que, après deux à trois essais, les femmes considèrent que le préservatif féminin est facile à insérer et confortable à porter. (3) Le préservatif féminin permet aux couples de partager la responsabilité de leur protection.
- **Expérience agréable pour les deux partenaires :** (1) Étant donné que le préservatif féminin épouse les formes du corps de la femme, l'homme ne se sent pas comprimé au cours des rapports sexuels. (2) La spontanéité du rapport sexuel n'est pas interrompue car la femme peut insérer un préservatif féminin pendant les préliminaires. (3) De nombreuses femmes apprécient la stimulation clitoridienne provoquée par l'anneau externe du préservatif féminin au cours du rapport sexuel. (4) Étant donné que le préservatif féminin ne nécessite pas une érection pour rester en place, l'homme n'a pas besoin de se retirer immédiatement après l'éjaculation.

Messages clés

Les messages clés doivent permettre au public visé de déceler par lui-même et de mettre l'accent sur les atouts émotionnels et fonctionnels des préservatifs féminins, et doivent indiquer les mesures à prendre. Les messages doivent reposer sur des recherches formatives et être adaptés aux éléments suivants :

- Le stade prédominant de changement au sein du public.
- Les obstacles et facteurs favorables à la création de nouveaux utilisateurs dans le contexte du pays.

Messages visant à encourager l'observation

Les messages conçus pour faire passer les utilisateurs visés et les publics d'influence du stade de changement de comportement d'observation préalable à celui d'observation, doivent encourager ces publics et utilisateurs à penser, ou repenser, aux préservatifs féminins et à démontrer les atouts potentiels de cette démarche. À ce stade de changement de comportement, les exemples de composants de message peuvent notamment être les suivants :

Pour les femmes de la population générale, leurs partenaires masculins et les travailleuses sexuelles :

- Le préservatif féminin a été inventé pour aider les femmes à se protéger lors des rapports sexuels.
- Les femmes disposent désormais d'un moyen alternatif assurant une double protection contre les IST/l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées, le préservatif féminin.
- Demandez des préservatifs féminins et davantage d'informations à votre centre de santé le plus proche ou à votre pharmacie.

Pour les publics d'influence :

- Les préservatifs féminins sont de retour sur le devant de la scène. Le gouvernement s'engage en faveur des préservatifs féminins car il s'agit du seul produit disponible que les femmes peuvent utiliser pour se protéger contre les grossesses non souhaitées et les IST/le VIH.
- Le préservatif féminin ne remplace pas le préservatif masculin : il constitue une alternative complémentaire qui augmente l'utilisation globale de préservatifs.
- Découvrez-en davantage sur le programme en faveur du préservatif féminin, par exemple en parcourant ce document ou lors de cette réunion.

Messages destinés à encourager la préparation et/ou l'essai

Les messages conçus pour faire passer les utilisateurs et les publics d'influence de l'observation des préservatifs féminins à l'essai du produit doivent les présenter comme offrant des avantages importants et immédiats, mais doivent aussi gérer les attentes des nouveaux utilisateurs afin qu'ils ne soient pas découragés par les difficultés rencontrées avec les premiers préservatifs essayés.

À ce stade de changement, les exemples de composants de message peuvent notamment être les suivants :

Pour tous les utilisateurs visés :

- Bon nombre d'hommes apprécient les préservatifs féminins car ils ne se sentent pas comprimés au cours des rapports sexuels.
- Après quelques entraînements en suivant le mode d'emploi, la plupart des utilisateurs considèrent que le préservatif féminin est facile à insérer et à retirer, et confortable à porter.
- Essayez les préservatifs féminins. Ils sont disponibles dans votre centre de santé local ou votre pharmacie.

Pour les femmes :

- Reprenez l'initiative grâce au préservatif féminin.

Pour tous les publics d'influence :

- Le préservatif féminin permet d'éviter la transmission du VIH au sein de cette communauté en offrant aux couples une alternative viable aux préservatifs masculins pour une double protection.
- Pour les femmes, le préservatif féminin est facile à utiliser, mais il requiert un peu d'entraînement. Après l'entraînement sur la maquette d'utérus et deux ou trois insertions d'entraînement en suivant le mode d'emploi, les femmes trouvent le préservatif féminin confortable à mettre en place et à utiliser.
- De nombreux hommes déclarent que les rapports sexuels sont plus agréables avec un préservatif féminin. En effet, étant donné qu'il épouse le corps de la femme, les hommes disent qu'ils le sentent à peine pendant le rapport sexuel.
- Assumez vos responsabilités en assurant la disponibilité de ce produit essentiel au sein de cette communauté.

Pour les prestataires de soins de santé et les éducateurs sanitaires :

- Le fait d'intégrer le préservatif féminin aux séances de conseils ne prendra que quelques minutes et votre temps sera bien investi.

Pour les parties prenantes :

- Vous disposerez des produits, des matériels de support et de la formation nécessaires pour intégrer la promotion du préservatif féminin aux programmes existants, pour un coût minime.

Messages visant à encourager l'action

Les messages conçus pour atteindre l'étape critique de transformation de l'essai du préservatif féminin en utilisation régulière doivent encourager les utilisateurs visés et les publics d'influence à adhérer au produit pleinement et à l'identifier, en leur présentant les avantages importants à agir ainsi qui entrent en résonance avec l'expérience d'essai et l'emportent sur les coûts perçus de l'utilisation ou de la promotion du préservatif féminin.

