



Apprenez à concevoir et à intégrer la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) dans toutes les phases de la prestation de services.

Améliorez la prestation de services et, par la même, les résultats sanitaires en utilisant la CCSC avant, pendant et après la consultation clinique.





Remerciements

L'équipe du projet Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) souhaiterait remercier l'équipe de l'Agence des États-Unis pour le développement international (Agency for International Development – USAID), notamment Hope Hempstone, Angie Brasington, Trish MacDonald et Elaine Menotti pour leur soutien et leurs contributions conceptuelles. Nous souhaiterions également remercier nos collègues d'EngenderHealth, Jhpiego, PSI, IPPF, JSI, Pathfinder et Marie Stopes pour leurs précieuses contributions qui nous ont aidés à façonner le présent kit de mise en œuvre et à fournir des exemples pratiques. En outre, nous souhaitons remercier les personnes suivantes pour leur participation à l'élaboration de ce kit de mise en œuvre.

<u>Auteurs</u>: Donna Sherard, Leigh Ann Evanson, and Heather Hancock <u>Publication et mise en page</u>: Kim Martin, Brandon Desiderio, and Anna Ellis

<u>Conception graphique</u>: Mark Beisser

©2016 The Johns Hopkins University. Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

A	CCUEIL	. 5
	Qu'est-ce que la communication sur les services ?	. 5
	Objet du présent kit de mise en œuvre	. 5
	À quel public est destiné le présent kit de mise en œuvre ?	. 5
	Que contient le présent kit de mise en œuvre ?	. 6
	Comment utiliser le présent kit de mise en œuvre	.7
Α	PPRENTISAGE	. 9
	Qu'est-ce que la CCSC et pourquoi est-elle importante en matière de prestation de services ?	.9
	Qu'est-ce que la communication sur les services ?	12
	Quelles sont les données probantes de la communication sur les services ?	19
C	ONCEPTION DE LA CCSC POUR LES SERVICES DE SANTÉ	30
	Analyse du public	35
	Comprendre les déterminants du changement de comportement	53
	Personnalisation des messages et alignement sur les canaux de communication	66
	Aborder les prestataires comme un public du changement de comportement	82
C	ONSIDÉRATIONS OPÉRATIONNELLES	94
	Pourquoi est-il important de coordonner la CCSC et la prestation de services ?	95
	Modèles de coordination courants de la CCSC/prestation de services	95
	Application des principes de coordination clés10	00

MODÈLES	114
Annexe A : Modèle caractéristiques et facteurs comportementaux du public	115
Annexe B: Fiche de travail Parcours des patients	116
Annexe C: Modèle Segmentation du public	117
Annexe D : Liste de vérification pour évaluer les segments proposés	118
Annexe E : Modèle Public d'influence	119
Annexe F: Fiche de travail Matrice du changement	120
Annexe G : Exemple de résumé du tableau de combinaison de canaux	121
Annexe H : Modèle Profil du prestataire	122
ÉTUDES DE CAS	123
Annexe I: Zimbabwe: Difficultés à faire accéder les patients aux services	124
Annexe J: Kenya: Difficultés entre les patients et les prestataires	134
Annexe K : Bangladesh : Maintien et suivi des comportements	141
Annexe L : Ouganda : Difficultés en matière de coordination	147
Annexe M : Nigéria : Stratégie de communication sur les services en action	154
Annexe N : Ressources	169
Annexe O : Recherche	174

ACCUEIL

Qu'est-ce que la communication sur les services?

La communication sur les services consiste à utiliser les processus et les techniques de la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) pour motiver les comportements liés aux services de santé au sein des publics visés tout au long des soins, à savoir avant, pendant et après les services. En intégrant la CCSC dans vos projets de prestation de services, vous pouvez attirer davantage de patients au sein des structures sanitaires, améliorer les interactions entre les patients et les prestataires et promouvoir l'adoption et le maintien de comportements sains.

Objet du present kit de mise en œuvre

Ce kit de mise en œuvre vise à aider les responsables de projets de prestation de services à utiliser de manière efficace la communication sur les services pour renforcer l'impact de leur projet. Le présent kit de mise en œuvre peut aider à accroître la demande et l'utilisation de services, et à améliorer le maintien régulier à long terme de comportements sains. Il est conçu pour aider les utilisateurs à comprendre les principaux concepts de la communication sur les services, à appliquer les techniques de CCSC pour créer des activités de communication positives et à apprendre à coordonner les efforts avec les projets de CCSC.

À quel public est destine le present kit de mise en œuvre?

Les utilisateurs visés par le présent kit de mise en œuvre sont les concepteurs et les responsables de projets chargés d'améliorer la prestation de services par une meilleure intégration de la CCSC dans les services, soit au moyen d'une mise en œuvre directe, soit en collaborant avec un partenaire CCSC. Le personnel des organisations ou des entités qui fournissent des services sanitaires cliniques gagnera lui aussi à comprendre le contenu du présent kit de mise en œuvre. Dans l'idéal, les utilisateurs doivent avoir quelques connaissances sur la théorie et les processus de la CCSC et doivent être désireux de mieux appliquer ces concepts dans le cadre de leur prestation de services.

Que contient le present kit de mise en œuvre?



Informations générales

Principaux concepts, approches de programme et données probantes de la communication sur les services



Instructions de conception pas à pas

Instructions pas à pas relatives à la conception d'activités et d'informations de CCSC pour les services de santé



Instructions relatives à la coordination

Principaux modèles et principes pour une coordination efficace entre les partenaires CCSC et de prestation de services



Fiches de travail et ressources

Fiches de travail et modèles aidant à l'application des principes de la communication sur les services, et ressources auxquelles se référer ultérieurement



Études de cas

Exemples de projets ayant utilisé avec succès la communication sur les services pour résoudre des difficultés

Comment utilizer le present kit de mise en œuvre

Vous pouvez utiliser le présent kit de mise en œuvre pour vous aider à intégrer la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) dans toute les phases de la prestation de services, que ce soit par une coordination plus efficace avec les projets CCSC ou en élaborant vos propres activités de communication.

- Commencez par en savoir plus sur la communication sur les services.
 Découvrez ce qu'est la communication sur les services et comment elle peut être employée tout au long des trois phases de la prestation de services. Examinez les données probantes de la communication sur les services.
- Apprenez ensuite à concevoir vos propres activités de communication en suivant les Instructions pas à pas relatives à la conception de la CCSC pour les services de santé.
- Découvrez ensuite comment coordonner de manière plus efficace vos efforts avec vos partenaires CCSC afin d'obtenir ensemble des résultats sanitaires positifs dans la section Considérations opérationnelles.
- Enfin, apprenez de l'expérience d'autrui en examinant les cinq études de cas montrant l'application réussie des principes de la communication sur les services dans le cadre de projets..

Le present kit de mise en œuvre comprend quatre sections :



<u>Apprentissage</u>

Présentation du contenu, de l'objet et de la justification du kit de mise en œuvre, et résumé des données probantes de la CCSC dans le cadre des services.



Conception de la CCSC pour les services de santé

Principes clés et instructions pas à pas à suivre pour concevoir correctement des activités de communication pour les services de santé.



Considérations opérationnelles

Conseils et directives relatifs à la manière dont les partenaires en charge de la prestation de services et de la CCSC peuvent collaborer efficacement dans divers scénarios de mise en œuvre.



<u>Études de cas</u>

Cinq études de cas illustrant l'application réussie des principes de la CCSC à des programmes de prestation de services.

APPRENTISSAGE

Cette section présente la communication sur les services. Prenez le temps de parcourir les principes clés et la justification de la communication sur les services, car nous nous référerons à ces informations tout au long du présent kit de mise en œuvre :

Qu'est-ce que la CCSC ? Comprendre les principaux concepts et la terminologie de la CCSC.

Qu'est-ce que la communication sur les services ? **Découvrez ce qu'est la** communication sur les services, pourquoi elle doit être utilisée et comment l'appliquer au mieux tout au long des soins.

Quelles sont les données probantes de la communication sur les services ? Examinez les données probantes de la communication sur les services et accédez à des recherches supplémentaires.

Qu'est-ce que la CCSC et pourquoi est-elle importante en matière de prestation de services ?

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) consiste à utiliser la communication pour changer les comportements, notamment l'utilisation des services, et promouvoir le changement social en influençant de manière positive la connaissance, les attitudes et les normes sociales.

La CCSC ne se limite pas à la transmission d'un simple message ou slogan. Elle englobe tous les moyens de transmission des informations, tant individuels que collectifs. Les puissants outils utilisés par les programmes CCSC comprennent les médias, les activités au niveau communautaire, la communication interpersonnelle, les technologies d'information et de communication, ainsi que les nouveaux médias.

Une CCSC efficace est essentielle pour améliorer les comportements et les résultats sanitaires tout au long des soins. La CCSC peut aider à accroître la demande et l'utilisation de services, et à améliorer le maintien régulier à long terme des comportements. La CCSC joue un rôle clé à chaque phase de la prestation de

services sanitaires, aussi bien avant que pendant et après. Pendant la phase *précédant* la prestation de ces services, la CCSC peut **aider à attirer les patients** en instaurant un soutien individuel et communautaire en matière de santé et de services connexes, en influençant les normes et en créant une demande auprès des patients visés. *Pendant* la prestation de services, les techniques de la CCSC peuvent être utilisées pour **améliorer l'expérience des patients et s'assurer qu'ils adoptent de nouveaux comportements** en améliorant les compétences des prestataires en matière de conseil et la prise en charge des patients. *Après* la prestation des services, la CCSC peut **aider au suivi et au maintien des comportements** en créant et en maintenant des liens entre les communautés et les prestataires de services.

La CCSC peut également contribuer à assurer une demande et un accès réguliers aux services en incitant les personnes d'influence et les leaders communautaires à la mobilisation communautaire et au plaidoyer en faveur de la modification des normes sous-jacentes relatives à la fréquentation des services.

Principes clés de la CCSC

- La CCSC est un processus : la CCSC est un *processus* intégral et non un produit. Les produits et matériel de communication, tels que les affiches, les spots télévisés ou radio, les tableaux à feuilles mobiles ou les dépliants ne sont qu'une petite partie du processus de la CCSC. Une CCSC efficace commence par une recherche et une analyse afin de cerner le contexte et le public visé. Des stratégies sont ensuite élaborées afin de coordonner les messages clés entre plusieurs canaux (supports imprimés, communication au niveau communautaire, médias sociaux, communication interpersonnelle, radio, télévision) en vue d'atteindre le public visé.
- La CCSC fonctionne à plusieurs niveaux : Pour obtenir un changement social et comportemental durable, les programmes de CCSC doivent s'appliquer à plusieurs niveaux du système, à savoir individuel, familial, communautaire, prestation de services et environnement favorable. La CCSC reconnaît que le changement individuel et social ne se produit pas à partir du néant, mais dépend de normes et de systèmes structurels de grande envergure.

- La CCSC s'applique à plusieurs niveaux : la CCSC coordonne les messages entre divers canaux de communication afin d'atteindre plusieurs niveaux de la société. Le changement comportemental et social est le plus susceptible de se produire à travers l'exposition répétée et variée aux messages.
- La CCSC est stratégique : les programmes de CCSC sont fondés sur des bases théoriques et sont élaborés à partir de données probantes qui aident les concepteurs de ces programmes à comprendre la situation, le public et les programmes existants.

Qu'est-ce que la communication sur les services?

La communication sur les services consiste à utiliser les processus et les techniques de la CCSC pour motiver les comportements liés aux services de santé au sein des publics visés tout au long des soins, à savoir avant, pendant et après les services. La communication sur les services peut être appliquée aux services



communautaires et au niveau des structures dans divers domaines de santé afin d'améliorer divers résultats comportementaux ; par exemple, créer au sein des couples la demande de tests de dépistage du VIH *avant* qu'ils ne recherchent des soins, inciter les femmes en âge de procréer à entamer une planification familiale à long terme *pendant* la phase de conseil clinique ou encourager les soignants à veiller à ce que leurs enfants prennent une dose complète de polythérapies à base d'artémisinine (ACT) *après* un résultat positif du test de dépistage du paludisme.

La communication sur les services peut également servir à améliorer les performances des prestataires (communication pour le changement de comportement des prestataires) auprès des patients *pendant* et *après* le service clinique.

La communication sur les services peut emprunter plusieurs canaux, notamment la mobilisation et la sensibilisation communautaires, la communication interpersonnelle, les télévisions et les radios locales, les documents imprimés et les médias sociaux. Les canaux les plus courants sont les réseaux interpersonnels et communautaires, ainsi que les documents imprimés.

Les agents d'implémentation en charge de la prestation des services peuvent concevoir et mettre en œuvre leurs propres activités de communication, travailler en collaboration avec un agent d'implémentation de la CCSC ou opter pour les deux approches. Quel que soit le mode d'implémentation choisi, la communication sur les services est essentielle pour obtenir des changements de comportement, à

savoir accroître la demande, promouvoir l'utilisation des services et assurer le maintien régulier à long terme de ces comportements, dans le cadre des trois phases de la prestation de services. Reportez-vous à la section Conception pour consulter les instructions relatives à la conception de vos propres activités de communication. Reportez-vous à la section Considérations opérationelles pour consulter les instructions relatives à la coordination efficace des efforts avec les projets de CCSC.

La communication sur les services porte sur des determinants clés

Les programmes doivent, dans un premier temps, identifier et cerner les déterminants les plus importants qui rendent difficile, voire impossible, l'adoption des services avant d'élaborer les messages et les stratégies de communication. Ces déterminants peuvent inclure les connaissances, les attitudes, les normes sociales et divers autres « facteurs idéationnels ».

Le tableau ci-dessous explique comment les activités de communication sur les services peuvent aborder les déterminants comportementaux identifiés et contribuer, en fin de compte, à améliorer l'utilisation des services et le maintien de comportement.

ACTIVITÉS ET CANAUX DE LA CCSC	DÉTERMINANTS COMPORTEMENTAUX	RÉSULTAT SUR LES COMPORTEMENTS
 Dialogue au sein de la communauté et sensibilisation communautaire sur l'importance des tests de dépistage du VIH Formation des prestataires et encadrement coopératif des prestataires qui travaillent auprès des jeunes sexuellement actifs 	 Sensibilisation aux services de prise en charge du VIH disponibles; soutien social perçu pour les tests de dépistage; attitudes vis-à-vis des tests de dépistage Attitudes, connaissances, compétences et autonomie des prestataires; attitudes des clients vis-à-vis des prestataires Connaissances, motivation des soignants; accessibilité aux services Normes relatives à la fréquentation des services de santé; attitudes vis-à-vis des services et des prestataires de soins 	Amélioration de l'utilisation des services et du maintien des comportements

 Rappels par SMS envoyés 	de santé ; dialogue social sur des	
aux soignants de jeunes	thèmes de santé	
enfants		
 Campagne dans les 		
médias de marque		
sur les services de		
planning familial ciblant		
les femmes en âge de		
procréer		

Importance de la communication sur les services tout au long des trois phases de la prestation de services

Chaque phase de la prestation de services offre des opportunités de communication uniques et fondamentales en vue d'accroître la demande et de promouvoir l'utilisation des services, et d'aider les publics visés à maintenir les nouveaux comportements. Il est important de garder en tête que la CCSC non seulement engage chaque client et prestataire sur le plan individuel, mais a également une influence à d'autres niveaux de la société : national/politique, communautaire/structure sanitaire et pairs et famille. Les patients et les prestataires sont influencés par de nombreux facteurs, à plusieurs niveaux : individuel, interpersonnel, communautaire et structure, et national. Ces niveaux d'influence sont résumés dans le cadre socio-écologique ci-dessous :

Modèle socio-écologique :

Environnements favorables

Direction
 Ressources et services
 Valeurs religieuses et culturelles
 Normes de genre

Politiques et réglementations
 Média et technologie
 Conseils et protocoles
 Égalité des revenus

Prestation de services

- Accès
- Qualité
- Volume des patients
- · Satisfaction des patients

Communauté

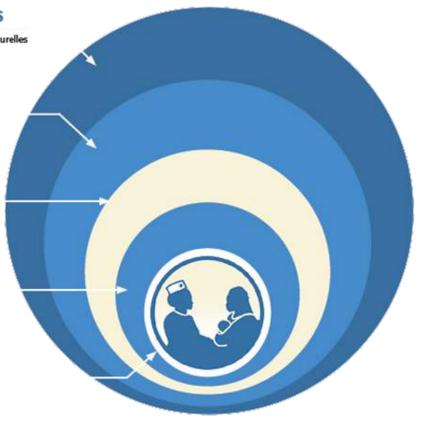
- Direction
- Accès aux informations
- Capital social
- Efficacité collective

Résaux familial et de pairs

- Influence des pairs
- Communication au sein du couple
- · Influence du partenaire et de la famille
- Soutien social

Individus

- Connaissances
- Autonomie
- Compétences
- Perception des normes
- Convictions et valeurs
- Émotions



Le tableau ci-dessous résume les rôles de la communication sur les services à chaque niveau du cadre socio-écologique au cours des trois phases de la prestation de services.

Rôle de la CCSC en matière de prestation de services

AVANT	PENDANT	APRÈS		
 Niveau national/politique Plaidoyer en faveur de politiques et d'une législation favorables Communication des politiques et des protocoles Création de la demande, campagnes de sensibilisation Élaboration de la stratégie de marque/communication sur les services Réponse aux croyances et informations erronées Niveau communautaire/de la 	Niveau national/politique Liaboration d'outils de travail Planification, implémentation de campagne Niveau communautaire/de	Niveau national/politique Création d'indicateurs CCSC pour le cadre Surveillance et évaluation		
 Structure Gestion des pratiques et des normes sociales et de genre Promotion de champions communautaires Fourniture d'informations précises Promotion/amélioration de l'image des prestataires au sein de la communauté Réponse aux préjugés et attitudes négatives des prestataires Réponse aux croyances et informations erronées Lutte contre la stigmatisation Activités de sensibilisation Référents informés 	 Renforcement des liens au sein de la communauté/structure Alignement des stratégies de demande sur l'offre Expansion de la demande de services au sein des populations défavorisées et difficiles d'accès au moyen de la sensibilisation communautaire Élaboration d'outils de supervision formative pour la CCSC destinés aux prestataires 	 communautaire/de la structure Renforcement des liens au sein de la communauté/ structure pour le suivi Conseils sur la mise en œuvre du composant de la CCSC des outils de supervision formative Collecte des données de suivi et d'évaluation des processus pour les indicateurs CCSC Renforcement des normes sociales et communautaires 		

Niveau interpersonnel/des pairs Promotion de champions parmi les patients Levée des obstacles liés aux normes de genre et aux rapports de force Facilitation des compétences en matière de communication interpersonnelle Référents informés	Niveau interpersonnel/des pairs Assistance des groupes de soutien Promotion du coaching au sein des équipes de santé	un environnement communautaire et familial propice Niveau interpersonnel/des pairs Assistance des groupes de soutien comme stratégie de maintien
 Au niveau individuel Levée des obstacles individuels liés aux connaissances, aux attitudes et à la motivation Mise en évidence des coûts/avantages associés au changement CIP, sensibilisation, médias sociaux et autres TIC afin de lever les obstacles plus complexes 	 Au niveau individuel Gestion des normes relatives aux prestataires, lutte contre la stigmatisation Amélioration des compétences en matière de conseil 	 Au niveau individuel Promotion du maintien des comportements au moyen d'outils et de messages

Tout au long de chaque étape, la communication contribue également à ce qui suit :

- Gestion des normes sociales qui affectent la demande, l'adoption du comportement et le maintien du comportement après le service
- Influence sur les perceptions, les croyances et les attitudes relatives au problème de santé et aux services et produits qui permettent sa prévention ou son traitement

- Plaidoyer en faveur de politiques de soutien et d'investissements visant à améliorer les programmes de prestation de services et les activités de CCSC associées
- Renforcement des relations organisationnelles aussi bien au sein des services et des systèmes sanitaires, qu'entre ces systèmes et ces services, par exemple entre les services à base communautaire et les services des structures sanitaires



Le modèle de programmation Offre-Environnement favorable-Demande (Supply-Enabling Environment-Demand (SEED) Programming Model™) développé par EngenderHealth est un exemple illustrant comment des programmes peuvent être conçus pour gérer des déterminants comportementaux à plusieurs niveaux, notamment structurel, individuel, communautaire et systèmes de santé.

Le modèle de programmation SEED Programming Model™ peut aider à s'assurer que : que les services sont disponibles et de qualité, que la demande de services est suffisante, que des normes propices sont en place et que les systèmes sanitaires et politiques sont favorables aux services. En savoir plus sur le SEED Model™ ici.

Quelles sont les limites de la communication sur les services?

Bien que la CCSC joue un rôle primordial dans l'amélioration de la prestation et de l'utilisation des services, plusieurs obstacles, que la CCSC seule ne permet pas d'éliminer, peuvent empêcher le changement de comportement :

- Infrastructure inadaptée ou moyens logistiques susceptibles de mettre à mal la motivation des prestataires, d'augmenter la charge de travail et de restreindre les services disponibles
- Approvisionnement de produits insuffisant, rendant difficile, voire impossible, la prestation de services de qualité supérieure
- Incapacité des patients ou des consommateurs à payer les produits et services, renforçant la croyance que les services sont inaccessibles et hors de la portée des patients visés

Pour améliorer les comportements limités par ces obstacles, une coordination avec d'autres interventions est nécessaire, notamment le renforcement des systèmes de santé, une réforme financière et l'approvisionnement de produits. Toutefois, il est possible d'utiliser des techniques de communication pour mieux sensibiliser les décideurs et demander qu'une plus grande attention et davantage de ressources soient consacrées à ces obstacles.

Quelles sont les données probantes de la communication sur les services ?

Les évaluations des programmes de CCSC ont montré comment la CCSC contribue à améliorer les résultats sanitaires au sein des populations qui fréquentent les services, notamment une diminution de l'incidence du VIH et une augmentation du taux de prévalence de l'utilisation de contraceptifs. Cependant, il n'est pas toujours possible d'attribuer la totalité de l'impact sur la santé à un programme individuel ou à la CCSC seule. Cela est particulièrement le cas si les obstacles au changement de comportement ne peuvent pas être levés par la communication seule (p. ex. des politiques déficientes ou restrictives, l'absence de services ou des produits limités). En conséquence, de nombreux programmes de CCSC mesurent les résultats intermédiaires à court terme, tels que l'amélioration des connaissances, le recul de

la stigmatisation, l'autonomie accrue et l'augmentation de l'intention de fréquenter les services.