À ce stade de changement, les exemples de composants de message peuvent notamment être les suivants :

Pour les utilisatrices visées :

- Une fois que vous êtes habituées au préservatif féminin, vous découvrez qu'il est pratique, facile et confortable.
- Le préservatif féminin rend le rapport sexuel plus agréable pour les deux partenaires.
- Avec le préservatif féminin, vous êtes aux commandes.
- Avec le préservatif féminin, vous pouvez assumer la responsabilité de votre protection lorsque votre partenaire n'utilise pas de préservatif masculin.

Pour les femmes vivant dans des régions d'épidémies de VIH généralisées et leurs partenaires masculins :

- Utilisez les préservatifs féminins pour éviter les grossesses non souhaitées et rester en bonne santé.

Pour les travailleuses sexuelles :

- Le préservatif féminin est confortable à porter et vous assure une protection efficace.
- Utilisez les préservatifs féminins pour rester maîtresse de la situation et protéger votre santé.
- Il peut être plus facile de négocier l'utilisation d'un préservatif féminin avec un client ou un partenaire non commercial que de négocier l'utilisation des préservatifs masculins.

Pour les publics d'influence :

- De nombreux couples qui essaient le préservatif féminin l'apprécient et utiliseront alors plus souvent des préservatifs. Plus le nombre de couples qui accepteront le préservatif féminin sera important, plus les IST/infections par le VIH et les grossesses non souhaitées seront évitables.
- Le gouvernement considère sérieusement les préservatifs féminins comme une stratégie sur le long terme. Ne craignez pas de créer la demande ; les utilisateurs de préservatifs féminins que vous créez disposeront toujours d'un approvisionnement fiable.
- Participez à la réussite du programme en faveur du préservatif féminin.

Messages visant à encourager l'entretien

Les messages visant à convertir les gains du programme à moyen terme en utilisation et soutien constants doivent rappeler aux utilisateurs et aux promoteurs du préservatif féminin les avantages sur le long terme des préservatifs féminins. Il peut s'agir d'avantages qui tiennent compte des aspects les plus positifs d'une utilisation régulière du point de vue de l'utilisateur, ou de rappeler des avantages si inhérents à l'expérience qu'ils sont désormais considérés comme acquis.

À ce stade de changement, les exemples de composants de message peuvent notamment être les suivants :

Pour tous les utilisateurs visés :

- Le préservatif féminin offre une double protection pratique et agréable pour les deux partenaires.
- Le préservatif féminin est solide et fiable, et les hommes le sentent à peine pendant le rapport sexuel.
- Intégrez les préservatifs féminins à votre relation.
- Ne vous laissez pas surprendre sans préservatif féminin. Vous pouvez toujours en trouver [par ex., à la clinique, à la pharmacie, à un autre point de diffusion].

Pour les travailleuses sexuelles :

- Gardez toujours avec vous une réserve de préservatifs féminins afin d'être sûre de pouvoir vous protéger si un client refuse d'utiliser les préservatifs masculins.

Pour les publics d'influence :

- Les préservatifs féminins sont lancés pour durer et ils permettent de sauver des vies grâce à vos efforts de promotion.

Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Reportez-vous à la page 20 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 5 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step5/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Des approches et activités suggérées sont présentées ici comme des choix appropriés pour communiquer les informations sur les préservatifs féminins aux publics principaux et aux publics d'influence. Ces suggestions sont un point de départ, et une collaboration étroite avec les professionnels de la création et de la communication peut aider à garantir que la conception et la réalisation sont innovantes et convaincantes.

Les exemples d'activités pour un programme de création de la demande en faveur des préservatifs féminins sont présentés sous forme de tableau ci-dessous, en fonction de cinq stratégies d'intervention principales :

1. Intégrer la promotion du préservatif féminin aux services et programmes existants tels que :

- Les services en clinique, comme le planning familial, le SINMR, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les conseils et test pour le VIH, la circoncision médicale volontaire des hommes et le traitement des IST.
- Les services de santé à base communautaire et les programmes d'éducation sanitaire.
- Les initiatives de mobilisation communautaire, surtout celles mettant l'accent sur l'émancipation de la femme et les normes de genre/de relations, les services accueillant les jeunes/adolescents et les services d'assistance aux individus et aux familles affectés par le VIH.
- Les programmes de compétences personnelles, surtout ceux visant à enseigner aux femmes et aux filles des compétences en communication et en négociation.
- Les programmes de sensibilisation visant les travailleuses sexuelles et leurs clients, y compris les organisations et réseaux de travail sexuel.
- Les programmes formels et informels sur le lieu de travail visant les principales industries comme, par exemple, l'alimentation, les industries agricoles et minières, les maisons closes et les services en uniforme.
- Les programmes de marketing social et les réseaux de distribution de préservatifs du secteur public.

2. Créer une prise de conscience et une acceptation des préservatifs féminins chez tous les publics grâce à :

- La CIP.
- La mobilisation communautaire, y compris par l'ED.
- La promotion par les médias, y compris par l'ED.
- L'implication des médias et les exposés médiatiques.
- Les médias sociaux et les sites Web.

3. Valoriser le secteur privé par l'intermédiaire de :

- Points de diffusion traditionnels de préservatifs du secteur privé, comme les pharmacies, les cliniques.
- Points de diffusion non traditionnels de préservatifs du secteur privé, comme les bars.
- Points de diffusion fréquentés par les utilisatrices de préservatifs féminins visées, comme les salons de coiffure.
- Formation des personnels des points de diffusion du secteur privé.

Pour plus d'informations sur les partenariats public-privé autour de la création de la demande, consultez le *Guide des partenariats public-privé axés sur l'augmentation de la demande de produits de SINMR* (The Guide to Public-Private Partnerships in Increasing the Demand for RMNCH Commodities) (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/public-private-partnerships>).

4. Créer une dynamique et des capacités en formant les infirmières, les conseillers non professionnels, les pharmaciens et les agents de santé communautaire grâce aux initiatives suivantes :

- Formation initiale

- Formation sur site
- Visite médicale

5. Obtenir le soutien des parties prenantes grâce à un plaidoyer ciblé et à la participation, notamment grâce aux initiatives suivantes :

- Réunions de sensibilisation, présentations, ateliers et conférences.
- Participation à des groupes de travail technique, par ex., sur le VIH, le planning familial, la SINMR, le genre et l'émancipation de la femme.
- Participation à la politique du secteur de la santé, à des forums de planification stratégique et opérationnelle.

Vous trouverez à la page suivante des exemples d'activités dans chacun de ces cinq domaines d'intervention.

5.1 Intégrer la promotion du préservatif féminin aux services et programmes existants

Exemple de combinaison de canaux	Publics visés	Objet
<p>Services en clinique — par ex., SINMR, et test du VIH, soins, traitement et/ou services de soutien</p> <p>Services de santé et de soutien à base communautaire et programmes d'éducation sanitaire — par ex., SINMR et interventions pour le VIH, et groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH (PPVIH)</p>	<p>Femmes engagées dans une relation</p> <p>Femmes célibataires</p> <p>Partenaires masculins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir aux utilisateurs un choix de préservatifs masculins et de préservatifs féminins afin d'augmenter l'adoption globale des préservatifs. • Étendre le choix en contraceptifs en intégrant les préservatifs masculins et féminins. • Assurer la promotion sur le même lieu que celui de distribution afin de faciliter les essais, l'utilisation répétée et régulière. • Assurer la promotion des préservatifs féminins à grande échelle par l'intermédiaire des structures sanitaires du secteur public. • Utiliser les installations de soins de santé pour renforcer le positionnement du préservatif féminin en tant que double protection et limiter l'aspect prévention des maladies. • Entrer en contact avec les femmes et leurs partenaires par l'intermédiaire des services de conseils, comme les tests du VIH pour les couples, et faciliter la discussion sur les préférences en matière de fertilité. • Assurer la promotion des préservatifs féminins en insistant sur la prévention des IST/du VIH grâce aux conseils en face à face, dans le cadre des services de prise en charge du VIH et des réseaux PPVIH. • Offrir aux femmes et aux couples la possibilité de manipuler les préservatifs féminins, de bénéficier d'une formation, de s'entraîner à l'insertion sur des maquettes d'utérus et de poser des questions à des prestataires formés. • Grâce à des sessions de suivi de routine, encourager les nouveaux utilisateurs à surmonter les difficultés éventuellement rencontrées. • Assurer une formation aux compétences en négociation afin de renforcer l'aptitude à utiliser le produit lui-même. • Assurer la continuité de l'approvisionnement afin d'aider les nouveaux utilisateurs à traverser les difficiles périodes d'essai et de les motiver pour une utilisation continue.
<p>Programmes de sensibilisation destinés aux principales populations à risque</p>	<p>Travailleuses sexuelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître la stigmatisation qui empêche les travailleuses sexuelles d'accéder aux préservatifs féminins par l'intermédiaire des principaux canaux. • Intégrer la distribution du produit à la formation aux compétences en préservatif féminin et en négociation de rapports sexuels protégés. • Assurer la continuité du soutien au cours de la période d'essai critique pour un public dépendant du coût.
<p>Les initiatives de mobilisation communautaire, surtout celles mettant l'accent sur l'émancipation de la femme et les normes de genre et de relations — par ex., les consultations de la communauté, les théâtres interactifs, les vidéos qui encouragent le dialogue</p> <p>Les programmes de compétences personnelles, surtout ceux visant à enseigner aux femmes ou aux couples des compétences en relation, en communication et/ou en négociation — par ex., programme Stepping Stones</p> <p>Les programmes de marketing social et les réseaux de distribution de préservatifs masculins du secteur public</p>	<p>Femmes engagées dans une relation</p> <p>Femmes célibataires</p> <p>Partenaires masculins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder les problèmes nocifs des normes sociales, du genre et des relations et cultiver des normes plus saines. • Encourager les communautés, les familles et les couples au dialogue sur le genre, y compris sur les rôles liés au genre, sur la santé des femmes et sur la transmission du VIH. • Encourager la discussion sur les préférences en matière de fertilité entre les couples en les considérant comme une norme de relation saine. • Favoriser le changement social qui accroît la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels protégés. • Intégrer la formation aux compétences en préservatifs féminins aux programmes de compétences personnelles. • Offrir aux utilisateurs un choix de préservatifs masculins et féminins afin d'augmenter l'adoption globale des préservatifs. • Renforcer le positionnement du préservatif féminin comme complément ou alternative au préservatif masculin. • Utiliser les compétences existantes en vente et CIP des agents chargés de la distribution des préservatifs.