Des données probantes de plus en plus nombreuses issues des évaluations des programmes ont démontré le rôle de la CCSC, en particulier pour essayer d'identifier une corrélation positive entre l'exposition à la CCSC et les changements signalés par les résultats intermédiaires dans divers domaines de santé, notamment le planning familial, la prévention du VIH, le paludisme, ainsi que la santé maternelle et infantile. Les exemples suivants illustrent l'impact positif de la CCSC dans l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Planning familial

Plusieurs études ont montré que les médias et les interventions interpersonnelles, associés à la prestation de services, ont accru l'intention d'utiliser et de demander des contraceptifs modernes, et ont augmenté la prévalence de l'utilisation de contraceptifs, contribuant ainsi à baisser les taux de fécondité. Pour obtenir ces résultats, les programmes de planning familial ont intégré la CCSC pour :

- Créer une demande éclairée et volontaire en matière de produits et de services de planning familial
- S'assurer que les individus puissent utiliser les contraceptifs de manière correcte et appropriée
- Améliorer l'interaction entre le patient et le prestataire
- Fournir des informations précises sur le sexe, la sexualité et la fécondité
- Répondre aux préjugés concernant les contraceptifs et leurs effets
- Mieux faire accepter le planning familial au sein de la société

L'initiative pour la santé reproductive en milieu urbain au Nigéria (Nigerian Urban Reproductive Health Initiative - NURHI) est financée par la Bill & Melinda Gates Foundation et est gérée par le Centre des programmes de communication (Center for Communication Programs, CCP) Johns Hopkins. L'initiative NURHI intègre des services de qualité supérieure et une CCSC efficace tout au long des trois phases de

la prestation de services. Pendant la première phase du projet (2009–2014) menée dans six centres urbains, le projet a démontré une amélioration des connaissances sur les méthodes de planning familial modernes et les lieux où les services sont disponibles, ainsi qu'une augmentation des taux de prévalence de l'utilisation de contraceptifs dans chaque ville où a été implémenté le projet.

Principal service de SR	Ab	uja	Beni	n City	lba	dan	llo	rin	Kad	luna	Za	ria
que fréquentait le patient	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin
Planning familial	16,7	51,3	11,9	24,7	5,9	43,4	9,9	43,7	8,0	42,4	1,8	37,7
Soins prénataux	30,4	8,7	30,9	27,1	38,8	18,1	39,2	25,0	48,4	34,7	91,8	40,3
Services d'accouchement	0,5	0,2	0,2	0,0	0,6	0,6	0,7	1,6	2,6	0,0	0,0	0,4
Soins postnataux	2,6	0,0	2,8	0,3	2,1	0,9	0,4	0,9	5,2	0,2	0,0	1,4
Soins après avortement	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1	0,0	0,3
Santé infantile ¹	35,1	38,7	46,0	42,1	38,9	21,1	36,6	18,3	20,1	12,6	6,4	12,5
Gestion des IST, gestion du VIH/SIDA, VCT	0,2	0,0	0,6	0,1	0,4	2,8	0,1	0,0	1,8	0,4	0,0	0,3
Services curatifs	13,5	0,5	7,0	5,7	12,9	12,9	10,6	10,2	13,4	9,4	0,0	7,2
Autre	0,5	0,7	0,5	0,1	0,2	0,1	2,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Nombre de patients	855	600	818	794	1362	1339	809	977	812	959	784	722

¹la santé infantile inclut la surveillance de la croissance et la vaccination des enfants

Plus d'informations sur le projet NURHI | Étude de cas NURHI

Pour plus de données probantes liées au planning familial et relatives à l'impact de l'intégration de la CCSC et des services de santé, consultez les ressources suivantes :

- Communication sur la santé : Favoriser des décisions volontaires et éclairées
- Les interventions réalisées par téléphone portable pour soutenir la personne dans l'utilisation du planning familial et/ou de la contraception
- Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV
- Cluster Randomized Controlled Trial Evaluation of a Gender Equity and Family Planning Intervention for Married Men and Couples in Rural India
- Base de données contenant les données probantes liées au planning familial (bientôt disponible)

Prévention du VIH

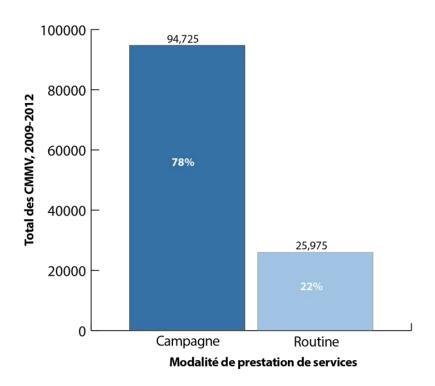
Les programmes de prévention du VIH assurant la circoncision masculine médicalisée volontaire (CMMV) se sont efforcés de coordonner la création de la demande et la prestation du service. La communication a amélioré la sensibilisation aux services et levé les obstacles liés à la peur, la désinformation et les normes sociales.

La communication sur les services a également permis d'augmenter les ventes et l'utilisation de préservatifs. Par exemple, en l'an 2 000, une campagne de CCSC a été menée à travers plusieurs canaux au Ghana, notamment dans les médias et auprès des communautés, en faisant appel aux leaders. Immédiatement après la mise en œuvre de cette campagne, les ventes de préservatifs ont augmenté de 3,2 millions et cette tendance à la hausse s'est poursuivie en moyenne de 1,2 million par an.



Les programmes de prévention du VIH assurant la circoncision masculine médicalisée volontaire (CMMV) se sont efforcés de coordonner la création de la demande et la prestation du service. La communication a amélioré la sensibilisation aux services et levé les obstacles liés à la peur, la désinformation et les normes sociales.

La communication a également renforcé les comportements post-opératoires positifs (abstinence à court terme, traitement des plaies et questions liées aux relations sexuelles et aux rapports entre hommes et femmes). Entre 2009 et 2012, les campagnes de création de la demande pour la CMMV à Iringa, en Tanzanie, ont entraîné une amélioration considérable de l'utilisation des services par rapport aux périodes sans campagne. Étude de cas intégrale.



Source: Kanagat, Natasha, Amelia Rock, Hally Mahler, Karin Hatzold, C. Sophia Magalona, and Tigistu Adamu. 2013. Matching Demand with Supply: Scaling Up Voluntary Medical Male Circumcision in Tanzania and Zimbabwe. Case Study Series. Arlington, VA: USAID'S AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1, and MCHIP-Maternal and Child Health Integrated Program.

Pour plus de données probantes liées au VIH et portant sur l'impact de l'intégration de la CCSC et des services de santé, consultez les ressources suivantes :

- Impact of Health Communication on the HIV Continuum of Care
- Making the Case for SBCC for Reproductive Health Among Youth

- HC3 HIV Evidence Database
- Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention

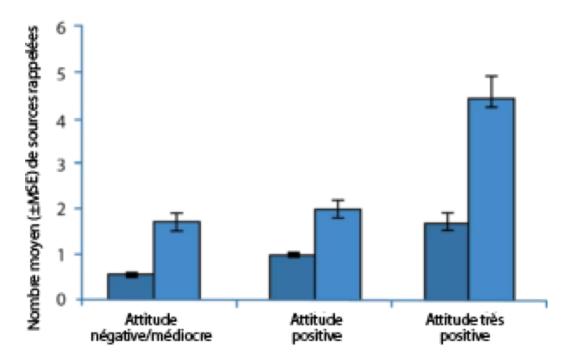
Paludisme

La communication sur les services a contribué à améliorer les résultats sanitaires liés au paludisme. La communication sur les services liés au paludisme a été utilisé pour :

- Accroître la demande et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Changer le comportement des prestataires en matière de diagnostic et de traitement du paludisme
- Améliorer le respect des polythérapies à base d'artémisinine (ACT)
- Répondre aux mythes et préjugés concernant le paludisme
- Changer les normes relatives à la fréquentation des services de santé

Par exemple, un essai randomisé par groupes au niveau des structures sanitaires réalisé en Tanzanie a révélé que la communication a permis d'améliorer le respect par les prescripteurs des résultats des tests de diagnostic rapides et de faire tomber quasiment à zéro la prescription excessive de médicaments contre le paludisme.

En Ouganda, la communication sur les services a permis d'améliorer la durabilité nette. Les activités, conçues par un groupe composé d'agents de santé, d'enseignants, de leaders de district et d'experts de la CCSC, incluaient des interventions dans les médias, la mobilisation communautaire et des affiches installées dans les cliniques. L'évaluation a montré que cette intervention a entraîné une amélioration des connaissances et des attitudes vis-à-vis des soins et des réparations, qui a eu un impact positif sur l'état net.



Source: Impact of a behaviour change communication programme on net durability in eastern Uganda

Les résultats présentés ci-dessous obtenus à l'issue d'un essai randomisé par groupes au niveau des structures sanitaires réalisé en Tanzanie ont révélé que la communication a permis d'améliorer le respect par les prescripteurs des résultats des tests de diagnostic rapides et de faire tomber quasiment à zéro la prescription excessive de médicaments contre le paludisme. Les activités de communication incluaient des ateliers interactifs par petits groupes, l'envoi de SMS de feedback et de motivation aux prestataires, ainsi que la mise à disposition de dépliants aux patients dans les structures sanitaires et des affiches installées dans les cliniques. Chacune de ces activités a permis de réduire progressivement la prescription excessive de traitements contre le paludisme. Le comportement des prestataires a changé au moyen de cette combinaison d'activités de communication.

Le tableau ci-dessous présente les résultats de cette communication.

Impact des interventions sur la prescription de traitements contre le paludisme, l'utilisation des TDR et la prescription d'antibiotiques

RESULTAT	BRAS	NOMBRE DE PATIENTS	NOMBRE DE PRÉVALENCES (%)	(IC 94	DR AJUSTÉ ^B (IC 95 %)	VALEUR P
				%)		

Patients souffrant de fièvre traités par rAM	Témoin	9 231	2 180 (24 %)	0	0	
	HW	9 752	1 700 (17 %)	0,07 (0,004, 0,13)	0,03 (-0,04, 0,10)	0,44
	HWP	7 887	1 304 (16 %)	0,07 (0,01, 0,14)	0,05 (-0,002, 0,10)	0,06
Patients ne souffrant pas de fièvre traités par rAM	Témoin	4 863	82 (2 %)	0	0	
	HW	6 062	193 (3 %)	-0,003 (-0,02, 0,01)	0,002 (-0,01, 0,01)	0,52
	HWP	5 984	40 (1 %)	0,01 (-0,01, 0,03)	0,002 (-0,01, 0,01)	0,73
Utilisation de TDR						
Patients souffrant de fièvre dépistés par TDR	Témoin	9 297	4 960 (53 %)	0	0	
	HW	9 825	5 374 (55 %)	-0,04 (-0,15, 0,07)	-0,04 (-0,20, 0,10)	0,57
	HWP	7 963	5 153 (65 %)	-0,12 (-0,21, -0,03)	-0,02 (-0,13, 0,09)	0,72
Non testés éligibles aux TDR (fièvre et aucun autre diagnostic évident)	Témoin	8 241	3 697 (45 %)	0	0	
	HW	9 064	4 000 (44 %)	0,04 (-0,07, 0,15)	0,06 (-0,11, 0,23)	0,44

	HWP	7 292	2 459 (34 %)	0,12 (0,04, 0,21)	0,18 (0,05, 0,32)	0,01
Testés non éligibles aux TDR (absence de fièvre)	Témoin	4 874	587 (12 %)	0	0	
	HW	6 083	955 (16 %)	-0,01 (-0,07, 0,04)	0,01 (-0,06, 0,07)	0,86
	HWP	6 000	518 (9 %)	0,02 (-0,05, 0,09)	0,02 (-0,04, 0,09)	0,43
Traitement de présomption						
Éligibles aux TDR et soumis à un traitement de présomption pour le paludisme	Témoin	8 241	471 (6 %)	0	0	
	HW	9 064	374 (4 %)	0,02 (-0,01, 0,05)	0,01 (-0,02, 0,04)	0,40
	HWP	7 292	256 (4 %)	0,02 (-0,003, 0,05)	0,02 (-0,004, 0,05)	0,09
Non éligibles aux TDR et soumis à un traitement de présomption pour le paludisme	Témoin	4 874	42 (1 %)	0	0	
	HW	6 083	47 (1 %)	0,004 (-0,001, 0,01)	0,003 (-0,001, 0,01)	0,15
	HWP	6 000	12 (0,2 %)	0,007 (0,003, 0,01)	0,004 (-0,0001, 0,01)	0,05

Respect des TDR négatifs						
TDR négatifs sous AM	Témoin	4 015	762 (19 %)	0	0	
	HW	4 539	250 (6 %)	0,14 (0,08, 0,20)	0,10 (0,03, 0,17)	0,01
	HWP	4 330	189 (4 %)	0,15 (0,09, 0,21)	0,10 (0,04, 0,16)	0,002
TDR négatifs sous AM (parmi les patients souffrant de fièvre)	Témoin	3 488	723 (21 %)	0	0	
	HW	3 793	235 (6 %)	0,16 (0,08, 0,23)	0,11 (0,03, 0,19)	0,01
	HWP	3 897	177 (5 %)	0,21 (0,04, 0,17)	0,12 (0,05, 0,19)	0,002
TDR négatifs sous AM (parmi les patients ne souffrant pas de fièvre)	Témoin	527	39 (7 %)	0	0	
	HW	746	15 (2 %)	0,05 (-0,01, 0,10)	0,03 (0,01, 0,05)	0,004
	HWP	433	12 (3 %)	0,04 (-0,01, 0,10)	-	-

Source: Cundill et al. BMC Medicine (2015) 13:118.

Pour plus de données probantes liées au paludisme et portant sur l'impact de l'intégration de la CCSC et des services de santé, consultez les ressources suivantes :

- The Impact of BCC on the Use of Insecticide Treated Nets: A Secondary Analysis of Ten Post-Campaign Surveys from Nigeria
- Base de données contenant les données probantes liées au paludisme

Santé infantile

La communication sur les services a été mise en œuvre dans le domaine de la santé infantile pour étendre la couverture vaccinale, améliorer la nutrition infantile au moyen de pratiques alimentaires positives, augmenter la recherche de soins en cas de maladies mettant en jeu le pronostic vital et améliorer l'utilisation des traitements d'urgence.

Par exemple, une campagne radio intensive au Burkina Faso a porté sur les principaux comportements familiaux d'urgence pour la survie des enfants. Cette campagne radio a eu une grande portée. Les résultats d'un essai randomisé par groupes ont montré que la recherche de soins en cas de diarrhée et l'accès au traitement en cas de respiration rapide/laborieuse étaient nettement supérieurs dans les régions d'intervention par rapport aux régions témoin. En savoir plus.

Pour plus de données probantes liées à la santé infantile et portant sur l'impact de l'intégration de la CCSC et des services de santé, consultez les ressources suivantes :

- Role of Social Support in Improving Infant Feeding Practices in Western Kenya: A Quasi-Experimental Study
- Behavior Change Interventions and Child Nutritional Status
- SBCC Evidence in Child Survival Programs Journal of Health Communication
- Demand Generation for 13 Life Saving Commodities A synthesis of the evidence
- Engaging Communities With a Simple Tool to Help Increase Immunization Coverage
- Evidence of Effective Approaches to Social and Behavior Change
 Communication for Preventing and Reducing Stunting and Anemia
- Lactation counseling increases exclusive breast-feeding rates in Ghana
- Effect of counseling on nutritional status during pregnancy

CONCEPTION DE LA CCSC POUR LES SERVICES DE SANTÉ

Principes clés de la conception de la CCSC pour les services de santé



Que la communication sur les services soit mise en œuvre directement par un partenaire en charge de la prestation de services prestation de services ou en collaboration avec un partenaire CCSC, il est important de mieux comprendre les pratiques en matière de communication afin de garantir de meilleurs résultats comportementaux et sanitaires. Pour les partenaires chargés de la prestation de services qui collaborent avec des partenaires CCSC, comprendre ces principes leur permettra de garantir une meilleure cohérence entre la communication et la prestation de services, des attentes plus réalistes en matière de planification et de délais de réalisation et une amélioration globale de la coordination. Pour les partenaires chargés de la prestation de services qui mettent directement en œuvre la CCSC, il est essentiel qu'ils comprennent et appliquent ces principes clés pour

obtenir de très bons résultats en matière de communication et améliorer la qualité des programmes.

Les types d'activités de communication que vous concevez varieront selon les besoins qui surgissent tout au long des soins. Exemple :

- Pour les besoins qui surgissent avant la prestation du service, vous pouvez concevoir des activités de création de la demande et de sensibilisation, de changement des normes ou de confiance de prestataires.
- Pour les besoins qui surgissent pendant le service, vous pouvez concevoir des activités de conseil, de changement du comportement des prestataires, de l'environnement clinique ou d'autonomisation des patients.
- Pour les besoins qui surgissent après la prestation du service, vous pouvez concevoir des activités de soutien des pairs, de sensibilisation ou de suivi.

Toutes ces activités feront partie de votre prestation de services globale et seront liées aux mêmes résultats comportementaux et sanitaires majeurs.

Chaque organisation aura son propre processus de conception. La CCSC inclut un certain nombre d'approches stratégiques, de cadres et de directives pour la conception de campagnes et d'activités efficaces. Quelques exemples sont disponibles dans la barre latérale Ressources. Dans la mesure où la plupart des partenaires en charge de la prestation de services ne conçoivent pas des programmes de CCSC complets, cette section du kit de mise en œuvre fournit des outils et des techniques spécifiques pour résoudre quelques-unes des difficultés les plus courantes auxquelles les organisations sont confrontées lors de l'intégration de la CCSC tout au long des soins.

Le tableau ci-dessous résume quelques-unes des difficultés majeures auxquelles se heurtent les projets de prestation de services, des solutions de communication sur les services potentielles et les compétences nécessaires pour fournir ces solutions.

Au Burkina Faso, le projet RESPOND s'est efforcé de lever les obstacles au choix contraceptif dans trois districts au moyen d'une approche de conception holistique. Pour améliorer l'offre de services, le projet a formé des prestataires et des superviseurs, a organisé des jours de services spéciaux et a aidé le Ministère de la Santé à adopter le programme de conseil REDI et l'approche de supervision formative. Pour instaurer un environnement favorable, le projet RESPOND a aidé le Ministère de la Santé à actualiser ses registres de PF et à orienter les prestataires pour les compléter. En outre, le Ministère de la Santé a eu recours à un examen objectif pour estimer les besoins contraceptifs, les coûts associés et l'impact sanitaire résultant du Plan national pour le repositionnement du PF. Pour améliorer la demande du PF, le projet a organisé des discussions et des présentations à base communautaire sur le PF, ainsi que des programmes, des spots et des publicités diffusés à la radio (liés à des jours de services de PF spéciaux) et les témoignages vidéo de patients diffusés à l'échelle nationale. En conséquence, le nombre de structures publiques offrant la pose d'un implant ou d'un DIU est passé de huit à 25 et de deux à 26, respectivement. La pose de DIU au sein de structures publiques a été pratiquement multipliée par 14, tandis que la pose d'implants a augmenté de 27 %. En savoir plus.

DIFFICULTÉ	KIT DE MISE EN ŒUVRE POUR LA COMMUNICATION SUR LES SERVICES :	COMPÉTENCES REQUISES EN MATIÈRE DE COMMUNICATION SUR LES SERVICES
Faire accéder les patients aux services	 Segmenter les publics de manière stratégique S'efforcer de comprendre les patients et ce qui leur importe Concevoir des activités sur la base des motivations du comportement des patients qui ont été cernées Gérer les préjugés des prestataires et la manière dont ces derniers traitent les patients Adapter les messages aux différents publics 	 Analyse du public, notamment segmentation, hiérarchisation et définition de profils de manière efficace Identification et sélection des déterminants du changement comportemental les plus pertinents Aborder les prestataires comme un public du changement de comportement

	Gérer les attitudes et les normes sous-jacentes	 Conception et adaptation des messages aux différents publics Sensibilisation et mobilisation communautaires
Aider les patients à adopter les comportements souhaités et à utiliser les produits	 Segmenter les publics de manière stratégique S'efforcer de comprendre les patients et ce qui leur importe Offrir des avantages évidents pour l'adoption des comportements et l'utilisation des produits, sur la base de ce qui importe aux patients Gérer les préjugés des prestataires et la manière dont ces derniers traitent les patients Concevoir des activités qui tiennent compte des déterminants réels du comportement Promouvoir les systèmes de soutien Concevoir des activités qui tiennent compte des déterminants réels du comportement S'efforcer de comprendre les patients et ce qui leur importe 	 Analyse du public Détermination des principaux avantages Aborder les prestataires comme un public du changement de comportement Identification et sélection des déterminants du changement comportements pertinents
Aider les patients à maintenir les comportements souhaités et à respecter les schémas thérapeutiques	 Promouvoir les systèmes de soutien Concevoir des activités qui tiennent compte des déterminants réels du comportement S'efforcer de comprendre les patients et ce qui leur importe 	 Mobilisation communautaire Identification et sélection des déterminants du changement comportemental les plus pertinents Analyse du public
Faire parvenir les messages au public visé	 Adapter les messages aux différents publics, sur la base d'une compréhension claire du public 	 Conception et adaptation des messages aux différents publics

	Utiliser les canaux de communication appropriés	 Sélection d'une combinaison de canaux appropriée en fonction du paysage de la communication et des préférences du public
Faire en sorte que le public réponde aux efforts de communication	 S'efforcer de comprendre les patients et ce qui leur importe Adapter les messages aux différents publics, sur la base d'une compréhension claire du public Offrir des avantages évidents pour l'adoption des comportements et l'utilisation des produits, sur la base de ce qui importe aux patients Utiliser les canaux de communication appropriés 	 Analyse du public Conception et adaptation des messages aux différents publics Détermination des principaux avantages Sélection d'une combinaison de canaux appropriée en fonction du paysage de la communication et des préférences du public
Améliorer les interactions positives entre le patient et le prestataire	 Gérer les préjugés des prestataires et la manière dont ces derniers traitent les patients Créer des aides au conseil et des outils de travail Améliorer l'environnement de travail Autonomiser les patients 	 Aborder les prestataires comme un public du changement de comportement Développement du matériel

Sur la base de ces difficultés et de ces solutions, le présent kit de mise en œuvre fournira des instructions pas à pas autour de quatre axes :

- 1. Analyse du public
- 2. Comprendre les déterminants du changement de comportement
- 3. Personnalisation des messages et alignement sur les canaux de communication
- 4. Aborder les prestataires comme un public du changement de comportement

Analyse du public

Segmentation, hiérarchisation et définition du profil des principaux publics



Pour garantir le succès des activités de communication sur les services, vous devez segmenter vos publics en groupes similaires et bien cerner ces publics. C'est la première étape précédant la conception ou la mise en œuvre de la moindre activité. Vous devrez sélectionner les **publics principaux** et **secondaires** avec lesquels vous devez travailler pour atteindre vos objectifs.