5.2 Créer la sensibilisation et l'acceptation

Exemple de combinaison de canaux	Publics visés	Objet
<p>CIP Activités de CIP spécifiques au préservatif féminin — par ex., activités en face à face ou en petits groupes sur les campus universitaires, sur les lieux de travail, dans les églises, au sein des groupes de jeunes</p>	<p>Femmes engagées dans une relation</p> <p>Femmes célibataires</p> <p>Partenaires masculins</p>	<ul style="list-style-type: none"> Offrir aux femmes et aux couples la possibilité de manipuler les préservatifs féminins, de recevoir des explications, de s'entraîner à l'insertion sur des maquettes d'utérus et de poser des questions à des prestataires en sensibilisation formés. Assurer une formation aux compétences en négociation afin de renforcer la compétence de l'utilisateur vis-à-vis du produit. Assurer la continuité de l'approvisionnement afin d'aider les nouveaux utilisateurs à traverser les difficiles périodes d'essai et de les motiver pour une utilisation continue. Public direct sur les points de distribution des préservatifs féminins.
<p>Événements d'ED à base communautaire, liés et non liés à la santé — par ex., événements communautaires, salons de la santé, tournées de présentation sur les campus universitaires, démonstrations des préservatifs féminins sur les marchés</p>		<ul style="list-style-type: none"> Atteindre des publics vastes par l'intermédiaire d'événements uniques. Utiliser des modèles exemplaires — des figures de la communauté ou publiques — pour soutenir les initiatives en faveur du préservatif féminin. Augmenter la sensibilisation générale et l'acceptation sociale des préservatifs féminins, en favorisant la création d'un environnement permettant aux femmes d'entamer la discussion sur les préservatifs féminins avec les partenaires masculins. Public direct sur les points de distribution des préservatifs féminins.
<p>Promotion médiatique <i>Options à coût réduit</i> : par ex., émissions radio avec appels des auditeurs, émissions radio sponsorisées, placement de produit/message dans les émissions médiatiques ou les reportages</p> <p><i>Options à coût élevé</i> : par ex., campagnes dans les médias faisant appel à la radio, la télévision, la presse, l'affichage, les messageries textuelles</p>	Tous	<ul style="list-style-type: none"> Créer une sensibilisation et une acceptabilité étendues au sein des publics principaux et d'influence. Préparer le terrain pour d'autres canaux. Faire la publicité des points d'accès, des campagnes et des événements. Créer des perceptions positives basées sur les attributs du produit.
<p>Implication des médias et exposés médiatiques — par ex., atelier des médias, événements de formation des médias, communiqués de presse, sensibilisation des journalistes ; couverture par la presse, la radio/télédiffusion et en ligne</p>	<p>Journalistes</p> <p>Tous les utilisateurs visés</p>	<ul style="list-style-type: none"> Générer une couverture médiatique pour créer une sensibilisation aux préservatifs féminins. Contre toutes les perceptions négatives existantes envers les préservatifs féminins chez les journalistes. Créer des perceptions positives du préservatif féminin chez les médias et leurs publics. Créer des conditions propices à la mise en place d'autres activités de création de la demande en étendant la sensibilisation générale. Créer une sensibilisation et une acceptabilité étendues au sein des publics principaux et d'influence. Faire la publicité des points d'accès, des campagnes et des événements.
<p>Médias sociaux et sites Web</p>	Tous	<ul style="list-style-type: none"> Créer une sensibilisation et une acceptabilité étendues au sein des publics principaux et d'influence. Créer des perceptions positives basées sur les attributs du produit. Utiliser des modèles exemplaires pour soutenir les initiatives en faveur du préservatif féminin. Faire la publicité des événements locaux et des points de distribution des préservatifs féminins. Permettre aux publics de choisir le contenu qu'ils reçoivent, notamment le contenu détaillé. Rendre largement disponibles les formations, les programmes et les autres outils à moindre coût. Cibler les utilisateurs plus jeunes et urbains/périurbains.

5.3 Valoriser le secteur privé

Exemple de combinaison de canaux	Publics visés	Objet
Points de diffusion traditionnels — par ex., pharmacies, épiceries	Femmes engagées dans une relation Femmes célibataires Partenaires masculins Travailleuses sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la sensibilisation au produit et à la marque et créer des associations positives — par ex., planification familiale, plaisir sexuel — grâce à une promotion visible sur le point de vente. Promouvoir les préservatifs féminins alternatifs par rapport à ceux distribués par l'intermédiaire des canaux libres afin de stimuler l'intérêt pour la catégorie dans son ensemble. Former le personnel des pharmacies à la démonstration et à la promotion des préservatifs féminins.
Prestataires de soins de santé du secteur privé	Femmes engagées dans une relation Femmes célibataires	<ul style="list-style-type: none"> Voir ci-dessus, services en clinique Cibler les femmes et/ou les couples de catégories socio-économiques supérieures.
Points de diffusion de préservatifs non traditionnels (ciblant des segments de public de population générale) — par ex., salons de coiffure pour femmes et pour hommes	Partenaires masculins	<ul style="list-style-type: none"> Opportunité de promouvoir les préservatifs féminins dans des environnements accueillants pour les femmes, où il est possible de disposer de temps pour les explications, la formation aux compétences en négociation et le dialogue. Option de préservatifs féminins gratuits ou à la vente. Promotion sur le point de vente bénéficiant à la catégorie dans son ensemble. Points de diffusion accueillants pour les hommes, comme les salons de coiffure, pouvant être utilisés pour augmenter la sensibilisation et l'acceptation parmi les hommes.
Points de diffusion non traditionnels (ciblant les principales populations à risque) — par ex., bars, night-clubs, maisons closes, hôtels, motels, pensions, magasins ouverts tard le soir, stations de taxis/motos-taxis	Femmes célibataires Partenaires masculins Travailleuses sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> Rendre les préservatifs féminins disponibles à proximité des lieux où des rapports sexuels ont lieu. Compléter les programmes de sensibilisation ciblant les travailleuses sexuelles grâce à une promotion et une distribution sur site, qui touchent les clients et les femmes à risque qui ne sont pas des travailleuses sexuelles, mais qui ont parfois des rapports sexuels occasionnels et/ou tarifés.

5.4 Former les prestataires de soins de santé et les éducateurs sanitaires

Exemple de combinaison de canaux	Publics visés	Objet
Programmes de formation du gouvernement et des ONG destinés aux infirmières, aux conseillers non professionnels, aux agents de santé communautaire et aux promoteurs de santé — par ex., politiques, recommandations, programmes, manuels et matériels, planning de déploiement, livraison, soutien et contrôle	Prestataires de soins de santé et éducateurs sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la cohérence du message. Changer/modeler les comportements et les attitudes. Apporter au public les connaissances, les compétences et les capacités pour promouvoir efficacement les préservatifs féminins. Lutter contre les perceptions négatives du produit. Susciter l'enthousiasme et créer une dynamique pour la distribution et la promotion, à grande échelle et au niveau de la base.

5.5 Impliquer les décideurs		
Exemple de combinaison de canaux	Publics visés	Objet
Réunions de sensibilisation , présentations et ateliers à tous les niveaux, autrement dit, nationaux à communautaires	Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cibler les principaux points de référence qui peuvent répercuter les informations. • Sensibiliser les leaders et les principales équipes au sein des unités organisationnelles visées — par ex., ministères de la santé. • Recueillir un soutien pour le programme en faveur du préservatif féminin. • Recruter des champions.
Participation à des groupes de travail techniques — par ex., CCSC, VIH, SINMR, genre et émancipation de la femme		<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à faire figurer les préservatifs féminins sur les bons agendas. • Recueillir un soutien et recruter des champions. • Tirer parti de l'expertise technique des membres.
Participer à des forums du secteur de la santé relatifs à la politique, la stratégie et la planification opérationnelle		<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la stratégie du programme en faveur du préservatif féminin aux cycles de planification nationale. • Recueillir un soutien et recruter des champions.

Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)

Reportez-vous à la page 22 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 6 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step5/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Le tableau ci-dessous présente un exemple de cadre de M&E (monitoring et évaluation) pour les interventions de création de la demande en faveur du préservatif féminin :

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs de performance <i>Ventilés en fonction du public visé, du genre, de l'âge et du type de partenaire/statut marital, comme il convient</i>
Impact sanitaire	Source : enquêtes nationales, par ex., Enquêtes démographiques et sanitaires (Demographic and Health Surveys) (EDS) ; enquêtes en grappes à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys) (MICS)
Réduire la mortalité maternelle. (MDG 5.A)	Taux de mortalité maternelle (indicateur MDG 5.1)
Augmenter la prévalence de la contraception. (MDG 5.B)	Taux de prévalence de la contraception (indicateur MDG 5.6)
Stopper la transmission du VIH/SIDA. (MDG 6.A)	<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence du VIH (indicateur MDG 6.1) • Utilisation de n'importe quel type de préservatif au cours du dernier rapport sexuel à haut risque (relation sexuelle avec un partenaire hors mariage, non cohabitant) (indicateur MDG 6.2) • Utilisation de n'importe quel type de préservatif au cours du dernier rapport sexuel par les participants à l'enquête ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (indicateur UNGASS 17)
Résultats du programme — Utilisation de préservatifs féminins	Source : enquêtes spécifiques au programme réalisées auprès des publics et/ ou dans les zones géographiques ciblées par les interventions pour créer de la demande
Les programmes en faveur du préservatif féminin permettent d'augmenter le nombre d'actes sexuels protégés à l'aide de préservatifs masculins ou féminins.	Pourcentage du public visé ayant indiqué avoir utilisé, au cours du dernier rapport sexuel, a) un préservatif, b) un préservatif masculin ou c) un préservatif féminin.
Les programmes en faveur du préservatif féminin diminuent le nombre d'actes sexuels non protégés, à haut risque.	Pourcentage du public visé indiquant avoir utilisé, au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire hors mariage, non cohabitant, a) un préservatif, b) un préservatif masculin ou c) un préservatif féminin.
Les interventions pour créer de la demande augmentent la demande en préservatifs féminins.	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du public visé qui indique utiliser régulièrement les préservatifs féminin dans le cadre de ses méthodes de contraception (pour la contraception et la prévention des IST/du VIH). • Pourcentage du public visé qui indique utiliser le préservatif féminin comme contraceptif préféré.
Résultat intermédiaire — Accès accru aux préservatifs féminins	Source : enquêtes spécifiques au programme, sauf mention contraire
L'utilisation du préservatif féminin est de plus en plus répandue.	Pourcentage de points de diffusion potentiels du préservatif féminin vendant ce produit, par type de point de diffusion.
La qualité de la couverture a augmenté.	Pourcentage de zones géographiques où les préservatifs féminins sont disponibles et où des standards minimum supplémentaires de qualité sont présents.
Les femmes et les hommes pensent qu'ils ont plusieurs possibilités d'obtenir des préservatifs féminins.	Pourcentage du public visé qui s'accorde à dire que les préservatifs féminins sont facilement disponibles.
Davantage d'organisations intègrent les préservatifs féminins à leurs programmes.	Nombre d'organisations programmant activement les préservatifs féminins, par type d'organisation et/ou type d'intervention. [Source : données de routine du programme]