Le **public principal** correspond à l'individu ou aux individus qui sont directement affectés et dont le programme souhaite tester le comportement visé (par exemple femmes en âge de procréer, jeunes en milieu urbain, chefs de famille masculins). Le public principal peut aussi inclure les personnes susceptibles de prendre des décisions au nom de celles qui bénéficient du comportement (par exemple, soignants d'enfants âgés de moins de 5 ans). Les **publics secondaires** – individus d'influence – sont les personnes capables d'orienter les comportements des publics principaux (par exemple, conjoints, parents, pairs et collègues). Les publics secondaires peuvent également inclure les personnes qui définissent les normes ou ont une influence sur les politiques ou l'opinion de la population sur le comportement (par exemple, les médias, les leaders traditionnels et les leaders d'opinion locaux).

Le public visé pour les services peut inclure différents types d'individus et peut varier tout au long des trois phases de la prestation de services. Exemple :

- ✔ Avant : Lorsque vous vous efforcez d'augmenter la demande de tests de dépistage du VIH, le public peut inclure les travailleuses sexuelles travaillant en milieu urbain.
- Pendant: Les prestataires peuvent être le public visé pour le changement de comportement afin de les inciter à fournir des conseils de qualité sur les choix éclairés.
- Après: Le patient et ses pairs peuvent composer le public visé, dans le but d'aider le patient à continuer d'utiliser de manière constante les méthodes du planning familial et à encourager le soutien social.

Dans cette section, nous nous intéresserons à l'**analyse du public**, le processus pas à pas visant à cerner le public visé.

Pourquoi l'analyse du public est-elle importante en matière de communication sur les services ?

L'analyse du public aide à définir une image détaillée et réaliste du public. Une bonne analyse du public garantit que les messages et les activités prennent en considération et reflètent de manière réaliste les valeurs, les désirs et les obstacles au changement du public. Les messages reposant sur cette analyse sont davantage susceptibles d'avoir un écho auprès du public, aboutissant au changement de comportement souhaité et à de meilleurs résultats. L'analyse du public doit être menée au début du programme, avant le développement de toute activité de communication.

Dans une certaine mesure, l'analyse du public est similaire à une tâche exécutée régulièrement dans le cadre des programmes de prestation de services. Par exemple, lors de l'élaboration d'un programme de formation visant à développer des compétences cliniques, de nombreux programmes évaluent la capacité existante des prestataires à déterminer les besoins en matière de formation. Cette évaluation identifie souvent des catégories de prestataires, en fonction de leurs compétences et de leurs connaissances actuelles. Les résultats de cette évaluation garantissent l'allocation des ressources de formation et de développement de capacité en fonction des besoins. Un principe similaire s'applique aux analyses du public pour la communication sur les services.

Quel est le processus d'analyse du public?

L'analyse du public est un processus comprenant plusieurs étapes, qui commence par les données et aboutit à la description du public visé résumée dans un « profil du public ». Le processus d'analyse du public identifie généralement un public principal (personnes dont le programme cherche à motiver le comportement) et le public secondaire ou d'influence (personnes qui ont une influence sur le public principal et peuvent les inciter à adopter et à maintenir de nouveaux comportements). Par exemple, un programme visant à étendre l'utilisation des services de santé reproductive pour adolescents peut déterminer qu'il existe un nombre limité de services cliniques de bonne qualité dédiés aux adolescents. Ce programme identifie les jeunes âgés de 10 à 18 ans comme le public principal. Il identifie également différents publics d'influence pour chaque phase.

En conséquence, la communication durant la phase *préalable aux services* se concentrera sur le plaidoyer en vue d'*influencer* les décideurs ou les leaders de la division de santé reproductive du Ministère de la Santé habilités à affecter davantage de ressources aux services de santé pour les adolescents. *Pendant* le service, le programme formera les prestataires de services afin d'améliorer les techniques de conseil aux patients adolescents et aux prestataires et, pendant la phase *postérieure* au service, le programme pourra mettre l'accent sur la mobilisation communautaire auprès des pairs ou des parents qui aident les adolescents à maintenir des comportements positifs en matière de santé reproductive.

Le processus d'analyse du public s'articule autour de quatre étapes principales :



1. Collecte et analyse des données et informations sur les publics potentiels

La première étape de l'analyse du public consiste à recueillir des données. Pour ce faire, vous pouvez passer en revue les expériences antérieures, réaliser des recherches ou analyser les données secondaires. Les informations qui sont généralement recueillies dans le cadre de l'analyse du public sont les suivantes :

- **Caractéristiques démographiques** Sexe, âge, langue, religion, niveaux de revenus ; lieux de résidence et de travail du public, proximité des services
- Caractéristiques psychographiques Besoins émotionnels (par exemple, être respecté, se sentir valorisé); espoirs, préoccupations et aspirations; pensées; croyances; connaissances; et actions liées au service ou au problème de santé
- Médias préférés Où le public préfère-t-il obtenir des informations médicales ou des informations sur les services de santé ? À quelles sources fait-il confiance et quelles sources considère-t-il fiables ?
- Autres opportunités d'atteindre le public Le public participe-t-il à des événements ou à des groupes, ou existe-t-il d'autres occasions que le public considère comme une source d'informations crédible et privilégiée ?
- Comportements actuels liés au comportement visé Le public a-t-il actuellement accès au service visé ou non ? Les individus parlent-ils du service avec leur conjoint/partenaire ?
- Obstacles à l'amélioration du comportement Qu'est-ce qui limite la capacité à adopter le service ou à maintenir le comportement (par exemple, absence de moyens de transport, faible pouvoir d'achat, manque de sensibilisation, manque de connaissances, attitudes négatives, faible perception des risques, manque de temps)?
- Facilitateurs de l'amélioration du comportement Qu'est-ce qui incite ou facilite l'adoption par le public du changement de comportement souhaité (par exemple, compétences, motivations, sensibilisation, normes positives)?

 Impact du genre sur le comportement individual et sur la capacité à changer d'une personne (par exemple, les femmes ne sont pas autorisées à passer trop de temps hors du foyer, ce qui limite leur capacité à se rendre à la clinique)

Saisissez ces informations dans le modèle Caractéristiques et facteurs comportementaux du public :

Outre la collecte d'informations directement auprès des publics, il peut également s'avérer utile de recueillir des informations sur leur expérience auprès des services, en particulier si la stratégie de communication sur les services consiste à créer la demande ou l'utilisation soutenue d'un service existant. Ces informations fourniront des renseignements supplémentaires importants sur les besoins du public.

Chaque service de santé a des « points de contact » ou des occasions où le consommateur entre en contact avec le service clinique. Ces contacts se produisent tout au long des trois phases de la prestation de services. Les patients commencent à interagir avec le service *avant* même qu'ils ne pénètrent dans la structure sanitaire. Les spots radio, les interactions avec les centres d'appels, les panneaux publicitaires ou les interactions avec les travailleurs sociaux peuvent tous constituer des points de contact du service. Quand un patient entre dans la structure de santé, la salle d'attente, le personnel chargé des admissions et la salle de conseil de la clinique deviennent tous des points de contact *pendant* la prestation du service. Par ailleurs, *après* qu'un patient a quitté la clinique, il peut interagir avec des pairséducateurs, le personnel d'assistance des centres d'appels, des centres d'accueil communautaires et d'autres médias. Tous ces points de contact créent conjointement une image et une expérience pour le patient, qui peut être positive ou négative.

Pour recueillir ces informations, il peut s'avérer utile de réaliser une **analyse des points de contact**. Les intrants pour cette analyse peuvent inclure les observations de la clinique et des services de routine, le feedback des patients, des visites de clients mystère, ainsi que des visites d'assurance qualité et/ou d'amélioration de la qualité.

Ces données peuvent être regroupées dans une fiche de travail retraçant le parcours du patient dans le cadre de l'**analyse du public**. Cette fiche de travail peut être remplie de la manière suivante :

- 1. **Points de contact :** Indiquez les différents endroits où le patient peut entrer en contact avec le service existant ou les informations concernant le service, notamment les panneaux publicitaires, un site Web, les centres d'accueil, un centre d'appels.
- 2. **Attentes :** Indiquez les normes de qualité et/ou ce que le patient peut s'attendre à voir ou à vivre à chaque point de contact. Par exemple, les panneaux d'affichage doivent être attractifs et présenter des informations claires sur le service et là où il est disponible ; les salles d'attente doivent être propres et bien rangées ; le prestataire doit respecter les normes de qualité des procédures de conseil et fournir des informations correctes ; enfin, le matériel de conseil doit être bien entretenu et informatif.
- 3. Observations: Indiquez ce que vous avez réellement observé et tout feedback reçu, si ces informations sont recueillies auprès des patients (par exemple, les affichages extérieurs ont pâli et sont illisibles; les messages clés ne sont pas clairs; les conseillers ont répondu ou non aux questions du patient).

POINT DE CONTACT	ATTENTES	OBSERVATIONS

Pour obtenir les instructions pas à pas complètes à suivre pour recueillir et analyser les données concernant le public, reportez-vous à la section Comment effectuer une analyse du public.



Divas Divines

En Zambie, MSI et IDEO ont effectué une recherche approfondie sur les patients avant de développer leur concept et leur matériel. Le public principal du projet était composé d'adolescentes et le projet visait à les inciter à utiliser le planning familial. L'équipe du projet a passé beaucoup de temps auprès des adolescentes afin de comprendre leurs préoccupations, les obstacles qui les empêchent de fréquenter les services, ce qu'elles aiment faire et ce qui les inspire. Voici quelques-unes de leurs observations :

- Les adolescents mâles veulent sortir avec des « divas ».
- La contraception est généralement abordée en des termes cliniques que les adolescents ne comprennent pas bien.
- Les adolescentes ressentent moins de gêne à parler de sexe et de contraception dans un cadre social et ludique.
- Les adolescentes ont des projets pour l'avenir et se soucient de tomber enceinte accidentellement.

C'est ce qui a conduit à la création du concept des Divas divines, cinq personnages de dessins animés représentant différentes méthodes de contraception. Les Divas personnifient les méthodes en des termes que les adolescentes peuvent comprendre et font écho aux aspirations des adolescentes et à la vision qu'elles ont d'elles-mêmes à l'avenir. Ces Divas sont au cœur de l'ensemble du matériel de communication. Le projet a également créé des Centres de Divas où les adolescentes peuvent se rendre pour se vernir les ongles, discuter de sexe et de contraception dans un environnement détendu et accéder à des services. En savoir plus sur les Divas.

2. Identification des segments du public

Une fois les informations collectées concernant les différents types de publics, regroupez les publics dans des catégories générales. Pour identifier chaque catégorie de public, tenez compte d'un critère clé qui distingue ces groupes. L'exemple ci-dessous décrit les catégories de public potentielles pour une intervention dans le domaine du planning familial. Chaque catégorie est désignée par une caractéristique qui la distingue et définit sa pertinence sur la base du constat « car ils/elles ».

Femmes



Car elles n'accèdent pas au planning familial par crainte des effets secondaires.

Hommes



Car ce sont eux qui prennent les décisions financières au sein du ménage et ne comprennent pas les avantages du planning

familial.

Décideurs



Car aucun budget n'est attribué au niveau national aux produits du planning familial.

Prestataires de soins de santé



Car ils considèrent que les jeunes femmes non mariées ne doivent pas avoir accès au planning familial.

L'étape suivante consiste à identifier des « segments » du public au sein de chaque catégorie générale. Les segments sont de petits groupes d'individus partageant des caractéristiques similaires. Dans la mesure où les personnes répondent différemment aux messages et aux interventions de la CCSC, la segmentation met l'accent sur les initiatives de communication sur les services, laissant aux agents d'implémentation le soin de peaufiner les messages et d'utiliser les canaux les plus appropriés.

Passez en revue les informations saisies dans votre modèle Caractéristiques et facteurs comportementaux du public complété, en recherchant les petits groupes présentant des comportements similaires afin d'identifier de petits groupes ayant des comportements, des besoins, des valeurs et/ou des caractéristiques similaires parmi le public plus large. Par exemple, l'exercice révélera des similitudes parmi les

femmes prestataires de soins de santé qui travaillent en zone rurale ou les hommes en milieu urbain âgés de 15 à 19 ans.

La segmentation du public doit commencer par identifier les critères de division du public plus large. Pour cela, il convient d'examiner le public et d'identifier les caractéristiques partagées par différents sous-groupes. Une différence significative est une différence qui nécessite une approche ou un message différent et qui peut être définie par des caractéristiques socio-démographiques, géographiques, comportementales et/ou psychographiques. Par exemple, les hommes qui représentent le public visé d'une intervention en matière de planning familial constituent une catégorie de public plus large mais, au sein de ce groupe, ils représentent plusieurs segments pouvant être définis en fonction des critères suivants : âge (p. ex., 25-44) ; état civil ; environnement (p. ex., hommes vivant en milieu urbain ou rural) ; niveau d'études (p. ex., hommes ayant suivi des études secondaires) ; stade de préparation (p. ex., hommes susceptibles d'être davantage prêts à adopter le planning familial car ils en ont entendu parler ou ne sont pas bridés par des normes culturelles). L'analyse des données aidera à comprendre lesquels de ces critères distinguent un groupe des autres.

Selon les résultats de votre examen du modèle Caractéristiques et facteurs comportementaux, identifiez les segments potentiels à l'aide du Tableau de segmentation. Le tableau ci-dessous présente quelques exemples de caractéristiques qui peuvent faciliter l'identification de petits segments du public.

Exemples de segments du public :

PUBLIC	SEGMENTS POTENTIELS
Femmes en âge de procréer	 Femmes en zone rurale, mariées, âgées de 30 à 40 ans qui se soucient des effets secondaires Étudiantes universitaires en milieu urbain, célibataires, âgées de 18 à 30 ans
Adolescentes	 Jeunes filles non mariées âgées de 15 à 19 ans vivant en zone rurale, scolarisées Jeunes filles non mariées âgées de 20 à 24 ans vivant en milieu urbain, non scolarisées
Jeunes hommes	 Hommes vivant en milieu urbain, âgés de 15 à 19 ans, qui souhaitent projeter une image d'homme intrépide et se soucient du statut

	 Hommes vivant en zone rurale, âgés de 15 à 19 ans, scolarisés, n'utilisant pas actuellement de préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels
Health providers in rural areas	 Clinical officers in rural areas with less than 5 years of experience Female, community health workers, more than 5 years' experience

Reportez-vous à cette liste de vérification pour déterminer si un groupe représente un segment du public distinct :

Source: Health Communication Capacity Collaborative – How to Do Audience Segmentation



Au Niger, le Camber Collective a mené une recherche auprès du public qui a conduit à une segmentation innovante pour la programmation du planning familial. Étant donné la nécessité de changer les comportements, le collectif a utilisé des variables d'attitude et de comportement au lieu des traditionnelles variables démographiques et psychographiques pour segmenter le public. Le collectif a, en particulier, observé les comportements en matière d'utilisation, la proactivité, les normes sociales, les comportements spécifiques à l'utilisation des contraceptifs, ainsi que les attitudes et les croyances. L'utilisation de ces variables clés a débouché sur la création de cinq segments distincts : Élites modernes, Proactifs sains, Autonomistes traditionnels, Passifs conservateurs et Sceptiques protégés.

Ces segments ont servi à définir des messages et des objectifs comportementaux, des énoncés d'avantages et du matériel distincts pour chaque groupe.

Source: Camber Collective's ICFP Presentation, January 2016

En savoir plus sur la recherche et le processus de segmentation.

3. Hiérarchisation des segments du public

Les ressources disponibles et les objectifs des programmes orientent souvent les décisions concernant la portée d'une communication. En hiérarchisant les segments du public, la communication peut se concentrer sur les segments susceptibles d'avoir le plus d'impact sur les objectifs de la prestation de services ou estimer les ressources nécessaires pour toucher un segment particulier.

Voici quelques questions qui faciliteront la hiérarchisation des segments du public :

- Quel impact ce segment a-t-il sur les objectifs généraux du programme?
 (Quelle est la taille du segment? Dans quelle mesure ce segment contribuet-il au problème sanitaire en question?)
- Dans quelle mesure ce segment est-il facile à atteindre?
- Des sous-populations sont-elles marginalisées socialement en raison de leur origine ethnique, de leur langue ou d'autres formes d'exclusion? (La réduction des inégalités de l'accès au service peut être un objectif important.)
- D ans quelle mesure ce segment est-il prêt pour un changement de comportement ? Pour obtenir des

REMARQUE : IDENTIFICATION DES PUBLICS D'INFLUENCE

Les personnes qui influencent le comportement du public principal composent le public secondaire (ou d'influence). Ce public peut être identifié en posant des questions telles que :

- Des groupes ou des individus ont-ils une influence considérable sur le comportement du public principal ?
- Comment exercent-ils cette influence ?
- Quels avantages le public tire-t-il de sa participation à ce programme ?
- Le programme peut-il lever les obstacles à la participation de ce public ?
- Comment obtenir des informations sur les connaissances, l'attitude et le comportement actuels de ce public sur le problème sanitaire ou le service ? Quelles informations nous manquent ?

Assurez-vous également de tenir compte de chacune des phases de la prestation de services. Y a-t-il différentes personnes d'influence avant, pendant et après la prestation du service ? Si tel est le cas, vous devrez définir les personnes influentes à privilégier en premier.

- « gains rapides », envisagez de hiérarchiser les segments qui sont davantage disposés à adopter de nouveaux comportements.
- Dans quelle mesure ce segment est-il prêt pour un changement de comportement? Pour obtenir des « gains rapides », envisagez de hiérarchiser les segments qui sont davantage disposés à adopter de nouveaux comportements.

Un processus similaire peut être utilisé pour le public secondaire (d'influence).

Source : Health Communication Capacity Collaborative – How To Conduct an Audience Analysis

Pour obtenir les instructions pas à pas complètes à suivre pour segmenter et hiérarchiser un public, reportez-vous à la section : Comment effectuer la segmentation du public

PUBLICS CLÉS

En matière de communication sur les services, les prestataires de soins de santé peuvent représenter le public principal. Ce public peut inclure des médecins, des agents hospitaliers, des infirmiers ou infirmières, des agents de santé communautaires, des pharmaciens et, parfois, le personnel d'assistance de la structure sanitaire. Lorsque les prestataires sont le public principal, nous nous efforçons d'influencer leur comportement (par exemple, pour améliorer le conseil clinique, changer les comportements de stigmatisation, adopter des attitudes plus conviviales).

Reportez-vous à la section **Changement du comportement des prestataires** pour plus d'informations lorsque les prestataires sont le public visé par le changement de comportement.

4. Création d'un profil de public

Un profil de public aide à décrire un membre du public en tant que « personne typique » représentant le segment du public. Il est possible de créer un profil de public pour tous les publics hiérarchisés, que ce soit le public principal ou le public

d'influence. Pour élaborer le profil, passez en revue les données recueillies concernant le segment hiérarchisé et résumez ce que vous savez à son sujet. Cette synthèse du profil doit comprendre les informations suivantes :

- Informations démographiques, p. ex. région géographique, genre, âge, nombre d'enfants, état civil
- Valeurs et croyances actuelles
- Comportement actuel lié au domaine de santé et au comportement visé
- Obstacles connus et facteurs favorables aidant ou empêchant l'adoption et/ou le maintien du comportement souhaité
- Données psychographiques et toutes autres informations essentielles concernant le public recueillies pendant la phase d'analyse, p. ex. aspirations, désirs pour l'avenir, craintes ou préoccupations
- Sources d'informations et canaux médiatiques préférés, p. ex. radio, télévision, médias sociaux, pairs et collègues

Deux exemples de profils de public sont présentés ci-dessous, un représentant une femme en âge de procréer constituant le public principal des services de planning familial, et le deuxième représentant son époux, le public d'influence.

Profil du public - Patiente du planning familial



Crédits photographiques : © 2005 Jane Brown, avec l'aimable autorisation de Photoshare

Zione l'ambitieuse (Public principal)

Données démographiques : Zione est la mère de deux enfants, mariée et âgée de 27 ans. Elle a un petit commerce et vend des tomates sur un marché près de chez elle. Elle a terminé l'école primaire. Elle parle Chichewa et a une compréhension élémentaire de l'anglais.

Connaissances/valeurs/croyances : Zione connaît les méthodes contraceptives modernes et comprend les avantages d'avoir une petite famille. Ayant juste un certificat de l'enseignement primaire, Zione souhaite reprendre ses études. Elle aspire à devenir une mère et une femme d'affaires moderne et prospère. Pour ce faire,

elle préfère dans l'immédiat reporter à plus tard toute nouvelle grossesse. Elle sait qu'elle peut obtenir des contraceptifs auprès d'une clinique privée ou auprès de la clinique publique, mais elle préfèrerait avoir recours à une méthode qui n'exige pas qu'elle se rende à la clinique à plusieurs reprises.

Comportement actuel: Zione hésite à discuter des méthodes contraceptives avec son époux, mais ils ont déjà parlé de la manière de bien planifier leur famille. Zione avait l'habitude de prendre un contraceptif (pilule), mais ni elle ni son mari n'utilise une méthode de contraception en ce moment.

Obstacles/facteurs favorables au comportement

souhaité : Zione n'apprécie pas les effets secondaires des méthodes hormonales. Si elle pouvait trouver une méthode qui implique moins d'effets secondaires et ne nécessite pas des consultations répétées à la clinique, elle est prête à l'essayer.

Sources d'informations préférés

: Radio locale/communautaire, groupe d'investissements de femmes, amis et pairs, collègues au marché et médias sociaux, en particulier son groupe WhatsApp.

Profil du public – Époux d'une patiente du planning familial (Personne d'influence)



Crédits photographiques : © 2001 Harvey Nelson, avec l'aimable autorisation de Photoshare

Ben l'inquiet (Public d'influence)

Données démographiques : Ben vit dans un centre urbain et travaille dans un restaurant local. Il a suivi des études secondaires et est marié et a deux enfants.

Connaissances/valeurs/croyances: Ben apprécie les grandes familles et aimerait avoir deux ou trois enfants de plus, mais lui et son épouse craignent, s'ils ont davantage d'enfants dans l'immédiat, de ne pas pouvoir les prendre en charge. Sa famille a déjà du mal à joindre les deux bouts. Il a entendu dire que certaines méthodes hormonales rendent difficile de tomber enceinte à l'avenir. En conséquence, il pense que lui et sa femme n'ont pas beaucoup de choix. Les méthodes non hormonales, telles que les préservatifs féminins ou masculins, sont un obstacle à l'intimité et signifieront uniquement que le couple ne se fait pas confiance mutuellement, car dans sa région, les préservatifs servent à la prévention du VIH.

Comportement actuel : Lui et son épouse n'utilisent actuellement aucune méthode contraceptive et le couple ne parle pas vraiment de ce sujet.

Obstacles/facteurs favorables au comportement souhaité : Il ne connaît pas vraiment les méthodes contraceptives modernes ni comment en parler, car c'est en réalité la responsabilité de la femme.

Sources d'informations préférées :

Radio locale/communautaire, amis et pairs, journal local.

Pour plus d'informations et des exemples de profils de public : Création d'un profil de public

Application de l'analyse du public et des profils de public à la communication sur les services

L'analyse et le profil du public aident à orienter les objectifs de communication généraux (ce que vous voulez que le public sache, croie ou fasse en l'exposant au message), le contenu du message et les types de canaux de communication employés pour atteindre le public visé.

Sur la base des profils de Zione et de Ben, les décisions suivantes peuvent être prises en matière de communication sur les services en vue d'améliorer la demande éclairée de services de planning familial parmi les femmes et leurs partenaires.

	OBJECTIF DE COMMUNICATION	MESSAGE	CANAUX DE COMMUNICATION
Zione	Augmenter la proportion des femmes en âge de procréer qui ont entendu parler d'une méthode contraceptive sûre et de qualité supérieure ayant peu d'effets secondaires	Parlez avec votre prestataire de soins de santé au sujet des options de planning familial ayant peu d'effets secondaires	 Radio communautaire Réunions de groupements féminins Groupes WhatsApp
Ben	Augmenter la proportion des conjoints de femmes en âge de procréer qui parlent ouvertement des méthodes contraceptives avec leurs épouses	Incitez votre conjoint à obtenir un complément d'informations, sollicitez les services de planning familial auprès de votre prestataire de planning familial	 Radio communautaire Journal Panneaux d'affichage extérieurs, poteaux urbains, peintures murales

Pour plus d'informations sur l'utilisation efficace de l'analyse du public pour informer la communication sur les services, reportez-vous à l'étude de cas Difficultés à faire accéder les patients aux services.

Comprendre les déterminants du changement de comportement

Le principal objectif de la communication sur les services est d'inciter le public visé à agir— soutenir publiquement les services disponibles, parler avec leurs partenaires et leurs amis des avantages d'un service ou d'une intervention sanitaire, adopter ou maintenir un comportement, dispenser des conseils de qualité supérieure ou se rendre à une clinique. Dans la plupart des cas, il ne suffit pas de partager les informations pour inciter les populations à



fréquenter les services. C'est pourquoi il est si important de comprendre pourquoi les individus agissent d'une certaine manière. L'identification de ces déterminants doit intervenir avant la conception de votre stratégie et de votre matériel ou de vos activités de communication.

Pourquoi est-il important de comprendre les déterminants comportementaux pour la communication sur les services ?

Il existe de nombreuses théories sur les raisons sous-jacentes qui poussent les individus à adopter ou non des comportements. Un des principes les plus fondamentaux de la CCSC consiste à lever ces obstacles afin de faciliter le changement. Une communication sur les services efficace s'efforce, dans un premier temps, de comprendre toutes les raisons pour lesquelles un public est disposé à adopter ou à maintenir ou non un comportement, et/ou les facteurs qui le motivent, avant d'élaborer les stratégies et les messages de communication. Négliger cette étape avant de concevoir le programme peut entraîner la définition

d'objectifs de communication inappropriés, l'allocation de ressources erronée, des programmes inefficaces et un impact limité sur les résultats comportementaux.

Pour plus d'informations sur les principales théories comportementales utilisées en matière de CCSC : Théorie comportementale populaire

Quels sont les déterminants du changement de comportement?

La capacité et la volonté d'un individu à adopter et à maintenir des comportements positifs sont souvent affectées par un certain nombre de facteurs qui facilitent ou compliquent le changement. La connaissance d'un problème ou d'un service de santé, et la sensibilisation à ce sujet, sont rarement les seules raisons qui poussent un individu à agir ou à adopter des comportements positifs. Par exemple, savoir simplement que des services de planning familial ou des tests de dépistage du VIH sont disponibles et où ils sont accessibles ne suffit pas généralement à inciter le public visé à consulter ou à effectuer des changements de comportement à long terme. Plusieurs raisons peuvent pousser les individus à adopter ou à résister à un changement de comportement. Ces obstacles ou ces facteurs favorables sont appelés des « déterminants » comportementaux.

Outre les déterminants individuels, les relations et les communautés peuvent aussi influencer la volonté et la capacité d'une personne à fréquenter les services de

En Guinée, HC3 s'est efforcé de rétablir la confiance dans les services de santé après l'épidémie du virus Ebola. Pour ce faire, l'organisation devait comprendre pourquoi les populations n'accédaient pas aux services. L'organisation a commencé par instaurer un dialogue communautaire (assise communautaire) dans le cadre duquel les prestataires de soins de santé et les représentants de la communauté se sont rencontrés pour discuter des raisons pour lesquelles les populations ne fréquentaient pas les services de santé. Les membres de la communauté ont cité l'antipathie des prestataires, les frais de traitement élevés, l'incompétence du personnel, la saleté des centres de santé et l'absence de motivation. À l'issue de dialogue, les deux groupes se sont engagés à mettre en œuvre des actions spécifiques en vue d'améliorer les relations. À partir de la compréhension des principaux déterminants comportementaux, le projet a développé du matériel de formation et de CIP, des émissions radio visant à informer les patients de leurs droits, des chansons, une sensibilisation communautaire et des sessions d'éducation en matière de santé.

santé. Les obstacles peuvent résulter du blocage délibéré de l'accès aux services ou d'une perception générale que les services sont inappropriés ou mauvais. Enfin, des obstacles physiques ou logistiques et les normes culturelles ou de genre peuvent empêcher l'utilisation des services.

Les déterminants peuvent être classés en trois groupes principaux liés à l'environnement, aux compétences et aux connaissances, et à l'idéation.

Environnement:

- Disponibilité des services
- Emplacement des services s'agit-il de l'emplacement préféré des patients
- Contexte politique et juridique favorable aux services

Compétences et connaissances :

- Niveau de sensibilisation au service et/ou bénéfice résultant pour la santé
- Niveau de sensibilisation aux compétences ou aux étapes requises pour accéder aux services ou maintenir les comportements
- Croyances relatives aux compétences ou au comportement requis : Sont-ils considérés trop difficiles ? Le public visé pense-t-il avoir le temps d'adopter les comportements nécessaires ?
- Le public visé a-t-il le sentiment de ne pas pouvoir adopter le comportement par lui-même ? A-t-il besoin d'aide pour adopter le comportement ?
- Le comportement peut-il être effectué régulièrement ou le public a-t-il souvent tendance à l'oublier (par exemple, tenir un journal relatif au traitement, respecter les rendez-vous, prendre une pilule quotidiennement)?

Idéationnel:

- Quelles sont les croyances dominantes concernant le comportement ou le public visé ? Sont-elles positives ou négatives (par exemple, « les rapports homosexuels sont immoraux » ou « les adolescents ne doivent pas avoir recours au planning familial ») ?
- De quel soutien social le public dispose-t-il pour fréquenter les services ou maintenir les comportements requis ?
- Quelles sont les normes sociales et de genre dominantes régissant le service ou le domaine de santé ? Sont-elles favorables ou défavorables ?

Pour plus d'informations sur l'idéation, reportez-vous à la section Facteur d'idéation.

REMARQUE: OBSTACLES EXTERNES ET RÔLES DE LA CCSC

La capacité à gérer efficacement un problème de santé et à inciter au changement est très souvent liée à d'autres types d'obstacles que la communication ne peut pas résoudre à elle seule (par exemple, les obstacles d'ordre politique qui rendent les services indisponibles, affectent des ressources insuffisantes ou criminalisent les services). Bien que le plaidoyer puisse aider à mobiliser des ressources pour les nouvelles technologies et à inciter des politiques favorables, la communication à elle seule ne peut pas remédier aux autres problèmes restreignant l'accès aux services, tels que les systèmes de santé déficients, les approvisionnements de produits inadéquats et les financements limités. Les programmes de prestation de services doivent bien comprendre tous les obstacles externes au changement de comportement, puis déterminer le rôle que peut jouer la communication.

L'identification et la sélection des déterminants les plus pertinents pour tout programme de prestation de services impliquent que les programmes répondent à plusieurs questions :





Comment les déterminants peuvent-ils être résumés?

Quel est le changement souhaité?

Il est important de définir le changement souhaité avant d'identifier les déterminants. Le changement souhaité est un constat de ce que le public devrait *faire* après avoir été exposé à la communication. On parle généralement d'objectif de changement de comportement en réponse aux trois questions suivantes :



- 1. Quel est le changement de comportement souhaité ? (Exemple : Les femmes enceintes suivent l'intégralité du traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes (IPTp) pendant la grossesse ; les prestataires cliniques fournissent des informations précises sur le paludisme et la grossesse à toutes les femmes enceintes à l'occasion de chaque consultation prénatale)
- 2. Quelle est l'ampleur du changement attendue du public ? (Exemple : la proportion de femmes enceintes bénéficiant de l'intégralité du traitement IPTp passe de 50 à 75 %)
- 3. Quel est le délai défini pour le changement ; quand voulons-nous voir ces changements ? (Exemple : dans trois ans)

Plus d'informations sur Comment définir de bons objectifs en matière de CCSC.

Quel type de comportement le service exige-t-il?

Les comportements associés peuvent varier en fonction du type de service. Par exemple, les clients peuvent avoir du mal à adopter des services rarement sollicités ou liés à un événement unique, car ils ne font pas partie de leur quotidien et ils peuvent les oublier. En règle générale, les comportements liés aux services de santé peuvent être classés dans l'une des trois catégories principales suivantes - chacune impliquant son propre ensemble d'obstacles :

- Ponctuel: Services nécessitant des comportements ponctuels (par exemple, une consultation au service ou une procédure clinique, un accouchement encadré dans une structure dédiée) ayant des résultats à long terme ou définitifs (par exemple, pose d'un DIU, ligature des trompes, circoncision masculine).
- Répétitif mais fini: Services nécessitant des comportements ponctuels (par exemple, une consultation au service ou une procédure clinique, un accouchement encadré dans une structure dédiée) ayant des résultats à long terme ou définitifs (par exemple, pose d'un DIU, ligature des trompes, circoncision masculine).
- Changements de style de vie permanents: Services nécessitant le maintien d'un comportement à long terme, ou définitif, pour être efficace (par exemple, traitement du VIH, contraceptifs oraux, dormir sous moustiquaires).

Les comportements peuvent également être affectés s'ils nécessitent une planification préalable, par exemple un accouchement encadré dans une structure dédiée. Il est important de tenir compte du type de comportement que le service nécessite, puis d'examiner les catégories de déterminants (environnemental, connaissances/compétences et idéationnel) afin de déterminer lesquelles sont les plus importantes dans le cadre de la communication sur les services.

Sur-quelle(s) phase(s) du processus de prestation de services la communication portera-t-elle ?

Un autre facteur à prendre en compte lors de l'identification des déterminants est la phase de la prestation de services.

Bien que des facteurs internes et externes puissent avoir un impact sur les déterminants spécifiques tout au long des trois phases, les déterminants qui affectent le comportement initial de fréquentation des services de santé sont souvent différents de ceux qui limitent le conseil efficace pendant la consultation clinique et ceux qui peuvent affecter le suivi permanent et le maintien à long terme du comportement.



Le présent kit de mise en œuvre inclut des études de cas illustrant la manière dont les déterminants liés à des obstacles internes et externes ont été abordés au cours de chacune de ces trois phases :

- Gérer les principaux obstacles pendant la phase précédant le service afin d'inciter les patients à fréquenter les services de circoncision masculine médicalisée volontaire au Zimbabwe (Annexe I)
- Gérer les difficultés entre les patients et les prestataires pendant les services de conseil sur le VIH au Kenya (Annexe J)
- Gérer les difficultés pendant la phase postérieure au service stage avec le maintien et le suivi des services de santé maternelle et infantile au Bangladesh (Annexe K)



Gros plan après les services : Au Cambodge, le projet MOTIF, implémenté par LSHTM et MSI, a eu recours aux SMS pour améliorer l'utilisation du PF après un avortement. Les patientes ont reçu un message vocal interactif automatisé avec l'assistance d'un conseiller par téléphone, pour six messages au total. Les patientes pouvaient également appeler le centre d'appels pour des discussions interactives, si elles le souhaitaient. L'intervention a augmenté l'usage des contraceptifs au bout de 4 mois, ainsi que l'utilisation générale de CRLDA.

Quelles sont les normes sociales et de genre pertinentes?

Les normes sociales et de genre dominantes sont reconnues comme des déterminants importants de la fréquentation des services de santé par les individus tout au long des trois phases de la prestation de services. Les normes ont un impact sur la gêne que les patients peuvent ressentir ou non à fréquenter des services, à chercher l'assistance nécessaire pour maintenir les comportements requis ou même à discuter du service ou de problèmes de santé avec quiconque, notamment des pairs ou le prestataire de soins de santé. Toutefois, l'importance relative des normes sur le comportement individuel dépend souvent de si l'individu pense que les autres respectent la norme et/ou s'il pense que les autres membres de la société (amis, pairs, membres de la famille, autres personnes d'influence) attendent de lui qu'il respecte la norme.

Les normes sont un ensemble spécifique de croyances, d'attitudes et de comportements qui sont typiques, acceptables, voire attendus dans un contexte social particulier. **Les normes sociales** sont des normes et des règles convenues par tous, que la plupart des membres d'un groupe ou d'une société respectent et acceptent. **Les normes de genre** sont des règles sociales ou culturelles

généralement acceptées qui définissent les caractéristiques, les rôles, les capacités et les comportements acceptables des hommes et des femmes.

Les normes sociales et de genre peuvent comprendre plusieurs autres règles ou normes:

 Normes de participation – Règles définissant les personnes qui, au sein d'une communauté ou d'une organisation, ont le pouvoir et peuvent participer aux décisions impliquant le groupe.



normes de participation n'autorisent que les femmes âgées ou les hommes adultes mariés à prendre les décisions concernant les services de santé et/ou les services communautaires disponibles ; les adolescents et les jeunes femmes n'ont pas le droit d'y participer. Ces normes peuvent également conditionner la gêne ou au contraire l'aisance qu'une patiente ou un jeune peut ressentir à poser des questions pendant une séance de conseil.

- Normes de leadership Croyances de la communauté concernant les caractéristiques et les responsabilités qu'un leader devrait avoir et le mode de sélection des leaders. Ces normes peuvent déterminer si un individu est considéré crédible et, par conséquent, une source d'informations fiable susceptible d'inciter les autres à adopter de nouveaux comportements.
- Normes relatives à un problème ou un comportement spécifique -Croyances et règles d'une communauté concernant les thèmes qui peuvent être abordés dans le cadre de discussions — qui peut participer à une question particulière ou si un service particulier est même approprié Par exemple, lorsque les homosexuels et les travailleurs/travailleuses sexuel(le)s sont considérés comme ayant des comportements « inacceptables », ils sont stigmatisés et leurs problèmes de santé et les services qu'ils nécessitent sont souvent tabous.

Il est important d'identifier les déterminants liés aux normes qui présentent des obstacles ou des opportunités à l'information en matière de communication sur les services. Par exemple, une norme sociale qui restreint l'implication des hommes dans les services de santé reproductive peut représenter un obstacle à l'accès des femmes mariées aux services de planning familial. D'autre part, la pratique culturelle liée aux cérémonies d'initiation des hommes peut offrir une opportunité de conseil et d'information sur les services de circoncision masculine médicalisée volontaire et le suivi clinique auprès des jeunes hommes exposés au risque d'infection par le VIH.

Pendant l'analyse du public, vous avez identifié les informations concernant les obstacles au comportement de chaque segment du public visé. Avant d'élaborer les stratégies et le matériel de communication, il est important de passer en revue l'analyse du public afin d'identifier les obstacles existants et de déterminer s'ils sont liés à des déterminants environnementaux ou idéationnels ou basés sur les compétences/connaissances.

Pour ce faire, répondez aux questions suivantes :

- Le public est-il confronté à des obstacles liés aux normes sociales et de genre dominantes qui l'empêchent de fréquenter les services de santé ? Par exemple, est-il acceptable que le public principal (en particulier les femmes ou les jeunes) fréquente les services de santé en dehors de la maison ou sans le consentement du conjoint ou des parents, ou encore sans soutien financier ?
- Est-il acceptable que le public principal parle ouvertement avec une personne dont on considère qu'elle a une autorité supérieure, un meilleur niveau d'éducation ou qui appartient à une classe sociale supérieure ?
- Les services peuvent-ils viser un groupe particulier ou des individus dont le comportement est jugé culturellement inacceptable et qui sont par conséquent fortement stigmatisés, par exemple les jeunes sexuellement actifs, les femmes non mariées, les adolescentes enceintes, les travailleuses sexuelles, les homosexuels ou les usagers de drogues injectables ? Est-il possible de discuter et/ou de promouvoir ouvertement ces services ? Quelles mesures de confidentialité et de sécurité permettraient d'éviter les normes prédominantes relatives aux groupes stigmatisés ?

- La santé est-elle considérée comme un sujet culturellement tabou, dont il n'est pas possible de parler ouvertement ?
- Existe-t-il des hiérarchies ou des règles d'autorité qui imposent un traitement de qualité inférieure aux populations pauvres, non éduquées ou appartenant à une classe sociale ou à un groupe ethnique particulier?
- Existe-t-il une croyance culturelle dominante selon laquelle certaines pratiques médicales et/ou cliniques modernes sont inacceptables ou importées depuis l'extérieur, ou vont à l'encontre de la tradition ou des croyances religieuses ?

Le tableau ci-dessous décrit comment diverses normes sociales et/ou de genre peuvent être gérées à l'aide de la communication sur les services.

PROBLÈME	AVANT	PENDANT	APRÈS
Le consentement des parents/du conjoint est prohibitif	 Organisation d'une mobilisation communautaire/de réunions avec les parents/partenaires Sensibilisation directe du conjoint/parent pour l'inciter à participer 	Services de conseil conjugal	Mobilisation communautaire en vue d'identifier et d'engager les leaders d'opinion populaires/les pionniers afin de motiver les autres
La norme culturelle empêche le public principal de parler ouvertement ou librement avec les prestataires	 Introduction d'une stratégie de marque pour promouvoir la « convivialité » des services et des prestataires Formation des prestataires aux techniques de consultation efficaces 	 Fourniture d'outils de travail et d'outils de conseil qui encouragent les interactions Création de matériel de marque pour transmettre l'atmosphère d'une clinique conviviale Offre d'une assistance et d'une supervision permanentes afin 	 Fourniture d'outils permettant aux patients de communiquer avec les prestataires après la consultation (santé mobile, SMS) Sensibilisation au moyen de visites à domicile et de la mobilisation communautaire, référent et suivi

Le public principal ou le comportement est stigmatisé	 Activités de sensibilisation communautaire au sujet du comportement et du groupe cible Formation à la sensibilité des prestataires Engagement de leaders d'opinion/« déviants positifs » qui remettent en question les stigmatisations sociales dans le cadre d'activités communautaires et médiatiques Sensibilisation 	de garantir une plus grande interactivité et convivialité des prestataires et le maintien de comportements positifs Récompense et reconnaissance des prestataires qui adoptent et maintiennent de nouveaux comportements dans les médias, les réunions communautaires Offre de conseils cliniques confidentiels dans le cadre de services de marque discrets et désignés Offre de conseils par des pairs Offre de conseils par des prestataires formés/sensibles	Incitation des patients à retourner au centre de santé pour le suivi et le maintien du contact au moyen de la santé mobile et de la communication interpersonnelle
le domaine de santé est	communautaire au sujet du service/ domaine de santé	d'informations pour dissiper les informations erronées	et de la mobilisation communautaire pour

considéré tabou	 Fourniture d'informations pour dissiper les informations erronées Formation à la sensibilité des prestataires 	Formation à la sensibilité des prestataires	dissiper les informations erronées
Les croyances culturelles rejettent certaines pratiques médicales modernes	 Amélioration des connaissances et de la sensibilisation sur la pratique médicale Activités communautaires et médiatiques en vue de dissiper les informations erronées 	Amélioration des connaissances et de la sensibilisation sur la pratique médicale et rejet des informations erronées au moyen de la sensibilisation communautaire et de séances d'informations dans un environnement clinique	 Amélioration des connaissances et de la sensibilisation sur la pratique médicale et gestion des informations erronées Identification des leaders d'opinion populaires et des pionniers (agents de mobilisation communautaire) et travail au moyen de ces agents

Plusieurs outils sont disponibles pour identifier et hiérarchiser en particulier les normes de genre pertinentes. Pour plus d'informations sur les étapes permettant d'identifier et d'intégrer efficacement le genre dans la communication sur les services, reportez-vous à Intégration du genre dans le kit de mise en œuvre de la communication pour le changement social et comportemental.