Résultat intermédiaire — Capacité accrue à utiliser des préservatifs féminins	Source : enquêtes spécifiques au programme
Davantage de femmes et d'hommes utilisent correctement le préservatif féminin.	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du public visé qui indique qu'il sait comment utiliser correctement le préservatif féminin. • Pourcentage du public visé qui est capable de démontrer correctement comment utiliser un préservatif féminin sur une maquette.
Davantage de femmes et d'hommes sont capables de convaincre leurs partenaires d'utiliser des préservatifs féminins.	Pourcentage du public visé qui indique être capable de convaincre son partenaire d'utiliser des préservatifs féminins a) pour la planification familiale, b) pour une double protection et c) pour la prévention contre les IST/le VIH.
Davantage de femmes et d'hommes acceptent l'initiative d'utilisation du préservatif féminin prise par leur partenaire.	Pourcentage du public visé qui indique que l'initiative d'utilisation du préservatif féminin prise par leur partenaire est acceptable a) pour la planification familiale, b) pour une double protection et c) pour la prévention contre les IST/le VIH.
Résultat intermédiaire — Motivation accrue à utiliser des préservatifs féminins	Source : enquêtes spécifiques au programme
Les femmes et les hommes croient en l'efficacité du préservatif féminin.	Pourcentage du public visé qui s'accorde à dire que les préservatifs féminins assurent une protection efficace contre a) les grossesses non planifiées, b) les IST, c) le VIH, d) tout (protection double).
Les femmes et les hommes conservent des perceptions positives sur le préservatif féminin.	Pourcentage du public visé qui est d'accord avec les attributs positifs spécifiques aux préservatifs féminins, par ex., ils sont faciles, confortables, pratiques à utiliser ; ils ne diminuent pas le plaisir sexuel pour les utilisatrices et leurs partenaires masculins.
L'environnement soutient l'utilisation du préservatif féminin.	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du public visé qui indique que l'utilisation du préservatif féminin est acceptable dans sa communauté, en fonction du statut de la relation et du type d'utilisation. • Pourcentage du public visé qui s'accorde à dire que l'utilisation du préservatif féminin est acceptable.
Activités/Résultats	Source : enquêtes spécifiques au programme, sauf mention contraire
La disponibilité des préservatifs féminins augmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de préservatifs féminins distribués gratuitement ; nombre de préservatifs féminins vendus. • Nombre de distributions actives ou de points de vente, par type de point de diffusion : nouveaux points de diffusion ; total des points de diffusion.
Davantage de personnes connaissent le préservatif féminin et son mode d'utilisation.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes touchées par des activités de CIP qui intègrent la formation aux compétences en préservatif féminin et en négociation, par public visé. • Nombre de matériels de support distribués, par type de matériels et public visé. • Nombre d'activités de mobilisation communautaire menées, par type d'activité. • Nombre de spots médiatiques produits et diffusés, par message et canal. • Pourcentage du public visé exposé aux interventions. [Source : enquêtes spécifiques au programme] • Pourcentage du public visé qui se souvient des messages clés. [Source : enquêtes spécifiques au programme]
Davantage de personnes sont compétentes pour promouvoir le préservatif féminin.	Nombre de personnes formées à la promotion du préservatif féminin, par cadre.
Davantage d'organisations connaissent le préservatif féminin et savent comment le programmer.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sessions de plaidoyer organisées, par public d'influence. • Nombre d'organisations formées à l'organisation de programmes en faveur du préservatif féminin et des préservatifs dans leur ensemble, par secteur.