Comment résumer les determinants

Pour vous aider à sélectionner les messages et les canaux de communication, récapitulez les déterminants comportementaux pour chaque public visé. Envisagez de vous référer à la fiche de travail intitulée Matrice du changement (Annexe F) pendant que vous passez en revue les éléments suivants.



- **Segment du public** À partir des résultats de votre segmentation du public et des profils du public, répertoriez chaque public principal et d'influence qu'impliquera le programme.
- Changement souhaité Pour chaque public visé, indiquez le changement souhaité à l'issue de la communication et de la phase de prestation de services (avant, pendant ou après) et le moment où ce changement doit se produire. Si plusieurs comportements sont définis pour différentes phases, indiquez-les séparément (par exemple, « vaccination de routine des enfants âgés de moins de 5 ans » ou « soumettre au dépistage du VIH avec le conjoint »).
- **Type de prestation de services** Indiquez si chaque comportement souhaité est ponctuel, répétitif mais fini ou permanent.
- **Principaux obstacles** Indiquez les obstacles que vous pensez être les plus importants pour obtenir le changement souhaité. Précisez les obstacles internes et/ou externes que le programme s'efforce d'éliminer.

Pour plus d'informations sur les théories comportementales et l'analyse des obstacles, reportez-vous à Rôle de la théorie comportementale dans la CCSC.

Personnalisation des messages et alignement sur les canaux de communication

Dans la communication sur les services, des messages peuvent être utilisés avec les patients, les prestataires ou un public d'influence et diffusés à travers différents canaux, par exemple une mobilisation et des événements communautaires, les médias, la communication interpersonnelle, les médias sociaux et les médias communautaires.



L'élaboration de messages efficaces et leur diffusion au moyen des canaux de communication appropriés ne doivent pas forcément être compliquées, mais ces deux opérations exigent une réflexion stratégique.

Cette section aborde deux principes clés de l'élaboration et de la diffusion des messages dans le cadre de la communication sur les services :



Qualités des messages relatifs aux services efficaces



Alignement des messages sur les canaux de communication appropriés

Qualités des messages relatifs aux services efficaces

Pourquoi des messages efficaces sont-ils importants en matière de communication sur les services ?

Si le public visé ne comprend pas le message ou est rebuté par celui-ci de quelque manière que ce soit, l'initiative est alors complètement vaine. De nombreux programmes de prestation de services fournissent des informations sur les services et les produits — « les services sont disponibles ici » ; « il est important de traiter le paludisme » ; ou « le planning familial coûte X » — et attendent que ces messages d'information soient suffisants pour changer le comportement du public. Toutefois, comme souligné dans la section traitant des déterminants, cela ne suffit pas. La communication doit être liée à l'objectif de communication et doit aborder les obstacles les plus critiques au changement de comportement, qui se limitent rarement aux connaissances et à la sensibilisation.

Qu'est-ce qu'un message CCSC?

Le *message est un bref énoncé basé sur la valeur qui capture un concept et résume l'idée ou la croyance que le public doit retenir.* Ces mots, qui sont destinés au public visé, visent à atteindre les objectifs de communication. Ces objectifs sont définis par les barrières identifiées que le public doit surmonter afin de changer son comportement.

Composants d'un message efficace

Chaque public est quotidiennement exposé à de nombreux messages. Les messages relatifs aux services de santé s'efforcent d'attirer l'attention et sont en concurrence avec les messages publicitaires commerciaux élaborés par des professionnels pour le compte d'entreprises aux ressources considérables telles que Coca-Cola, Vodafone et Apple. Les messages développés pour la communication sur les services doivent se distinguer de ces messages commerciaux et capter l'œil du public. Pour ce faire, ils doivent s'appuyer sur une compréhension des besoins et des motivations du public et présenter de manière créative des solutions aux obstacles qui empêchent le changement de comportement, tout en offrant une contrepartie. C'est pourquoi il est primordial d'adapter les messages à chaque public particulier. Tout le monde ne doit pas recevoir le même message, car chaque segment du public a différents besoins en matière d'information et des motivations uniques.

Les principes clés à respecter pour élaborer des messages de CCSC efficaces sont les suivants :

- 1. Les messages doivent être clairs pour le public visé Des messages efficaces ne doivent pas contenir de jargon ni de termes techniques. Les messages relatifs aux procédures cliniques et aux services de santé emploient un langage compréhensible pour le public, tout en restant précis. Ce langage peut être différent de celui qui est utilisé par les experts techniques.
- 2. Les messages doivent être concis L'essentiel de tout message de communication sur les services doit être transmis rapidement. Selon certains, les arguments fondamentaux de tout message doivent être transmis en 15 secondes (il s'agit du « discours de motivation », qui est défini comme le court intervalle qui survient avant que le public ne soit confus ou perde tout intérêt dans le discours).
- 3. Les messages doivent être répétés Les messages les plus efficaces ne sont pas isolés ; ils sont incorporés dans tous les canaux de communication et les informations associées, et ils sont répétés de sorte que le public les assimile. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur le nombre de répétitions nécessaires pour qu'un public change son comportement, tout le monde s'accorde à reconnaître que les expositions multiples au même message au moyen de plusieurs canaux

- peuvent contribuer à optimiser l'impact d'un programme CCSC. Pour plus d'informations, reportez-vous à Communication pour une meilleure santé.
- 4. Les messages doivent mentionner les avantages Des messages de CCSC efficaces doivent indiquer clairement les avantages que le public peut tirer de l'adoption d'un comportement. Chaque public visé est confronté à des obstacles particuliers qui l'empêchent de changer de comportement, par exemple l'absence de compétences, l'absence de soutien social ou le manque de temps. Un message efficace décrit clairement un avantage, c'est-à-dire un aspect positif dont le public bénéficiera s'il change de comportement. Cet avantage doit avoir un sens pour le public. Les avantages sont généralement décrits sur un plan fonctionnel ou émotionnel.

Les avantages fonctionnels désignent les attributs physiques que le produit ou le service peut offrir et comment ce dernier fonctionne (prévention du paludisme, amélioration du déroulement de la grossesse, absence d'effets secondaires, prix abordable, facilité d'utilisation, etc.). Les avantages fonctionnels doivent être étayés par des preuves. Par exemple, les revendications de qualité d'un service peuvent faire référence à la précision des tests ou à la manière dont les recommandations cliniques reflètent les normes de soin internationales. Les données relatives aux essais cliniques et les informations concernant les performances du projet peuvent également démontrer l'efficacité du produit ou du service.

Les avantages émotionnels désignent les avantages d'ordre social ou psychologique qu'offre le service en termes d'impact émotionnel sur le public, p. ex. réassurance, tranquillité d'esprit, confiance ou statut social.

Bien que la communication sur les services tende essentiellement à s'intéresser aux avantages fonctionnels, il est important de mettre l'accent sur les avantages émotionnels, car ceux-ci conditionnent souvent le comportement humain. Si les avantages émotionnels ne sont pas compris, il est possible que le public ne perçoive pas l'utilité de surmonter les obstacles qui l'empêchent d'adopter et de maintenir un nouveau comportement.

Exemples d'avantages fonctionnels et émotionnels :

Informations sur le public	Elle veut une méthode de PF discrète et exigeant peu d'efforts, mais elle craint que le DIU ne la rende stérile.
Avantage (Fonctionnel)	Méthode de contraception très efficace et réversible, qui peut éviter toute grossesse pendant 10 ans au maximum, sans hormones.
Avantage (Émotionnel)	Confiance et sérénité avec mon style de vie frénétique, ce produit offre une protection discrète sans impliquer aucun effort et je pourrai l'ôter facilement lorsque je voudrai tomber enceinte

Autres considérations relatives aux messages selon les phases de la prestation de services

Les messages de communication sur les services peuvent varier selon le public visé et la phase de la prestation de services. Répondez aux questions suivantes :

- À quel point le public maîtrise-t-il le sujet ou le service et quelle est son attitude à son égard ? S'agit-il d'un domaine nouveau sur lequel la population a besoin d'en savoir plus ou ce sujet ou service est-il familier au public, bien qu'il fasse l'objet de préjugés ou d'informations erronées ?
- Quel type d'attrait serait le plus adapté, à votre avis ? Le terme « attrait » désigne la manière dont les messages sont présentés. Selon le contexte et le public, certains messages efficaces peuvent susciter de la peur (« Le Sida tue, utilisez un préservatif »), tandis que d'autres peuvent avoir un attrait émotionnel plus positif (« Soyez la mère que vous avez toujours voulu être : traitez l'eau que boivent vos enfants »). Votre décision relative à l'attrait dépend de ce que vous savez sur le contexte, le public visé, le domaine de santé et la phase de la prestation de services. Pour plus d'informations sur le choix de l'attrait des messages, reportez-vous au Pink Book publié par le National Cancer Institute.
- À quel point le service ou le domaine de santé est sensible ? Comment trouver un juste équilibre entre la clarté des messages et les normes

- culturelles qui déterminent les règles régissant ce qui peut être discuté ouvertement ?
- Quel est le niveau d'alphabétisation du public ? Les messages et le matériel doivent employer un « langage élémentaire » et doivent être structurés en fonction du public ; en conséquence, votre approche variera selon le public et la phase de la prestation de services. Pour accéder aux ressources expliquant comment élaborer des messages et du matériel efficaces pour les publics à faible niveau d'alphabétisation, reportez-vous à ces instructions sur l'utilisation d'un langage élémentaire publiées par les National Institutes of Health.

Comment élaborer un message efficace

Lorsque vous élaborez un message de communication sur les services, commencez par vous assurer que celui-ci comporte deux éléments — un avantage fonctionnel et/ou émotionnel et une « mesure à prendre » explicite :

- L'avantage promis au public s'il surmonte les obstacles (déterminants) et adopte le comportement visé. Les avantages doivent être définis à partir de votre compréhension de ce qui importe au public, par exemple le respect des pairs, une meilleure vie amoureuse, une famille en bonne santé ou une plus grande réussite. Exemple : « Ça vaut la peine de planifier, discutez avec votre prestataire du planning familial. »
- *Une mesure à prendre à action explicite* Énoncé décrivant ce que le programme attend du public (objectif comportemental) par rapport aux services. *Exemple :* « Emmenez votre partenaire pour effectuer un dépistage du VIH dès aujourd'hui. »

Mettez ensuite en œuvre les sept commandements d'une communication efficace afin de vous assurer que le message reflète bien les principes clés d'une bonne CCSC.

LES SEPT COMMANDEMENTS DE LA COMMUNICATION	QUESTIONS À POSER ET POINTS À NE PAS OUBLIER
1. Attirer l'attention	Le message est-il mis en exergue ? Votre public le pense-t-il ?

	 N'oubliez pas de réfléchir aux détails suivants : couleurs et polices, images et graphiques, effets sonores, musique, slogans, choix de canaux novateurs. 	
2. Clarifier le message	 Le message est-il simple et direct ? N'oubliez pas que plus le message est concis, plus il est percutant! Restez concentré uniquement sur ce que le public doit connaître. 	
3. Communiquer un avantage	 Qu'obtiendra le public en contrepartie de son action ? Un avantage clé n'est pas forcément un avantage sanitaire. En choisissant un avantage immédiat (au lieu d'un avantage à long terme), vous aurez plus de chances d'obtenir un changement immédiat. 	
4. La cohérence importe	 Les activités et le matériel transmettent le même message et sont complémentaires pour provoquer le rappel et le changement. « Une même vision, un même son » est un bon mot d'ordre. Faites attention à l'usage que vous faites des logos, des couleurs, des mots, des sons, des thèmes, des images et des modèles. 	
5. Adressez-vous au cœur et à la raison	Vaut-il mieux en appeler aux émotions du public, à sa raison ou aux deux ? L'attrait émotionnel est souvent plus convaincant que les faits.	
6. Instaurer la confiance	• Vos informations proviennent-elles d'une source crédible ? À qui le public visé fait-il confiance ? Posez-lui la question. S'agit-il du médecin de sexe masculin ou cela a-t-il changé ? La source considérée comme étant crédible est-elle identique pour les hommes et les femmes et pour différentes tranches d'âges ? Y a-t-il une célébrité susceptible d'impressionner votre public ?	
7. Mesure à prendre	 Que voulez-vous que le public fasse après avoir vu la communication ? Quelle action est réaliste consécutivement à la communication ? La mesure à prendre doit mettre l'accent sur une action concrète et réaliste et contribuer à la réalisation de vos objectifs. 	

REMARQUE IMPORTANTE SUR LE TEST PRÉALABLE DU MATÉRIEL

Le contenu des messages, l'approche et les canaux doivent être testés auprès des publics visés préalablement à leur finalisation et à leur production. Dans la mesure où les messages de communication sur les services sont souvent élaborés en collaboration avec des experts techniques étrangers au public visé, les tests préalables garantissent qu'un public comprenne l'intention du message.

Les tests préalables doivent inclure :

- Examen par les parties prenantes permettez aux partenaires, donateurs et représentants d'autres programmes concernés susceptibles d'utiliser le matériel de passer en revue ce dernier avant sa production
- Test préalable auprès du public permettant à des représentants du public visé de passer en revue et de commenter le matériel. Ce public doit inclure des patients, des prestataires, des décideurs et des membres de la communauté. Cet examen doit vérifier la compréhension, la motivation, l'attrait, la confusion, le caractère offensif et polémique.

Pour plus d'informations sur les tests préalables du matériel, reportez-vous à Réalisation de tests préalables efficaces.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Pour les considérations, étapes et consignes supplémentaires relatives à l'élaboration de messages efficaces :

- Modules C Module 3 : Comment créer des messages de CCSC efficaces
- Ressource pour l'élaboration de matériel de communication plus percutant : Pourquoi les bonnes causes souffrent-elles d'une mauvaise publicité

Exemple de message : Création de la demande de tests de dépistage du VIH au Swaziland

Pour encourager les hommes et les femmes à effectuer les tests de dépistage du VIH avec leur conjoint, PSI a élaboré des messages de motivation qui mettaient l'accent non

pas sur les avantages fonctionnels du VIH (connaître votre état, liens avec les soins) mais sur les avantages émotionnels (montrer votre amour et votre respect pour votre âme sœur).

PSI a identifié le déterminant clé du test de dépistage du VIH comme étant le degré de soutien social que le public a reçu. En conséquence, le message clé de la campagne de dépistage du VIH a mis l'accent sur la réalisation des tests du VIH pour témoigner de l'amour qu'on porte à son partenaire, facteur très important pour les hommes et les femmes au Swaziland.

Le déterminant défini était le soutien social, à savoir l'assistance dont un individu bénéficie en contrepartie d'un comportement.



Information clé: Si vous avez confiance en votre partenaire, vous n'avez alors rien à cacher.

Avantage : En effectuant le test de dépistage du VIH en couple, vous prouvez votre amour et votre engagement l'un à l'autre.

Mesure à prendre : Emmenez votre partenaire pour un dépistage dès aujourd'hui.

Lorsqu'ils sont associés, l'avantage et la mesure à prendre constituent le message clé. Observez dans l'affiche ci-dessous comment le texte n'est pas identique au message clé, mais il transmet la même idée. N'oubliez pas que les messages clés sont des énoncés internes stratégiques. Un même message clé peut être exécuté de plusieurs façons.

Cette affiche appartenant à la campagne de dépistage du VIH en couple au Swaziland visait à la promotion des tests de dépistage du VIH en général, pas seulement dans les

cliniques de PSI. C'est pourquoi l'affiche n'avait pas besoin de communiquer également le positionnement de marque des cliniques de PSI dans le message clé. Toutefois, vous serez amené à plusieurs reprises à promouvoir une marque PSI et, par conséquent, vous devrez communiquer le positionnement de la marque et le message clé simultanément.

Alignement des canaux de communication et des messages

Le processus d'alignement des canaux et des messages consiste à choisir l'approche ou l'outil de communication adéquat pour le message et le public visé (par exemple, médias, communication interpersonnelle, technologies de l'information et de communication ou médias sociaux). Faire ces choix judicieusement est un processus stratégique qui dépend des besoins du programme, du contexte local et de l'analyse du public.

Pourquoi est-il important de choisir la bonne approche en matière de communication sur les services ?

L'alignement des canaux sur les messages garantit l'efficacité en transmettant les messages les plus pertinents au public visé sans gâcher les ressources. Tous les canaux n'atteignent pas tous les publics. En veillant à combiner les canaux de manière adéquate, vous augmentez les répétitions ainsi que la probabilité que le public comprenne le message, l'accepte et réagisse en conséquence.

Principales étapes à suivre pour aligner les canaux sur les messages

Le résultat de l'alignement des messages sur les canaux de communication est souvent appelé « Plan de combinaison de canaux ». Les étapes clés suivantes permettent d'élaborer le plan. Complétez le Tableau des combinaisons de canaux (Annexe G) pour élaborer votre propre plan.

1. Évaluez les canaux disponibles – Déterminez les canaux de communication disponibles localement. À droite se trouvent la liste des canaux typiques et la description de leur utilisation courante dans le cadre de la communication sur les services.

- 2. Déterminez les habitudes et les canaux préférés du public visé Le canal proposé atteint-il le public visé ? Par exemple, commencez par déterminer si le public écoute la radio, regarde la télévision ou utilise les médias sociaux avant d'opter pour l'une de ces approches. Ces informations sont recueillies dans la section Analyse du public.
- 3. Évaluez les points forts et les points faibles de chaque canal Les canaux peuvent différer en fonction des objectifs de communication et du public. Il est probable que l'utilisation d'une combinaison de plusieurs canaux appropriés renforce l'impact de la CCSC. Pour en savoir plus sur les points forts et les limitations de chaque canal, reportez-vous à la section Élaboration d'un plan de combinaison de canaux.
- 4. Tirez parti des points forts de chaque outil Tous les canaux ne conviennent pas à tous les messages. Certains messages et nouveaux comportements exigent de nombreuses interactions et informations, ainsi que beaucoup de temps, en particulier lors de l'introduction de nouvelles compétences ou pour éliminer des préjugés et des informations erronées bien ancrés. Les exigences des messages détermineront le format approprié : interpersonnel, groupe restreint, médias ou médias sociaux. Par exemple, pour aider une nouvelle maman à surmonter les difficultés liées à la mise au sein (tétée), le mieux est de recourir au contact interpersonnel ou à des vidéos de démonstration à l'aide de la téléphonie mobile pour lui montrer des exemples et répondre à ses questions.
- 5. Tenez compte des caractéristiques du public dans les décisions créatives Prenez en compte les niveaux d'éducation et d'alphabétisation du public visé, son temps disponible, ses connaissances techniques, ainsi que d'autres caractéristiques. Choisissez ensuite les outils les plus appropriés qui permettent également de faire preuve de créativité et d'innovation comme requis lors de l'élaboration du message.
- 6. Déterminez les canaux adaptés aux objectifs du programme, en fonction de la phase de la prestation de services, et dressez la liste des difficultés Le programme vise-t-il à sensibiliser et à informer sur un nouveau service ou produit ou bien vise-t-il à augmenter la fréquentation des services ? Vise-t-il à

- dispenser des compétences pendant une consultation clinique ? Ou à renforcer les nouveaux comportements après que les patients ont quitté la structure sanitaire ? L'objectif devrait vous aider à déterminer le canal le plus approprié.
- 7. Déterminez si vous privilégiez la **portée** (nombre d'individus ou de ménages exposés aux messages) ou l'**intensité** (fréquence moyenne de l'exposition des individus aux messages). Le niveau d'intensité peut être déterminé par la *profondeur* (quantité d'informations et de détails nécessaire) que le message requiert pour être compris. Pour les services destinés à un public restreint (jeunes non circoncis ou jeunes filles enceintes), il peut s'avérer plus approprié de privilégier l'intensité. Pour les nouveaux services ou ceux qui visent un large public (par exemple, planning familial ou traitement du paludisme dans une région où cette maladie est endémique), le programme peut privilégier la portée plutôt que l'intensité.
- 8. L'outil convient-il à l'environnement dans lequel il sera utilisé ? Lors de la sélection des canaux, il convient de déterminer où et quand ils seront utilisés et le thème qui sera abordé. Par exemple, la phase de conseil clinique peut nécessiter du matériel adapté à un environnement clinique restreint et/ou surpeuplé. Veillez également à tenir compte de l'infrastructure. L'électricité est-elle requise pour l'éclairage ou l'accès à Internet ?
- 9. Assurez-vous que les messages conviennent aux canaux et au public Le degré de complication d'un message ou la nécessité de recourir à des éléments graphiques déterminera s'il vaut mieux opter pour des supports imprimés, la vidéo, la radio ou la communication interpersonnelle. Examinez les normes locales qui s'appliquent au sujet de santé, notamment si celui-ci est l'objet d'une stigmatisation ou s'il est difficile à aborder, avant de choisir les canaux de communication.
- 10. Déterminez la fréquence à quelle fréquence le canal sera-t-il utilisé ? Pour ce faire, examinez l'alignement des canaux sur les congés, les cycles de paiement, les élections ou d'autres événements spéciaux. Vous pourrez ainsi saisir des opportunités et vous assurer que les messages ne sont pas relégués à un deuxième plan par d'autres histoires médiatiques.

11. Résumez les résultats de cette analyse dans un Tableau des combinaisons de canaux (ci-dessous). Lors de la sélection définitive des canaux, tenez compte du budget – Le prix du canal est-il abordable ? Est-il possible de collaborer avec d'autres partenaires ou activités afin de réduire les coûts ? Les coûts de production du canal ou de l'approche choisi sont-ils conformes au budget ? Quel est le coût par personne sensibilisée et ce coût est-il raisonnable ? Par exemple, la production d'un spot diffusé à la radio peut être plus chère que l'organisation de discussions communautaires, mais la radio peut atteindre beaucoup plus de personnes que les séances de communication interpersonnelle, ce qui réduit son coût par personne sensibilisée.

Pour obtenir les instructions pas à pas à suivre pour aligner les canaux sur les messages et compléter le Plan de combinaison de canaux, reportez-vous au Guide de procédure - Élaboration d'un plan de combinaison de canaux.

Pour un exemple montrant comment sont élaborés et diffusés les messages de planning familial via divers canaux en vue d'améliorer l'utilisation des services, reportez-vous à l'étude de cas NURHI (Annexe M).

Canaux de diffusion des messages

Types de canaux

Définition

Exemples en matière de communication sur les services

Communication interpersonnelle :

Pair-à-pair, patient/prestataire, superviseur à agent de santé communautaire, conseil Processus dans le cadre duquel deux individus (ou un petit groupe) échangent des informations et des idées pendant une interaction face à face.

- Réunions de personne à personne entre pairs ou entre un patient et un prestataire de soins de santé
- Réunions de groupe communautaires, groupes de mère à mère, groupes de pairs
- Visites d'encadrement coopératif, réunions d'équipe visant à améliorer les services et les conseils cliniques

À base communautaire:

Dialogue communautaire, groupe de théâtre communautaire, radio communautaire



Processus qui engage et motive divers partenaires et alliés aux niveaux national et local pour améliorer la demande et sensibiliser davantage la population sur un service ou un sujet de santé Dialogues communautaires visant à discuter de l'importance du domaine de santé ou à introduire le nouveau service

Médias:

Radio et télévision, séries dramatiques, émissions de jeux, sites web, journaux, magazines, affiches Technologies médiatiques diversifiées visant à atteindre de larges publics au moyen de la communication de masse, notamment la radio, les films et la télévision.

- Téléfeuilleton incorporant l'utilisation du service dans un scénario populaire
- Débats radiophoniques avec des prestataires de soins de santé invités à l'antenne pour dissiper les préjugés et les idées préconçues
- Articles de presse fournissant des informations sur les lieux où sont disponibles les services, leurs coûts et d'autres informations élémentaires

Médias sociaux :

Facebook, WhatsApp, SMS, blogs, podcasts



Services Internet dans le cadre desquels les utilisateurs génèrent des contenus en ligne, p. ex.

- Page Facebook afin de susciter l'intérêt pour le service et fournir des informations de suivi
- Vidéos de démonstration sur les nouvelles compétences à

Types de canaux	Définition	Exemples en matière de communication sur les services
	blogs, sites de réseaux sociaux et wikis.	transmettre aux patients ou aux nouveaux prestataires formés Groupes d'utilisateurs de médias sociaux incluant des prestataires de soins de santé afin de partager les meilleures pratiques, des formations et les nouvelles techniques dans leur domaine d'exercice Messages SMS pour rappeler aux utilisateurs les services de suivi ou la prise du traitement

Exemple

En alignant les canaux et les messages sur les publics appropriés, International HIV/AIDS

Alliance a pu améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs (SRHR) de 940 000 jeunes âgés de 10 à 24 ans parmi les populations les plus affectées par le VIH dans 5 pays.
L'organisation a reconnu que pour changer les attitudes et les normes qui influencent l'accès des jeunes aux services, il fallait organiser des discussions, des interactions communautaires, changer le comportement des prestataires et plaider en faveur de ces changements.



© 2016 International HIV/AIDS Alliance

L'organisation a fait appel à des pairs-éducateurs et de jeunes leaders, ainsi que des lignes d'assistance téléphonique et des médias sociaux, pour permettre des discussions approfondies et ouvertes et un plaidoyer auprès des jeunes. Elle a utilisé des documents imprimés pour informer les jeunes sur les services et les inciter à les fréquenter. L'organisation a également tiré parti de formations dans le cadre des services pour sensibiliser et améliorer les aptitudes des prestataires. Enfin, elle a eu recours à la

communication interpersonnelle et aux réseaux communautaires pour plaider en faveur des services intégrés et de la création d'espaces conviviaux pour les jeunes.

En savoir plus sur Link Up.

Aborder les prestataires comme un public du changement de comportement

Les prestataires sont au cœur de tout programme ou projet de prestation de services. Le comportement des cliniciens, des agents de santé communautaires, des conseillers et autres prestataires de soins de santé peut être déterminant dans l'intérêt, la volonté et la motivation des patients à adopter des comportements plus sains. Les patients se rendent souvent à un service de santé avec des attentes et des obstacles spécifiques susceptibles



d'affecter la consultation clinique ; c'est pourquoi des prestataires compétents et sympathiques contribuent à instaurer une atmosphère positive au sein des cliniques et des antennes sanitaires et, en fin de compte, ils contribuent à améliorer les résultats sanitaires des patients.

Pourquoi le changement de comportement des prestataires est-il important ?

Pour garantir l'adoption et le maintien de comportements sains pendant et après une interaction entre un patient et un prestataire, il est souvent nécessaire d'inciter les prestataires de soins de santé à changer de comportement.

Les déterminants du comportement des prestataires peuvent être regroupés dans quatre catégories principales. (Pour plus d'informations, reportez-vous au Kit de mise en œuvre sur le changement de comportement des prestataires)

 Opportunité – Disponibilité des ressources, des fournitures et de l'infrastructure nécessaires pour appuyer les comportements positifs des prestataires (notamment le matériel et les fournitures de bureau, un espace de travail suffisant, l'infrastructure de la structure sanitaire et les produits disponibles)

- Attentes Niveau de compréhension du prestataire des attentes en termes de performances et de la qualité définie
- Aptitudes Niveau de compétences et de connaissances nécessaire que le prestataire possède pour assumer ses fonctions et niveau de compétence ressenti par le prestataire
- Motivation Présence de récompenses suffisantes pour effectuer le travail (rémunération, incitations, reconnaissance) et absence de conséquences négatives pour effectuer le travail (stigmatisation sociale, dépenses personnelles, éloignement de la famille et de la vie privée).

Les prestataires sont confrontés à plusieurs obstacles en termes d'opportunités qui limitent leurs performances et ne peuvent pas être levés par la CCSC seule (par exemple, fournitures limitées, grand nombre de patient et structures sanitaires déficientes). Ils doivent également faire face à de nombreux obstacles liés aux attentes, aux aptitudes et aux motivations internes qui limitent les performances (par exemple, pression exercée par des pairs, habitudes, attitudes et croyances, nécessité ressentie de satisfaire les attentes des patients, niveaux de compétences et d'information). Pour garantir la qualité supérieure des services de santé et leur valorisation par les patients, les prestataires doivent être motivés, avoir confiance dans leur travail, être capables de fournir des services sans discrimination et être fiers de ce qu'ils font.

Les patients qui ont une interaction positive avec leur prestataire sont davantage susceptibles de recommander le service à d'autres personnes et de plaider en sa faveur. Les services proposés par des prestataires incompétents ou grossiers dressent des barrières qui dissuadent les individus de fréquenter les services et/ou de maintenir des comportements après la consultation du prestataire. La CCSC peut jouer un rôle fondamental dans la levée des obstacles comportementaux clés liés aux normes, aux attitudes, aux compétences, aux connaissances et autres facteurs idéationnels.

Qu'est-ce que la communication pour le changement de comportement des prestataires ?

La communication pour le changement de comportement des prestataires est un processus stratégique consistant à identifier les besoins des prestataires individuels et les obstacles empêchant l'adoption des comportements souhaités, et à adapter les solutions de communication.

La communication pour le changement de comportement des prestataires va audelà du développement de compétences de communication et de conseil interpersonnel classiques. Elle peut inclure la gestion des lacunes du prestataire en termes de connaissances et de compétences, ainsi que les motivations, les normes, les valeurs, les attitudes et les croyances sous-jacentes qui affectent le comportement des prestataires.

En vous assurant que les prestataires satisfont les normes de prestation de services de qualité et participent à des interactions positives avec les patients, vous augmenterez le volume et la demande de services et améliorerez les perceptions de qualité. La communication pour le changement de comportement des prestataires peut avoir un impact sur divers comportements, notamment :

- Amélioration du dépistage des patients et des conseils préalables au service (conseils sur la combinaison de méthodes de planning familial, traitements sous contrôle direct antituberculeux (TB DOT))
- Amélioration du respect des conseils (soins et traitement du VIH, vaccinations de routine)
- Amélioration de la prévention des infections
- Amélioration de la tenue des registres



Au Niger, E2A s'est efforcé de permettre aux prestataires d'offrir des services de qualité sur la santé sexuelle et reproductive, dans un environnement convivial pour les jeunes. Pour lever les obstacles entravant l'offre de ces services, E2A a réalisé le film intitulé « Whose Norms » afin d'inciter les prestataires de services à réfléchir, à dialoguer et à agir. Le côté demande

a été abordé dans le premier film de la série, « Binta's Dilemma », a été utilisé pour

inciter les jeunes nigériens à discuter de thèmes culturellement sensibles, notamment la contraception, les grossesses non souhaitées et les pressions exercées par la société sur les jeunes femmes pour avoir un enfant aussitôt mariées.

Bien que le conseil, à lui seul, ne soit généralement pas l'axe central de la communication pour le changement de comportement des prestataires, il joue un rôle essentiel dans

l'amélioration de la phase *en cours* de prestation du service, à savoir l'interaction entre le patient et le prestataire. Lors de ses travaux visant à intégrer l'évaluation, le conseil et le soutien en matière de nutrition (NACS) dans les services de santé, FANTA a observé des faiblesses dans le conseil et la communication.

L'organisation a élaboré



un programme de formation en 2 ou 3 jours qui met l'accent sur les compétences en matière de communication interpersonnelle, en donnant la priorité aux compétences clés qui sont le plus négligées mais qui ont le pouvoir de changer les interactions si elles sont mises en pratique. Par exemple, 1) poser des questions ouvertes pour en savoir plus avant de « dire » aux patients ce qu'ils doivent faire ; 2) vérifier comment le patient a compris les informations techniques que vous lui avez présentées, en lui demandant de les exprimer en ses propres termes ; 3) négocier un plan d'action que le patient pense pouvoir tenir – quelques « petites actions réalistes » en vue d'atteindre l'objectif comportemental et le résultat sanitaire final. La formation met l'accent sur la pratique, en se référant à des listes de vérification. Reportez-vous à la section Ressources pour plus d'outils de travail et d'outils de conseil.

Comment gérer le comportement des prestataires au moyen de la CCSC

Plusieurs cadres de travail définissent les composantes du changement de comportement des prestataires. Cette section aborde les éléments suivants :

- Importance de comprendre le prestataire, notamment les différences entre le comportement actuel et le comportement souhaité, les attitudes, les valeurs et la motivation, ainsi que les obstacles au changement
- 2. Importance de mettre l'accent sur la « valeur » comme facteur de motivation du changement
- 3. Utilisation de l'encadrement coopératif pour maintenir les comportements des prestataires



Comprendre les besoins des prestataires



Importance de renforcer la valeur



visant à gérer le changement de comportement des prestataires

Pour plus d'informations sur cette approche et d'autres techniques de changement de comportement des prestataires à l'aide de la CCSC, reportez-vous à la section Stratégies de changement du comportement des prestataires privés.

Pour un exemple illustrant l'application de techniques de changement de comportement des prestataires au Kenya, consultez l'étude de cas Difficultés entre les patients et les prestataires (Annexe J).

Comprendre les besoins des prestataires

Bien comprendre les prestataires au moyen d'une analyse du public est une étape initiale essentielle pour déterminer les objectifs, l'approche générale, ainsi que les canaux et les outils employés dans le cadre de la stratégie de communication pour le changement de comportement des prestataires.

Ce processus est pratiquement identique à toute autre analyse du public (voir How to Conduct an Audience Analysis). Outre les informations démographiques (âge, genre, emplacement, nombre d'années d'exercice), l'analyse du public d'un

prestataire doit inclure des renseignements permettant de cerner les différences entre le comportement actuel et le comportement souhaité, ainsi que les raisons sous-jacentes de ces différences.

Les types d'informations suivants peuvent être recueillis dans le cadre de l'analyse du public d'un prestataire :

- Quel est le comportement actuel du prestataire dans le domaine de santé/dans le cadre du service visé ? Le prestataire applique-t-il le comportement souhaité à tout moment, parfois seulement ou pas du tout ?
- Pourquoi le prestataire n'applique-t-il pas toujours le comportement souhaité (les obstacles) ? Est-ce parce que les ressources adéquates ou le temps lui manquent ou parce que sa rémunération est insuffisante, ou les obstacles sont-ils liés au manque de connaissances, de compétences ou d'autres facteurs idéationnels ?
- Quelle est l'attitude actuelle du prestataire vis-à-vis de son travail, des services ou des patients qu'il traite ? Est-il satisfait de son travail ? A-t-il des préjugés sur les services qu'il doit fournir ou les patients qu'il traite ?
- Quel avantage le prestataire perçoit-il pour adopter le comportement visé?
- Qu'est-ce qui motive le plus le prestataire : le soutien de ses pairs, son statut social, les incitations financières ?

Notez ces renseignements dans un **Profil du prestataire** (Annexe H), qui vous aidera à résumer les prestataires visés et à fournir des informations sur le positionnement du changement de comportement souhaité (amélioration des conseils aux adolescents, davantage de conseils sur les problèmes critiques liés aux contraceptifs, etc.) de manière à offrir un avantage au prestataire (meilleur statut au sein de la communauté, réduction de sa charge de travail) tout en surmontant un obstacle important (manque de confiance, manque de connaissances).

Exemple de profil de prestataire

Nom: Dr. Hema

Âge: 50 ans

Sexe: Féminin

C'est une gynécologue-obstétricienne dans une grande clinique. Elle voit 50 patients par jour en consultation externe et réalise 20 accouchements par mois. Elle aspire à assumer des responsabilités importantes au sein de groupes sociaux, à être reconnue au sein de la communauté et à attirer un nombre croissant de patients à revenu élevé. Elle ne pose des DIU que sur demande et effectue 10 implantations par mois. Elle est convaincue que son rôle est d'informer les patients, et non de les conseiller.

Dr. Hema est un médecin bien établi qui a le sens des affaires.

Importance de renforcer la valeur

Les prestataires sont des personnes qui, comme leurs patients, sont motivées par une multitude de facteurs : argent, reconnaissance, statut social ou désir de développer sa communauté. Comme n'importe qui d'autre, il est plus probable que les prestataires changent de comportement s'ils comprennent le bénéfice qu'ils peuvent en tirer. Les interventions efficaces visant au changement de comportement des prestataires identifient ce qui motive le plus les prestataires avant l'élaboration des messages. Un énoncé simple définissant l'avantage qu'un prestataire pourra tirer d'un changement spécifique est appelé « proposition de valeur ».

PSI utilise les propositions de valeur comme base de la communication pour le changement de comportement des prestataires dans le cadre de ses programmes de franchisage social. Par exemple, les prestataires en matière de planning familial peuvent avoir quelques réticences à dispenser des conseils sur les DIU s'ils partent du principe qu'un patient qui ne les interroge pas directement à ce sujet n'est pas intéressé. Parallèlement, ces mêmes prestataires sont motivés par l'accroissement

de leurs volumes de ventes. Pour amener les prestataires à poser des DIU aux patientes qui fréquentent les services de planning familial, les messages de proposition de valeur sont élaborés de manière à présenter les avantages que les prestataires peuvent tirer de ces actes.

Exemple:

* Votre patiente sera impressionnée par les services et les choix que vous lui proposez, même si elle n'y avait pas pensé. Vous améliorerez ainsi la satisfaction de vos patientes et les inciterez à revenir pour d'autres consultations et à vous recommander. »

Avant d'élaborer un message de proposition de valeur, utilisez la série de questions de l'analyse du public pour identifier ce qui importe aux prestataires.

Pour plus d'informations sur la communication de la valeur de manière à influencer le changement de comportement des prestataires, reportez-vous à la section Promesse clé du kit de mise en œuvre de la CCSC. Reportez-vous au kit de mise en œuvre du changement de comportement des agents de santé communautaires pour d'autres exemples montrant comment les organisations ont intégré les techniques de motivation sur la base de la valeur dans leurs initiatives visant à changer le comportement des prestataires.

Supervision formative

Aucun canal de communication ni aucune technique de CCSC n'est connu pour améliorer les comportements des prestataires. Selon la lacune identifiée en termes de performances, l'encadrement coopératif peut aider les prestataires à adopter et à maintenir les nouveaux comportements et à rester motivés pour bien faire leur travail.

De nombreux programmes de prestation de services offrent déjà régulièrement un encadrement coopératif à travers le suivi des formations et les contrôles de routine. Toutefois, il arrive très souvent que la supervision de routine s'intéresse essentiellement à améliorer la collecte de données cliniques, le reporting ou l'apparence et l'organisation du prestataire. L'approche de l'encadrement coopératif pour le changement de comportement des prestataires met l'accent non seulement sur la formation et l'amélioration des compétences, mais également sur les

obstacles spécifiques qui empêchent un prestataire d'adopter un nouveau comportement. L'approche de l'encadrement coopératif pour le changement de comportement des prestataires utilise les informations recueillies pendant l'analyse du public pour élaborer les stratégies de maintien du changement de comportement à long terme, sur la base des besoins et des valeurs du prestataire.

Outre la formation, un plan d'encadrement coopératif peut inclure :

- La surveillance et la gestion par un superviseur
- De nouveaux outils de travail et instruments, qui peuvent utiliser plusieurs plates-formes média (p. ex. SMS, téléphones mobiles et courtes vidéos) pour améliorer le conseil et incluant le support nécessaire pour les utiliser correctement
- Coaching et assistance de routine assurés par un superviseur, sur la base d'un plan d'amélioration des performances spécifique
- Support technique au moyen de lignes d'assistance téléphonique ou de vidéos
- Tutorat assuré par un pair ou un responsable dont les résultats sont excellents

Exemple : Application d'un cadre de travail basé sur un prestataire

PSI a développé et implémente un système pour le changement de comportement des prestataires dans ses cliniques de franchisage social basé sur les Phases du changement (Modèle transthéorique). PSI met en œuvre ce processus pour gérer les lacunes affectant divers comportements des prestataires et domaines de santé. Ce processus reconnaît que les prestataires se trouvent à différentes phases d'adoption du comportement :

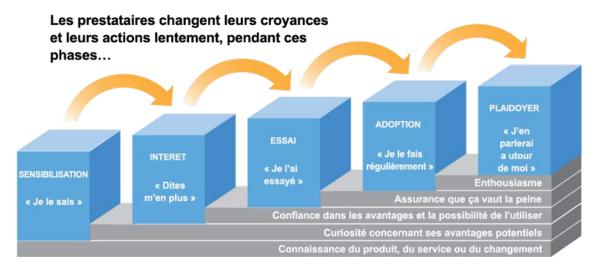
- Sensibilisation Le prestataire connaît le comportement visé.
- Intérêt Le prestataire a exprimé son intérêt pour adopter le nouveau comportement.
- Essai Le prestataire a entrepris une première étape pour essayer le nouveau comportement.
- Adoption Le prestataire a adopté le nouveau comportement et l'applique régulièrement.

 Plaidoyer – Le prestataire encourage les autres à adopter le nouveau comportement, car celui-ci l'a aidé à répondre à des besoins spécifiques, par exemple obtenir davantage de clients, augmenter son revenu et travailler de manière plus efficace.

Pour aider les prestataires à adopter et à maintenir leurs nouveaux comportements, vous pouvez également avoir recours aux représentants médicaux. Les représentants médicaux, qui sont moins qualifiés que les superviseurs, peuvent rendre visite aux prestataires afin de les aider à améliorer la disponibilité et la qualité de leurs services. Les représentants médicaux discutent des services avec les prestataires et identifient les obstacles susceptibles de les empêcher d'offrir ou d'améliorer ces services. Si le représentant médical trouve que le prestataire est bien formé mais manque de confiance dans une compétence particulière, par exemple, le programme peut organiser une formation et une supervision sur site pendant des jours d'exercice spéciaux. Si le représentant médical trouve que le prestataire souhaite s'adresser aux jeunes mais se heurte à l'opposition des parents et des leaders communautaires, le programme peut organiser des activités de CCSC afin d'engager de manière constructive ces « protecteurs » et personnes d'influence.

Les interventions visant à changer le comportement d'un prestataire doivent commencer par identifier à quel niveau des phases du changement se trouve un prestataire, ainsi que les principaux obstacles qui empêchent le prestataire de passer à la phase suivante.

Échelle d'adoption Changement de comportement des prestataires



Le processus d'identification et d'élaboration d'interventions personnalisées en vue de combler les lacunes dans le comportement des prestataires s'articule autour de quatre étapes majeures :

- 1. **Planification** Comme lors de l'analyse du public, identifiez les prestataires visés et hiérarchisez les segments de prestataires. Par exemple, les segments peuvent inclure les prestataires travaillant en zone urbaine, les prestataires qui fournissent des services à des structures sanitaires gérant des volumes élevés ou faibles, et les prestataires qui proposent des services intégrés.
- 2. Analyse du public en vue d'identifier les besoins du prestataire Sur la base des données recueillies au moyen de méthodes telles que l'observation des prestataires, le feedback des patients, l'examen des pratiques de routine en matière de tenue des registres, les entretiens de sortie des patients et les visites de clients mystère, développez le profil des prestataires décrivant les performances actuelles des prestataires hiérarchisés, les obstacles à l'adoption des nouveaux comportements (connaissances, compétences, motivation, etc.), les valeurs clés et les attentes.
- Développement d'une solution comportementale personnalisée pour combler les lacunes en termes de performances et les barrières comportementales. Développez des outils de communication personnalisés

- afin de remédier aux lacunes identifiées. Ces outils peuvent inclure divers matériels permettant de lever les obstacles liés aux compétences (formation ou meilleurs outils de travail, barrières d'ordre motivationnel) ou promouvoir les stratégies et les outils de coaching et de tutorat.
- 4. Renforcement de la valeur de la solution Le quatrième élément est le rappel continu aux prestataires des avantages que le comportement leur a apporté à eux et à leurs patients. Le renforcement s'effectue au moyen de visites de supervision formative de routine, des récompenses et une reconnaissance régulière et/ou la reconnaissance à l'occasion d'événements communautaires, des communications de type « Prestataire du mois » dans les cliniques, et d'autres méthodes maintenant la motivation et évitant que les prestataires ne reprennent leurs anciennes habitudes.