Références



- Beksinska, M., Smit, J., Joanis, C., & Hart, C. (2012a). Practice makes perfect: Reduction in female condom failures and user problems with short-term experience in a randomized trial. *Contraception*, 86(2), 127-131.
- Beksinska, M., Smit, J., Joanis, C., & Potter, W. (2012b). New Female Condoms in the Pipeline. *Reproductive Health Matters*, 20(40), 188-196.
- Beksinska, M., Smit, J., Mabude, Z., Vijayakumar, G., & Joanis, C. (2006). Performance of the Reality® polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: A randomized crossover trial among South African women. *Contraception*, 73(4), 386-393.
- Beksinska, M. E., Piaggio, G., Smit, J. A., Wu, J., Zhang, Y., Pienaar, J., et al. (2013). Performance and safety of the second-generation female condom (FC2) versus the Woman's, the VA worn-of-women, and the Cupid Female Condoms: A randomised controlled non-inferiority crossover trial. *The Lancet Global Health*, 1(3), e146-e152.
- Beksinska, M. E., Smit, J. A., & Mantell, J. E. (2012c). Progress and challenges to male and female condom use in South Africa. *Sexual Health*, 9(1), 51-58.
- Choi, K., Hoff, C., Gregorich, S. E., Grinstead, O., Gomez, C., & Hussey, W. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1841-1848.
- Darroch, J. E., Sedgh, G., & Ball, H. (2011). *Contraceptive technologies: Responding to women's needs*. New York: Guttmacher Institute. Retrieved from <http://www.guttmacher.org/pubs/Contraceptive-Technologies.pdf>
- Deering, K. N., Bhattacharjee, P., Bradley, J., Moses, S. S., Shannon, K., Shaw, S. Y., et al. (2011). Condom use within non-commercial partnerships of female sex workers in southern India. *BMC Public Health*, 11(Suppl 6), S11.
- Do, M., & Kurimoto, N. (2011). Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1), 23-33.
- Frost, L. J., & Reich, M. R. (2009). *Access: How do good health technologies get to poor people in poor countries?* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- FSG Social Impact Advisors, Marseille, E., & Kahn, J. G. (2008). *Smarter programming of the female condom: Increasing its impact on HIV prevention in the developing world*. San Francisco: FSG Social Impact Advisors. Retrieved from http://www.fsg.org/Portals/0/Uploads/Documents/PDF/Female_Condom_Impact.pdf
- Gallo, M. F., Kilbourne-Brook, M., Koffey, P. S. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *Sexual Health*, 9(1), 18-26.
- Gouws, E., & Cuchi P. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: A multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 88(Suppl 2), i76-i85.
- Hoffman, S., Mantell, J., Exner, T., & Stein, Z. (2004). The future of the female condom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3), 120-126.
- Hoke, T. H., Feldblum, P. J., Damme, K. V., Nasution, M. D., Grey, T. W., Wong, E. L., et al. (2007). Randomised controlled trial of alternative male and female condom promotion strategies targeting sex workers in Madagascar. *Sexually Transmitted Infections*, 83(6), 448-453.
- Joanis, C., Beksinska, M., Harte, C., Tweedy, K., Linda, J., & Smit, J. (2011). Three new female condoms: Which do South-African women prefer? *Contraception*, 83(3), 248-254.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2010). *UNAIDS monitoring and evaluation fundamentals: An introduction to indicators*. Geneva, Switzerland: UNAIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/8_2-Intro-to-IndicatorsFMEF.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2013). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Geneva, Switzerland: UNAIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
- Kalckmann, S., Farias, N., & Carvalheiro, J. R. (2009). Evaluation of continuity of use of female condoms among users of the Brazilian National Health System (SUS): Longitudinal analysis in units in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(2), 1-12.
- Kaler, A. (2001). It's some kind of women's empowerment: The ambiguity of the female condom as a marker of female empowerment. *Social Science & Medicine*, 52(5), 783-796.
- Kelvin, E. A., Smith, R. A., Mantell, J. E., Stein, Z. A., (2009). Adding the female condom to the public health agenda on prevention of HIV and other sexually transmitted infections among men and women during anal intercourse. *American Journal of Public Health*, 99(6), 985-987.
- Kerrigan, D., Wirtz, A., Baral, S., Decker, M., Murray, L., Poteat, T., et al. (2012). *The global HIV epidemics among sex workers*. Washington, DC: World Bank. Retrieved from <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongSexWorkers.pdf>
- Koster, W., & Groot Bruinderink, M. G. (2012). Female-condom use in Zimbabwe, Cameroon, and Nigeria. *Research for Sex Work*, 13,1. Retrieved from <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/R45W%2013%20-%20Female-Condom%20Use%20in%20Zimbabwe,%20Cameroon%20and%20Nigeria.pdf>

- Koster, W., Groot Bruinderink, M., Kuijper, C., & Siemerink, M. C. (2012). Male views on acceptability and use of female condoms with sex workers: Findings from a qualitative study in Nigeria, Cameroon and Zimbabwe. Poster presented at the 19th International AIDS Conference: Abstract no. THPE203. Retrieved from <http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=17435>
- Liao, S., Weeks, M. R., Wang, Y., Li, F., Jiang, J., Li, J., et al. (2011a). Female condom use in the rural sex industry in china: Analysis of users and non-users at post-intervention surveys. *AIDS Care*, 23 (Suppl 1), 66-74.
- Liao, S., Weeks, M. R., Wang, Y., Nie, L., Li, F., Zhou, Y., et al. (2011b). Inclusion of the female condom in a male condom-only intervention in the sex industry in China: A cross-sectional analysis of pre- and post-intervention surveys in three study sites. *Public Health*, 125(5), 283-292.
- Mack, N., Grey, T. G., Amsterdam, A., Williamson, N., & Matta, C. (2010). Introducing female condoms to female sex workers in Central America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3), 149-155.
- Mantell, J. E., Smit, J. A., Beksinska, M., Scorgie, F., Milford, C., Balch, E., et al. (2011a). Everywhere you go, everyone is saying condom, condom. But are they being used consistently? Reflections of South African male students about male and female condom use. *Health Education Research*, 26(5), 859-871.
- Mantell, J. E., Stein, Z. A., & Susser, I. (2008). Women in the time of AIDS: Barriers, bargains, and benefits. *AIDS Education and Prevention*, 20(2), 91-106.
- Mantell, J. E., West, B. S., Sue, K., Hoffman, S., Exner, T. M., Kelvin, E., et al. (2011b). Healthcare providers: a missing link in understanding acceptability of the female condom. *AIDS Education and Prevention*, 23(1), 65-77.
- Masvawure, T. B., Mantell, J. E., Mabude, Z., Ngoloyi, C., Milford, C., Beksinska, M., et al. (2013). "It's a different condom, let's see how it works": Young men's reactions to and experiences of female condom use during an intervention trial in South Africa. *Journal of Sex Research*, doi: 10.1080/00224499.2013.814043.
- Meekers, D., & Richter, K. (2005). Factors associated with use of the female condom in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 31(1), 30-37.
- Munyana, M. (2006). Promoting the female condom in Burundi. *Exchange on HIV/AIDS, Sexuality and Gender*, 2, 12-13.
- Okunlola, M., Morhason-Bello, I. O., Owonikoko, K. M., & Adekunle, O. (2006). Female condom awareness, use and concerns among Nigerian female undergraduates. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(4), 353-356.
- Population Council, & Liverpool VCT, Care & Treatment. (2009). Female-initiated prevention: Integrating female condoms into HIV risk-reduction activities in Kenya. Nairobi, Kenya: Population Council. Retrieved from http://www.popcouncil.org/pdfs/PGY_FIPMReport.pdf
- Population Services International (PSI) Lesotho. (2011). Formative research study: Female condom pilot project for young women attending institutions of higher learning in Lesotho. Maseru, Lesotho: PSI.
- Reproductive Health (RH) Supplies Coalition. (2012). Product brief: Female condom. Caucus on New and Underused Reproductive Health Technologies. Retrieved from http://www.path.org/publications/files/RHSC_fem_condom_br.pdf
- Schoeneberger, M., Logan, T. K., & Leukefeld, C. (1999). Gender roles, HIV risk behaviors, and perceptions of using female condoms among college students. *Population Research and Policy Review*, 18(1-2), 119-136.
- Skorochod, B. (2010). Marketing and demand creation for second generation female condom (FC2) (presentation). PSI.
- Telles Dias, P. R., Souto, K., & Page-Shafer, K. (2006). Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. *AIDS and Behavior*, 10(Suppl 4), S67-S75.
- Thomsen, S. C., Ombidi, W., Toroitich-Ruto, C., Wong, E. L., Tucker, H. O., Homan, R., et al. (2006). A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5), 397-402.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive Failure in the United States. *Contraception*, 83(5), 397-404.
- Ulibarri, M. D., Strathdee, S. A., Lozada, R., Staines-Orozco, H. S., Abramovitz, D., Semple, S., et al. (2012). Condom use among female sex workers and their non-commercial partners: Effects of a sexual risk intervention in two Mexican cities. *International Journal of STD & AIDS*, 23(4), 229-234.
- United Nations (UN). (n.d.). Millennium Development Goals Indicators. Retrieved from <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/host.aspx?Content=indicators/officialist.htm>
- United Nations (UN). (2011). World contraceptive use 2011 (data chart). Retrieved from http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_wcu2011.xls
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2011a). Comprehensive condom programming: A guide for resource mobilization and country programming. New York: UNFPA. Retrieved from <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/CCP.pdf>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2011b). HIV Prevention Gains Momentum: Successes in Female Condom Programming. New York: UNFPA. Retrieved from <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/MomentumPDFforWeb.pdf>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2011c). State of World Population. People and possibilities: In a world of 7 billion. New York: UNFPA. Retrieved from <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/EN-SWOP2011-FINAL.pdf>