Exemple: WhatsApp

Pour renforcer le soutien des superviseurs des agents de santé communautaires (ASC) dans deux régions du Kenya, un programme de formation mobile a mis en place un groupe WhatsApp destiné aux agents de santé communautaires et leurs superviseurs. Ce groupe



WhatsApp a permis à ses membres d'introduire plusieurs types de supervision : pair à pair, groupe et personne à personne. La grande majorité (88 %) de la communication au sein du groupe portait sur les objectifs de supervision prédéfinis. Les interactions via WhatsApp ont aidé les superviseurs à comprendre la situation sur le terrain et à assurer la qualité. Elles ont également aidé les utilisateurs à partager des informations pertinentes les uns avec les autres et à créer un environnement de collaboration. En savoir plus ici.

CONSIDÉRATIONS OPÉRATIONNELLES RELATIVES À LA COORDINATION DE LA CCSC ET DES PROGRAMMES DE PRESTATION DE SERVICES

En matière de communication sur les services, une coordination efficace est essentielle pour garantir l'obtention des résultats comportementaux souhaités, à savoir augmentation de la demande, amélioration de l'utilisation des services et maintien constant à long terme, tout au long des trois phases. La section Conception du présent kit de mise en œuvre aborde les principes que les programmes de prestation de services peuvent suivre lors de la conception et de l'implémentation de leurs propres matériel et activités de communication. La présente section Considérations opérationnelles décrit les principes que les programmes de prestation de services peuvent suivre lors de la coordination avec les partenaires responsables de la CCSC.

La coordination de la CCSC avec la prestation de services implique souvent des partenaires ayant différents échéanciers, objectifs et modes de travail. Il convient alors d'investir dans la planification, l'élaboration de messages participatifs, des contrôles réguliers pendant l'implémentation, la révision des approches et des messages, ainsi que la surveillance et l'évaluation (M&E) conjointes des activités. Toutes ces tâches nécessitent du temps et une communication au niveau de la gestion et de l'implémentation du projet.

Le tableau ci-dessous résume les principaux points de collaboration pour les partenaires chargés de la CCSC et de la prestation de services.

AVANT	PENDANT	APRÈS
 Collaborer sur la recherche formative comprendre les principaux publics et les facteurs motivant leurs comportements Veiller à l'équilibre entre la demande et l'offre (mobilisation pour les services disponibles et accessibles) 	 Rencontres et coordination régulières pour surveiller les activités, mettre en exergue ce qui marche et mettre en place des plates-formes pour la résolution collective des problèmes Coordonner l'encadrement coopératif afin d'identifier et de résoudre les problèmes 	 Mesurer l'impact de la CCSC sur la prestation de services et l'impact de la qualité du service sur la demande Partager les leçons apprises

- Utiliser des processus de conception participative pour développer la stratégie et les messages.
- Définir les rôles et les limites de toutes les parties prenantes (prestataires de services, acteurs de la CCSC, organisations de la société civile/organisations à base communautaire)
- Créer des outils et des processus pour l'orientation et l'établissement de liens

- avec des activités côté offre et côté demande
- Contrôler l'impact des messages et des activités, et réviser ces derniers en conséquence
- Veiller à l'équilibre entre l'offre et la demande

Pourquoi est-il important de coordonner la CCSC et la prestation de services ?

La coordination entre les partenaires en charge de la CCSC et de la prestation de services aide les programmes à obtenir les résultats comportementaux et sanitaires souhaités en veillant à ce que les opérations se déroulent sans difficulté et à ce qu'il y ait un équilibre entre l'offre et la demande de services. Si les stratégies et les messages ne sont pas coordonnés, les patients pourraient se présenter auprès de la structure sanitaire pour des services qui n'y sont pas disponibles ou bien les services pourraient être sous-exploités car les patients ne comprennent pas leur utilité ou ne savent pas où y accéder. En l'absence d'harmonisation des messages, des contradictions potentielles entre le message qui est communiqué au sein de la communauté et au sein de la clinique peut provoquer la confusion des patients et saper les services. Si un patient retourne chez lui sans comprendre où trouver une assistance ou sans savoir que faire ensuite, il est possible qu'il n'adopte pas, ou ne maintienne pas, le nouveau comportement.

Modèles de coordination courants de la CCSC/des services

Voici quelques-uns des scénarios les plus courants dans le cadre desquels les partenaires responsables de la CCSC et de la prestation de services peuvent coordonner leurs efforts :

- CCSC et services implémentés au moyen d'organisations ou de projets distincts Dans ce contexte, les partenaires peuvent s'efforcer de collaborer dans des régions géographiques qui se chevauchent, auprès de publics communs ou pour une même intervention sanitaire. Dans certains cas, ils peuvent avoir conclu un accord formel désignant les rôles de chacun des partenaires, par exemple un protocole d'entente. Chaque organisation a son propre cahier des charges, budget et organigramme. On peut citer, par exemple, le projet Communication pour des communautés en bonne santé (Communication for Healthy Communities CHC) en Ouganda.
- CCSC et services implémentés au moyen d'un projet unique avec des organisations distinctes – Dans ce scénario, un partenaire dirige la CCSC, tandis qu'un autre partenaire dirige les services, mais le projet a un budget global et un organigramme uniques. Le partenaire technique assiste souvent les responsables ou les conseillers sur la CCSC et les services. On peut citer, par exemple, l'Initiative pour la santé reproductive en milieu urbain au Nigéria et le programme Tupange.
- CCSC et services implémentés au moyen d'un projet unique avec un seul partenaire principal – Le projet a un budget global et un organigramme uniques. Tous les membres du personnel, quels que soient leurs rôles, sont des employés de la même organisation.

Les types d'organisation qui collaborent varient également. Quelques scénarios courants sont décrits ci-dessous :

- Le Ministère de la Santé au niveau national ou de l'État coordonne les services de planning familial publics avec une ONG partenaire responsable de la création de la demande.
- Une ONG internationale offrant des tests de dépistage du VIH et une orientation pour le traitement collabore avec une autre ONG experte en CCSC.
- Une ONG internationale recrute de petites organisations communautaires pour prendre en charge divers services et activités de communication destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables au niveau communautaire.
- Une ONG experte en CCSC collabore avec un groupe de prestataires organisés en réseau ou en franchise sociale pour créer la demande d'un ensemble de services de santé essentiels.

La coordination entre les équipes de prestation de services et de CCSC peut également prendre différentes formes afin d'optimiser la couverture et la portée de l'organisation, renforcer les liens avec des cliniques désignées et tirer parti de la capacité de chaque organisation. Ces modèles peuvent inclure une coordination géographique ou intersectorielle.

Coordination géographique:

- Un partenaire en charge de la CCSC conçoit une campagne de communication nationale pour augmenter la demande de services. Le partenaire en charge des services implémente des activités de sensibilisation et/ou de mobilisation communautaires afin d'inciter les patients à se rendre aux cliniques désignées. Ces cliniques bénéficient du soutien du partenaire en charge de la prestation de services au niveau sous-national et/ou communautaire. On peut citer, par exemple, le partenariat entre Jhpiego et le projet Tanzania Capacity and Communication Project (TCCP) (AIDSFREE Tanzania VMMC).
- Un partenaire chargé de la CCSC implémente la mobilisation communautaire
 et quelques activités de sensibilisation dans des régions ou des communautés
 spécifiques afin de créer la demande, fournir des services particuliers au
 niveau communautaire et orienter. Le partenaire en charge de la prestation
 de services développe la capacité parmi les prestataires qui acceptent d'être
 recommandés par les agents communautaires et fournissent les services de
 santé qui ne peuvent pas être assurés par les agents de santé
 communautaires en raison des restrictions des politiques nationales ou des
 manques de capacité. On peut citer deux exemples au Nigéria: le projet de
 marketing social étendu (Expanded Social Marketing Project) et le projet
 SHOPS.

Coordination intersectorelle:

- Un partenaire responsable de la CCSC collabore avec le secteur de la santé publique pour fournir une communication basée sur les structures sanitaires au sein ou autour de structures sanitaires désignées. Les activités comprennent des discussions sur la santé et des événements de sensibilisation clinique visant à accroître la demande pour les services fournis par le secteur public.
- Un partenaire chargé de la prestation de services collabore avec les organisations à base communautaire qui travaillent à améliorer la demande de services désignés, fournis directement par le prestataire en question ou par des structures sanitaires privées ou publiques soutenues par une ONG,

partenaire de la prestation de services, qui propose des formations et développe la capacité. On peut mentionner, par exemple, le projet Letlama au Lesotho.

Les donateurs jouent un rôle primordial pour aider les partenaires en charge de la CCSC et de la prestation de services à coordonner leurs efforts. Les donateurs définissent les priorités techniques et déterminent les cycles de financement. Ils définissent également le cycle des projets et les calendriers de travail. La manière dont les donateurs conçoivent les projets peut aider à définir les rôles des partenaires et à s'assurer que les activités de communication touchent les populations aussi bien au niveau national qu'au niveau communautaire et au centre de services. Les donateurs peuvent aussi contribuer à la mise en place et à la maintenance d'un système de gestion des connaissances qui permet aux partenaires du projet d'accéder au matériel de communication des services et au résumé des activités.

Application des principes de coordination clés

Quel que soit le modèle choisi, la coordination efficace entre les services et la CCSC repose sur les principes clés suivants (cliquez sur chaque principe pour en savoir plus) :



Élaboration de stratégies communes

Pour mieux aligner l'offre sur la demande, les partenaires en charge de la CCSC et des services doivent s'assurer que leurs programmes sont compatibles. Pour ce faire, ils créent souvent conjointement les stratégies globales du projet avant de concevoir le programme et d'aligner les plans de travail.

Le projet de CCSC baptisé Communication for Healthy Communities (CHC), mis en œuvre en Ouganda, vise à améliorer l'utilisation des principaux services de santé

(paludisme, traitements et soins du VIH, planning familial, tuberculose et santé maternelle et infantile) fournis par divers partenaires de santé des secteurs public et privé opérant dans 112 districts.

CHC a co-développé la stratégie de campagne principale du projet en collaboration avec les partenaires en charge de la prestation de services, les groupes de travail techniques concernés du Ministère de la Santé et la commission sur le Sida de l'Ouganda. Les



partenaires ont contribué à la recherche formative, participé à l'atelier de conception de la stratégie et révisé la stratégie et le matériel résultants avant leur finalisation. Il en a résulté une campagne générale baptisée *Obulamu?* (« Comment ça va ? »), qui vise à lever les obstacles à l'utilisation des services et à augmenter la demande des structures sanitaires gérant des volumes élevés qui satisfont aux normes de qualité régissant la prestation des services.

Pour la campagne *Obulamu*, CHC consulte les partenaires chargés de la prestation de services dans le cadre de réunions mensuelles et trimestrielles pour passer en revue les statistiques des services et réviser les stratégies de création de demande et les plans de travail. Chaque clinique gérant des volumes élevés à des objectifs de service. Si une clinique n'atteint pas l'un de ces objectifs, les partenaires profitent des réunions périodiques pour réviser conjointement les stratégies de création de demande pour le mois suivant. Par exemple, si des partenaires déterminent que la demande de services est inférieure aux objectifs dans certaines cliniques, CHC rencontre les partenaires chargés de l'implémentation afin d'élaborer une stratégie révisée qui accroît l'engagement des équipes sanitaires du village afin de résoudre les obstacles à l'utilisation des patients qui ont été identifiés. Le projet a aussi augmenté l'intensité médiatique auprès des stations radio communautaires, avec des messages modifiés sur les jours et les heures spécifiques auxquels les services sont disponibles.

Une fois que ces stratégies sont élaborées, il est important d'aligner les plans de travail des équipes responsables de la CCSC et de la prestation de services. Lors de l'alignement des plans de travail, il convient de tenir compte du séquençage et de la planification :

- **Séquençage**: Assurez-vous que l'ordre d'implémentation des activités de CCSC et de prestation de services est *approprié dans le cadre du programme*. Par exemple, les outils de travail seront-ils prêts à temps pour le lancement de la campagne? Les prestataires seront-ils identifiés à temps pour la formation sur le matériel et les bonnes techniques de conseil? Les agents de communication interpersonnelle seront-ils formés et mis en place dans les délais pour créer la demande du nouveau service de santé?
- Planification: Assurez-vous que le calendrier du programme tient compte des autres événements organisés au sein de la communauté ou dans la région ou le pays, tels que les congés scolaires, les jours fériés nationaux, les événements culturels, les événements politiques et les élections.

Source: C-Change C-Module 4 Implementation and Monitoring

Il arrive souvent, en raison des flux de financement et du cycle des projets, que les projets de CCSC et de prestations de services ne commencent pas simultanément. Cela complique la synchronisation des plans de travail ou la création conjointe des stratégies. Dans ces cas, il peut se révéler pratique de réviser toute stratégie du projet déjà en place et de décider comment un nouveau projet peut être développé à partir des messages, des activités, du matériel ou des approches existants ou comment il peut être coordonné avec ces derniers. Les stratégies des projets ne seront alors pas les mêmes, mais la stratégie et le plan de travail tiendront compte des éléments qui sont mis en place. Cela permet de tirer parti des leçons apprises, de combler les lacunes et d'harmoniser les messages.

Définition des rôles des partenaires

Pour éviter les doublons ou les lacunes dans tout programme, le rôle de chaque partenaire chargé de l'implémentation doit être clairement défini. Cela est particulièrement important en matière de communication sur les services, en raison des risques de chevauchement et de



confusion. Bien qu'il soit généralement plus pratique de définir les rôles des partenaires au début d'un projet, les circonstances peuvent parfois en décider autrement. Il peut être utile de réviser et de définir les rôles à n'importe quel stade de la collaboration. En fait, les rôles doivent souvent être révisés au fur et à mesure que l'implémentation du projet progresse. La tâche est un peu plus simple pour les partenaires qui collaborent sur un seul projet. Pour les projets où deux partenaires au moins collaborent dans le cadre d'une structure plus souple, il est important de répondre à plusieurs questions essentielles afin de déterminer les rôles des partenaires :

Quels rôles spécifiques les partenaires et autres parties prenantes jouerontils dans la conception et la révision de la stratégie et du matériel de communication? Les partenaires peuvent inclure des partenaires gouvernementaux, des organisations à base communautaire et d'autres organisations paraétatiques, selon la taille et la portée du projet. Déterminez le rôle que chaque partenaire peut ou doit jouer pendant l'intervention. Les questions essentielles à poser sont les suivantes :

- Quel agence ou ministère public est responsable de la communication sur la santé? S'agit-il d'une agence chargée de l'éducation et de la promotion sanitaires en général ou ces responsabilités sont-elles réparties en fonction du domaine de santé (nutrition, paludisme, VIH et Sida)?
- Des groupes de travail technique actifs, organisés par les autorités publiques ou des donateurs, sont-ils chargés de réviser et de commenter le matériel ?
- Quel rôle tout groupe de travail technique, agence publique ou autre partenaire joue-t-il dans l'élaboration et/ou l'approbation du matériel et des stratégies?
 Quels sont les éléments nécessaires pour chaque soumission et dans quels délais raisonnables peut-on attendre la réalisation de ce processus?

Quelle est la portée du rôle du partenaire chargé de la CCSC dans les activités de communication sur les services ? Il est important de clarifier si le partenaire responsable de la CCSC dirigera le développement, la production et/ou l'implémentation de toutes les activités de communication. Le partenaire chargé de la CCSC développera-t-il le matériel de conseil clinique et les outils de travail en plus de la campagne dans son ensemble ? Qui formera les prestataires à l'utilisation du

matériel de communication ? Qui dirigera les activités de sensibilisation communautaire ?

Qui dirige la création de la demande de services cliniques? Il est important que la communication sur les services augmente la demande pour les structures sanitaires ciblées par les partenaires chargés de la prestation de services. Il s'agit souvent de structures sanitaires dont les partenaires responsables du service ont développé la capacité (personnel formé, produits appropriés sûrs, prise en charge de l'amélioration des infrastructures) et qui sont accessibles aux patients. Il est possible que le partenaire chargé de la CCSC n'ait pas les ressources, le personnel ou le temps suffisants pour créer une demande ciblée pour toutes les cliniques désignées, auquel cas les partenaires devront déterminer comment combler toutes lacunes de la couverture pour la création de la demande et qui gérera ces lacunes (équipe responsable de la CCSC, partenaire chargé de la prestation de services ou une autre structure, p. ex. agents de santé communautaires ou équipes sanitaires du village soutenus par les autorités publiques locales.

Comment les stratégies de développement de la capacité de communication sont-elles intégrées dans la prestation de services ? Les lacunes en matière de

capacité de CCSC peuvent être identifiées lors de l'implémentation. Celles qui présentent des obstacles supplémentaires à l'utilisation des services par les patients (stigmatisation des prestataires, compétences médiocres en matière de conseil ou manque de motivation)



doivent être résolues. Déterminez lequel des partenaires – CCSC ou prestation de services – devra s'en charger. Au Kenya, le projet KURHI Tupange a déterminé que la médiocrité du conseil en planning familial était un déterminant de l'abandon de la pose d'un implant. En réponse à ce constat, le projet Tupange a organisé des ateliers « d'orientation de l'ensemble du site », dans le cadre desquels les rôles de développement de la capacité ont été répartis entre les partenaires chargés de la CCSC et de la prestation de services. La formation a porté sur des lacunes spécifiques en matière de compétences cliniques et de communication des prestataires. Le partenaire chargé de la CCSC a mis en œuvre une approche à deux niveaux pour résoudre ce manque de capacité en matière de prestation

de services : dans un premier temps, un atelier destiné aux prestataires de soins de santé dans des cliniques désignées pour améliorer leurs compétences en matière de conseil des patients ; puis une formation des agents publics de promotion sanitaire des districts sur les principes d'une bonne communication interpersonnelle et d'un conseil des patients efficace.

Plus d'informations sur le projet Tupange

Collaboration sur la recherche formative

Si vous avez des ressources limitées, écourtez le temps entre la conception et l'implémentation du programme, et approfondissez votre compréhension du contexte de la prestation de services et de la création de demande ; les partenaires responsables de la CCSC et de la prestation de services devraient identifier les moyens de



collaborer sur la recherche formative. Cette collaboration doit inclure l'identification conjointe des principaux problèmes qui doivent être analysés plus en détail, des données existantes et des lacunes relatives aux connaissances et aux informations concernant le public visé, les facteurs de motivation des comportements, la situation et le contexte. CHC, en Ouganda, a adopté une approche en plusieurs étapes pour mener à bien la recherche formative en vue d'améliorer la communication sur le traitement et les soins du VIH, qui a impliqué la participation des partenaires chargés de la prestation de services tout au long du processus :

- 1. Réunion initiale avec les partenaires responsables des traitements pour cerner les principales difficultés liées à la prestation des services
- 2. Revue de la littérature, notamment rapports de projets, études et articles pertinents rédigés par les partenaires chargés de la prestation de services et les principales parties prenantes
- 3. Examen des statistiques relatives à la prestation des services des partenaires

- 4. Résumé des lacunes dans les connaissances du comportement des patients et des obstacles aux comportements, avec présentation des résultats aux partenaires chargés de la prestation des services
- Incitation des partenaires chargés de la prestation de services à mobiliser des participants à l'étude et recherche participative pour mieux comprendre le comportement des patients et des prestataires

Définition de liens et de mécanismes d'orientation

Les systèmes d'orientation et de liens sont des facteurs clés de l'amélioration de l'accessibilité et de la demande de services. Les systèmes d'orientation efficaces combinent une excellente communication et des opérations de qualité supérieure (structure, systèmes de contrôle et outils d'orientation). Pour définir des



systèmes d'orientation efficaces, une collaboration entre le partenaire chargé de la CCSC (souvent responsable de la présentation d'un système d'orientation, en particulier s'il appartient à une marque) et le partenaire en charge de la prestation de services (responsable de valider et d'accepter les référents pour des services) est nécessaire. Les deux partenaires doivent convenir des procédures et de la structure de gestion, de l'échéancier, des principales responsabilités, du système de surveillance et des outils d'orientation qui composent le système. La CCSC et la prestation de services jouant toutes deux un rôle dans ce processus, une collaboration est nécessaire. Si une marque est développée, tous les partenaires doivent participer à sa conception et être orientés vers la stratégie de marque finale.

Le projet NURHI a développé un système d'orientation entier pour les prestataires publics et privés, ainsi que les ONG au Nigéria. Ce système est structuré de sorte

que des référents soit générés à travers plusieurs canaux : agents de mobilisation sociale communautaires, prestataires non cliniques (pharmacies et vendeurs de médicaments brevetés exclusifs) et structures sanitaires, qui sont définis comme des référents au sein d'une structure ou entre différentes structures.

Le nouveau projet baptisé One Community au Malawi adopte une approche proactive pour la conception de son système d'orientation. Ce projet consulte activement les partenaires chargés de la prestation de services pour cerner leurs besoins et les difficultés liés à la création de demande.

Pour le lien renvoyant au manuel d'orientation NURHI, reportez-vous aux Consignes d'orientation NURHI.

Coordination des activités côté demande et côté offre

Une exigence fondamentale pour l'augmentation et le maintien de la demande de services de santé est l'harmonisation des activités d'offre et de demande. La collaboration entre les partenaires chargés de la CCSC et de la prestation de services garantira la coordination de la conception et du déploiement des stratégies de



communication, de la stratégie de marque, de la formation des prestataires, des produits et des fournitures. En d'autres termes, la demande est créée pour les services actuellement disponibles et disposant des ressources adéquates, et ces services sont introduits une fois que le public visé a saisi leur importance et est prêt et disposé à y accéder. Pour effectuer correctement cette tâche, les partenaires responsables de la prestation de services et de la CCSC doivent coordonner leurs échéanciers et leurs sites.