United Nations Population Fund (UNFPA). (2005). State of world population. The promise of equality: Gender equity, reproductive health and the Millennium Development Goals. New York: UNFPA. Retrieved from http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/swp05_eng.pdf

United Nations Population Fund (UNFPA), & Family Health International (FHI) (2010). Global CCP demand generation strategy.

United Nations Population Fund (UNFPA), & Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2006). Female Condom, A Powerful Tool for Protection. Seattle, WA: UNFPA and PATH. Retrieved from https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/female_condom.pdf

United Nations Population Fund (UNFPA), & World Health Organization (WHO). (2006). Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>

Universal Access to Female Condoms Joint Programme (UAFC). (n.d.). Making female condoms available and accessible: A guide on implementing female condom programs. Female condoms 4 All.

Universal Access to Female Condoms Joint Programme (UAFC). (2013). Female condom: Product brief. Female condoms 4 All. Retrieved from http://condoms4all.org/wp-content/uploads/2013/09/UAFC-Female-Condom-product-brief_Sept-2013.pdf

Universal Access to Female Condoms Joint Programme (UAFC), & Maternal, Adolescent and Child Health (MatCH) at University of the Witwatersrand. Developing a strategy for female condom parallel programming: Proceedings of an expert meeting 23–24 November 2011, Durban, South Africa. Retrieved from <http://www.match.org.za/news/Documents/Developing%20a%20Strategy%20for%20Female%20Condom.pdf>

Valappil, T., Kelaghan, J., Macaluso, M., Artz, L., Austin, H., Fleenor, M. E., et al. (2005). Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(1), 35-43.

Weeks, M. R., Liao, S., Li, F., Li, J., Dunn, J., He, B., et al. (2010). Challenges, strategies, and lessons learned from a participatory community intervention study to promote female condoms among rural sex workers in Southern China. *AIDS Education and Prevention*, 22(3), 252-271.

World Health Organization (WHO). (2013, November 25). Adolescents falling through gaps in HIV services (press release). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hiv-adolescents-20131125/en/index.html> December 2013

World Health Organization (WHO). (2011). Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 (sixth edition). Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/magnitude/en/

World Health Organization (WHO), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2000). The female condom: a guide for planning and programming. Geneva, Switzerland: WHO and UNAIDS. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_RHR_00.8.pdf

Yam, E. A., Mnisi, Z., Sithole, B., Kennedy, C., Kerrigan, D. L., Tsui, A. O., et al. (2013). Association between condom use and use of other contraceptive methods among female sex workers in Swaziland: A relationship-level analysis of condom and contraceptive use. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(5), 406-412.

Coordonnées

Hope Hempstone | United States Agency for International Development (USAID) | hhempstone@usaid.gov

Stephanie Levy | United States Agency for International Development (USAID) | slevy@usaid.gov

Zarnaz Fouladi | United States Agency for International Development (USAID) | zfouladi@usaid.gov

Heather Chotvacs | Population Services International (PSI) | hchotvacs@psi.org

Sanjanthi Velu | Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) | svelu1@jhu.edu



Life
Saving
Commodities
Improving access,
saving lives