Les activités de création de demande ne doivent pas intervenir avant la mise en place des éléments suivants relatifs à l'offre de services :

• Préparation de la structure pour le nouveau service ou le service étendu – Les prestataires sont-ils formés ? Le matériel approprié est-il en place ? La

- signalisation est-elle en place pour diriger les individus vers le site correct de la prestation de services ? Les outils de travail sont-ils complets et les prestataires ont-ils été correctement formés pour les utiliser ?
- Préparation des prestataires (et de l'ensemble du personnel) pour un accroissement de la charge de travail – Si la création de la demande est correctement effectuée, la charge des patients augmentera dans les cliniques désignées et s'ajoutera à la charge de travail des prestataires si du personnel supplémentaire n'a pas été, ou ne peut pas être, recruté. Si les prestataires ne sont pas capables de prendre en charge la charge de travail additionnel, ils risquent de faire fuir des patients. Envisagez les techniques de motivation des prestataires, p. ex. offrir des articles promotionnels (casquettes, t-shirts, tasses), dispenser des reconnaissances de type « Grosse pointure » et « Prestataire du mois » ou organiser des événements ou des fêtes au sein des cliniques pour reconnaître leur bon travail. Lorsque la demande de circoncision masculine précoce des nourrissons a augmenté en Tanzanie au-delà de la capacité existante grâce aux pairs promoteurs dans le cadre du projet, les prestataires ont résisté. Jhpiego a mis en place des incitations pour motiver les prestataires et a réduit le nombre de jours pendant lesquels les services étaient disponibles chaque semaine. Il est important de communiquer ces modifications au partenaire chargé de la CCSC. Plus d'informations sur la campagne AIDSFREE Tanzania VMMC
- S'assurer que les produits nécessaires sont disponibles Le prix du service et/ou du produit est-il conforme au pouvoir d'achat de la population et au montant que les consommateurs sont disposés à payer?

Parallèlement, les partenaires responsables de la CCSC doivent s'assurer que :

- Les agents de mobilisation communautaires et les agents de communication interpersonnelle, les troupes de théâtre, les leaders traditionnels et les leaders d'opinion sont correctement déployés et actifs dans la région cible aussitôt que les services sont prêts
- Le matériel de communication oriente clairement les patients vers les structures sanitaires appropriées ou vers les départements appropriés de la structure sanitaire aux horaires corrects

Les équipes en charge des services et de la CCSC doivent toutes s'assurer qu'elles disposent des systèmes de gestion nécessaires pour gérer les problèmes de qualité et le feedback des patients. Les partenaires responsables de la CCSC doivent être capables de répondre rapidement aux commentaires des prestataires de services sur les activités de mobilisation. Pour gérer cette coordination avec les partenaires chargés de la prestation de services de manière constante, CHC et KURHI ont tous deux déployé des coordinateurs de la CCSC au niveau régional ou des districts afin de rencontrer régulièrement les partenaires en charge des services (une fois par semaine, une fois par mois et selon les besoins) afin de développer des stratégies en temps réel pour harmoniser la demande et l'offre.

Partage de données de suivi afin de suivre la progression et introduire des changements

Les partenaires chargés de la CCSC et de la prestation de services recueillent des données de routine sur les programmes. Ces informations sont surtout utiles aux prestataires de services si elles sont recueillies en temps opportun afin de permettre l'application de changements rapides susceptibles d'améliorer l'efficacité du



programme. Les données collectées dans le cadre des contrôles de routine peuvent inclure le feedback des patients sur les prestataires et les services, des renseignements sur la qualité des services telle qu'elle est perçue, les niveaux de stigmatisation des prestataires, les lacunes dans les liens et les systèmes d'orientation, les changements de croyances et d'attitudes des prestataires ou des patients et les canaux et techniques de création de demande efficaces.

La collecte de ces informations est importante pour la communication sur les services, car elle permet d'apporter les types de changements suivants aux programmes :

 Déterminer si des orientations efficaces sont effectuées et, si ce n'est pas le cas, comment les messages peuvent combler les lacunes – Par exemple, les patients à qui on recommande les services représentent-ils le

- public visé ? Sont-ils correctement informés des informations clés concernant le service à leur arrivée ?
- Modification du contenu des séances de conseil/outils de travail pour répondre aux questions ou aux préoccupations des clients concernant le service ou le domaine de santé Au Zimbabwe, par exemple, les enquêtes de satisfaction de routine réalisées auprès des patients ont révélé une insatisfaction concernant la manière dont les prestataires de CMMV parlaient de la douleur pendant la consultation clinique. Cela réduit la probabilité que les hommes ayant accédé au service le recommandent à d'autres. Le prototype d'un nouvel outil de travail, baptisé le « Pain-o-Meter » (ou outil de mesure de la douleur) a été développé pour aider les prestataires à communiquer de manière plus précise sur les attentes en matière de douleur.
- Modification de l'intensité, de la fréquence ou du choix des canaux Les données de suivi de routine, notamment les dossiers cliniques et le feedback sur les conseils, peuvent fournir des informations sur les canaux de communication qui incitent le plus à utiliser les services. Par exemple, les patients se laissent-ils convaincre par un spot diffusé à la radio, des activités à base communautaire ou des pairs ? Ces informations peuvent aider les programmes à adapter les ressources de manière à modifier l'intensité et la fréquence de divers canaux ou à abandonner ceux qui ne génèrent aucune consultation en clinique.
- de supervision formative des prestataires Les observations et le feedback des patients de routine peuvent révéler toutes les préoccupations que les patients peuvent avoir vis-à-vis des prestataires. Ces préoccupations peuvent inclure la gêne des patients par rapport aux types de personnel qui assure le service (par exemple, les patients masculins qui souhaitent subir une CMMV ne se sentent pas à l'aise avec des prestataires féminins, les jeunes préfèrent des prestataires jeunes également) ou par rapport à la manière dont les prestataires interagissent avec eux. Changer le personnel n'étant peut-être pas possible, le feedback permet de développer des systèmes de coaching et de supervision formative de routine en vue d'améliorer le comportement des prestataires.

Pour prendre les mesures nécessaires sur la base de ces informations, les partenaires en charge de la CCSC et des services doivent régulièrement passer en revue les statistiques des services et le feedback des patients afin d'identifier les lacunes en matière de performances et les opportunités d'amélioration. Cela peut se faire au moyen de réunions régulières visant à l'examen des rapports mensuels ou trimestriels sur les activités communautaires et les statistiques des services.

Au Ghana, le projet EPPICS a créé des tableaux d'affichage communautaires géants pour le suivi des performances à l'aide d'indicateurs de santé maternelle et infantile. Chaque mois, ces tableaux d'affichage sont actualisés avec des bâtons verts (résultat positif) ou rouges



(résultat négatif) pour montrer l'évolution de la communauté. Outre le suivi de la progression du projet, les tableaux d'affichage servent également à sensibiliser les membres de la communauté aux pratiques saines et à les inciter à adopter des comportements sans risque.

Dans son programme de création de demande pour la CMMV en Tanzanie, Jhpiego a appris, à partir des données de suivi de routine, que lorsque les prestataires parlaient de l'importance du suivi après l'intervention, le nombre des patients qui se présentaient aux consultations de suivi augmentait considérablement (l'organisation souhaitait que 80 % au moins de l'ensemble des patients subissant une CMMV reviennent pour le suivi). Jhpiego a exploité les données en temps réel recueillies à partir des dossiers cliniques et de l'observation des séances de conseil pour réaliser des visites d'encadrement coopératif visant essentiellement à améliorer un comportement particulier, à savoir amener les prestataires à parler de l'importance du suivi à chaque patient.

Le projet a également utilisé les données cliniques de routine résumées dans un tableau de données pour communiquer aux agents de mobilisation pairs leurs résultats par rapport aux objectifs de création de demande mensuels. Les tableaux de données étaient exposés dans la structure sanitaire et pouvaient être consultés par chaque membre du personnel de la structure chaque semaine, ainsi qu'à

l'occasion des sommets régionaux annuels sur les données. Ces informations orientaient également les visites trimestrielles de supervision formative réalisées avec les représentants régionaux et nationaux du Ministère de la Santé. Pendant ces réunions, l'équipe du projet examinait régulièrement les tableaux de données afin de déterminer le nombre de services de CMMV assurés chaque mois, le nombre d'événements indésirables et le nombre de consultations de suivi. Les opportunités d'amélioration étaient ensuite identifiées et les succès étaient célébrés.

Harmonisation des messages

Il est plus probable qu'un public change son comportement quand il entend un message à plusieurs reprises. Il est encore plus probable qu'il change quand ce message lui parvient depuis différentes sources. Mais pour que ces principes portent leurs fruits, les messages peuvent être cohérents. Toutes les sources doivent communiquer le même message. Les messages contradictoires



diffusés par différents projets ou différents individus créeront de la confusion et réduiront les chances que le public change son comportement.

Les partenaires chargés de la CCSC et de la prestation de services doivent harmoniser leur message afin de veiller à :

- Recommander la même action (par exemple, allaitement exclusif pendant 6 mois)
- Ne pas fournir d'informations techniques contradictoires
- Employer des termes et un langage similaires

Une méthode, généralement utilisée au début d'une activité ou d'un projet, consiste à créer un **guide des messages**. Plusieurs organisations, notamment les organisations de CCSC, de prestation de services et du secteur privé, se réunissent pour déterminer les messages clés à diffuser dans un domaine spécifique (p. ex. paludisme). Il arrive souvent qu'un atelier d'harmonisation des messages soit

organisé afin d'aider les partenaires à déterminer le contenu des messages, les actions clés que le public doit entreprendre et les avantages que le public tirera de ces actions, ainsi que les centres de soutien. Le groupe (ou un sous-groupe) élaborera ensuite des ébauches de messages. Un autre atelier est parfois organisé pour présenter et peaufiner les messages. Une fois que toutes les organisations ont accepté les messages, elles mettent au point un guide complet contenant tous les messages et toutes les informations pertinentes. Ce guide des messages est révisé et actualisé lorsque cela est nécessaire. Toute organisation travaillant dans le domaine concerné peut utiliser des messages du guide dans les messages et les activités de communication qu'elle développe. Cliquez pour accéder à des exemples de guides de messages sur la grippe pandémique, la nutrition et le planning familial.

Si des projets ont déjà élaboré des messages et mettent en œuvre des activités de communication, une méthode consiste à **examiner la cohérence** des messages existants. Les partenaires en charge de la prestation de services et de la CCSC peuvent regrouper le matériel de communication sur les services existant et passer en revue les principaux messages diffusés dans chaque matériel. Les partenaires peuvent créer un inventaire du contenu des messages clés et des actions recommandées, en fonction de chaque public Des experts techniques peuvent réviser les messages afin de s'assurer qu'ils sont exacts. Lorsque l'inventaire est terminé, les partenaires se réunissent pour discuter des messages incohérents, contradictoires ou inexacts. Ils se mettent d'accord sur les modifications qui doivent être effectuées, avant de réviser le matériel et les messages. Lors de la discussion des modifications qui doivent être appliquées, ils doivent tenir compte des coûts. Un exemple illustrant l'examen de la cohérence au Guatemala peut être consulté ici.

MODÈLES

Annexe A : Modèle caractéristiques et facteurs comportementaux du public

Annexe B: Fiche de travail Parcours des patients

Annexe C: Modèle Segmentation du public

Annexe D : Liste de vérification pour évaluer les segments proposés

Annexe E : Modèle Public d'influence

Annexe F: Fiche de travail Matrice du changement

Annexe G: Exemple de résumé du tableau de combinaison de canaux

Annexe H: Modèle Profil du prestataire

Annexe A: Modèle caractéristiques et facteurs comportementaux du public

Modèle Caractéristiques et facteurs comportementaux du public

1	2	3	4	5	6	7	8
Public prioritaire	Caractéristiques démographiques et psychographiques	Médias préférés	Autres apportunités	Comportements actuels	Connaissances, attitudes et perceptions	Obstacles au comportement amélioré	Facteurs favorables au comportement amélioré
xemple :			14.	<u> </u>			
Feromes mariées en âge de proceser	Rural 18 à 35 ans Éducation primaire Basse ou quasiment analytablete Pauerre Olalecte Lugandan	Radio Táléghore mobile Médiav coromusautaires	Marché da vendredi Eglise	N'utilise pas le planning familial Ne parle pas à son mari des problèmes de santé. Parle avec ses pairs des problèmes de santé et familiaux	Veut utiliser le planning familial Craint les effets secondaires Pense que son mari veut plus d'enfants Pense que sa communauté est opposée au planning familial	Aucus moyen de transport Le centre de santé est lois Mauvaisse expériesce au centre de santé	Sa scau utilise le planning familial et l'apprécie Le planning familial est granuit
				11			

Annexe B : Fiche de travail Parcours des patients

Fiche de travail Parcours des patients - Point de contact

Point de contact	Attente	Observation
-		

Annexe C : Modèle Segmentation du public

Modèle Segmentation du public

Public(s) potentiel(s)	Différences socio- démographiques	Différences géographiques	Différences comportementales	Différences psychographiques
Public potentiel	Sexe Age Education Profession Revenu Statut civil Taille de la famille Groupe ethnique / Langue Religion	Urbain, rurol, périurbain Région, district, communauté	Comportement pertinent Phose du changement / disposition à changer Fréquence du comportement Constance du comportement Durée du comportement	Avantages recherches Valeurs Activités Centres d'intérêt Attitudes, opinions Personnalité Préférences

Annexe D : Liste de vérification pour évaluer les segments proposés

Liste de vérification pour évaluer les segments proposés

Homogène	□Oui	Signification: Les membres du segment du public partagent de nombreuses similitudes.	Pourquoi est-ce important: C'est la base de la segmentation du public – que les membres de chaque segment partagent des similitudes en termes de besoins, de valeurs et / ou de caractéristiques.
Hétérogène	 □Oui	Signification: Chaque segment est relativement unique, par comparaison aux autres segments qui ont été identifiés.	Pourquoi est-ce important : Cela démontre que le public plus large a été divisé efficacement en des groupes qui ont des besoins différents en matière de communication.
Mesurable	⊡Oui	Signification: Les données résultant de l'analyse de la situation ou d'autres recherches doivent indiquer la taille du segment du public.	Pourquoi est-ce important: Les mesures permettent aux programmes de déterminer s'il convient de mettre l'accent sur un segment particulier.
Substantiel	⊡Oui	Signification: Le segment du public est suffisamment grand, en termes d'impact potentiel sur la santé publique, pour susciter l'attention du programme.	Pourquoi est-ce important: Les programmes doivent attendre un impact minimal de leurs investissements. En conséquence, les programmes ne doivent considérer que les segments qui sont suffisamment grands ou suffisamment importants pour avoir un impact sur la santé publique.
Accessible	⊡Oui	Signification: Le segment du public est accessible, en particulier en termes de communication et d'accès aux produits ou services requis pour résoudre le problème.	Pourquoi est-ce important : Chaque segment doit être accessible et il doit être possible de communiquer avec lui efficacement.
Pratique	⊡Oui	Signification: Le programme est capable d'implémenter un ensemble distinct de messages et d'interventions pour chaque segment du public.	Pourquoi est-ce important : Le programme doit avoir les ressources et la capacité nécessaires pour gérer les segments identifiés.
Réactif	⊡Oui	Signification: On peut s'attendre à ce que chaque segment du public réagisse mieux à un ensemble distinct de messages et d'interventions, au lieu d'une offre générique.	Pourquoi est-ce important: Si le segment n'est pas plus réactif à une approche distincte, alors il peut probablement être associé à un autre segment similaire.

Annexe E: Modèle Public d'influence

Modèle Public d'influence

Qui influence le public prioritaire ?	Quelle est l'importance de cette influence (forte, modérée, faible) ?	Sur quels comportements du public prioritaire cette influence s'exerce-t-elle actuellement?	Pourquoi encourageraient- ils / elles le comportement souhaité ?	Pourquoi décourageraient- ils / elles le comportement souhaité ?	Quels canaux médiatiques utilisent-ils / elles le plus ?
Exemple					
Public prioritaire : Fe	mmes mariées en âge de	e procréer (18 – 35)			
Belle-mère	Très forte	Avoir plusieurs enfants Avoir un fils Avoir un enfant immédiatement après le mariage	La belle-mère se soucie de la santé du bébé	Traditionnellement, le nombre d'enfants qu'une famille possède détermine son statut au sein de la communauté et est synonyme de richesse Avoir un enfant immédiatement après le mariage signifie que la femme est féconde	Raconter son histoire Radio Pair à pair

Annexe F: Fiche de travail Matrice du changement

Segment du public (Comme déterminé par l'analyse du public)	Comportement souhaité Changement en fonction de la phase de prestation des services (avant, pendant, après)	Type de comportement (Ponctuel, répétitif mais fini, permanent)	Principaux obstacles à lever (Environnementaux, connaissances ou compétences, idéationnels)
Exemple : Femmes mariées en milieu urbain, anciens utilisateurs du planning familial	Rechercher des conseils en planning familial dans une clinique proche (phase avant)	Répétitif mais fini	Conviction que les méthodes contraceptives ont trop d'effets secondaires Mieux pouvoir discuter du planning familial avec le prestataire de soins de santé

Annexe G : Exemple de résumé du tableau de combinaison de canaux

Canal sélectionné (radio, télévision, journal, CIP, etc.)	Préférence (le programme privilégie-t-il la portée ou l'intensité ?)	Coûts (toute information connue concernant le coût global, le coût par personne touchée par rapport au budget total)	Public touché (quel segment du public ce canal atteint-il ?)	Calendrier et fréquence planifiée (Quand la communication devrait-elle commencer? Pendant combien de temps devrait-elle s'appliquer, à quelle fréquence, p. ex. quotidiennement, mensuellement, une fois par semaine?)
		_		

Annexe H : Modèle Profil du prestataire

Nom du prestataire	
Åge	
Genre	
Éducation	
Type de services fournis	
Années d'exercice	
Type de prestataire de soins de santé (public, privé, communauté / structure sanitaire, etc.)	
Avantages perçus par l'agent de santé (salaire, reconnaissance, respect, etc.)	
Comportement actuel lié au service de soins de santé (bonnes / mauvaise performances)	
Obstacles connus à l'adoption du comportement visé : (aptitude, attente, motivation)	
Attitudes vis-à-vis du poste actuel et des patients	

ÉTUDES DE CAS

Annexe I	Zimbabwe : Difficultés à faire accéde les patients aux services	PSI Healthy lives. Measurable results.
Annexe J	Kenya : Difficultés entre les patients et les prestataires	SHARP
Annexe K	Bangladesh : Suivi du maintien du comportement	Mobile Alliance for Maternal Action
Annexe L	Ouganda : Difficultés en matière de coordination	STOP MALARIA U G A N D A
Annexe M	Nigéria : Stratégie de communication sur les services en action	Nigerian Urban Reproductive Health Initiative

Annexe I – Zimbabwe : Difficultés à faire accéder les patients aux services

Avant que des services puissent être dispensés, un patient doit y accéder. Comment cela est-il possible ? Cela semble assez simple : le Ministère de la Santé utilise des affiches et peut-être des spots radio pour annoncer le service et où y accéder. Il suffit alors aux patients qui ont besoin du service de s'y rendre. Mais c'est rarement aussi facile. La simple communication des informations est rarement suffisante pour inciter les patients à accéder aux services.

Difficulté

Si les individus agissaient de manière rationnelle en se fondant sur ce qui a été prouvé être le meilleur pour eux, tout le monde éviterait les encas sucrés, vaccinerait ses enfants, ferait suffisamment d'exercice physique et ne se laisserait jamais tenter par la cigarette. Mais la vérité, c'est que les individus ne sont pas des êtres complètement rationnels; nous prenons des décisions en fonction de nos croyances et de nos émotions, y compris si ces croyances et ces émotions sont démenties par des preuves accablantes. Le défi est de communiquer de manière efficace sur un service de manière à motiver le comportement souhaité. Les populations doivent non seulement en savoir plus sur le service, mais elles doivent aussi comprendre ce que celui-ci leur apporte ; elles doivent avoir le sentiment de pouvoir y accéder ; elles doivent

Obstacles empêchant l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive

Obstacles individuels – Manque de connaissances sur la reproduction et le sexe. Désir de « devenir une femme ou un homme » en ayant un enfant.

Croyance selon laquelle les soins de santé ne concernent que la femme.

Mauvaise expérience/stigmatisation par les prestataires qui pensent que les jeunes ne devraient pas avoir accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

Normes communautaires – Inhibition des parents à parler de sexualité avec leurs enfants. Croyance parmi les adultes selon laquelle parler de sexe encourage la promiscuité. Normes culturelles encourageant le mariage précoce des filles ou les relations intergénérationnelles.

Obstacles politiques – Les ventes de préservatifs sont restreintes en fonction de l'âge. Le programme national portant sur la santé sexuelle et reproductive n'est pas complet (basé sur l'abstinence). Les autorités publiques ne reconnaissent pas les jeunes comme un public clé du planning familial. Les politiques exigent qu'une femme soit mariée pour pouvoir accéder au planning familial.

savoir où y accéder et elles doivent se sentir capables de surmonter les obstacles pour y accéder.

Les obstacles vont au-delà des connaissances, des aptitudes et des attitudes des individus. Les relations et les communautés peuvent également avoir une influence sur la volonté et la capacité des individus à accéder aux services de santé. Cette influence peut se présenter sous forme d'une obstruction active ou d'une perception générale que les services sont inappropriés ou inopportuns. Enfin, des conditions externes, telles que des obstacles physiques ou logistiques et les normes culturelles ou de genre, peuvent empêcher l'utilisation des services.

Réponse

En utilisant les techniques de communication pour le changement social et comportemental (CCSC), dont les racines sont ancrées dans la science comportementale, la communication sur les services peut informer les individus et les inciter à fréquenter les services, et instaurer un environnement qui favorise la fréquentation des services de santé.

Le marketing commercial exploite depuis longtemps le pouvoir des émotions pour vendre des produits et des services. La CCSC a adapté les techniques du marketing commercial pour aller au-delà des données démographiques ou comportementales et s'efforcer de comprendre **pourquoi** les clients investissent du temps et de l'argent et associer les services et les comportements en matière de santé aux valeurs et aux aspirations des patients. La communication efficace exploite ces informations pour élaborer des messages, choisir des approches et des canaux, et orchestrer leur diffusion.

En utilisant le modèle socio-écologique, la CCSC reconnaît l'influence de l'environnement d'un patient sur la prise de décisions. La famille, les amis et la communauté contribuent tous à encourager (ou dissuader) un patient. À un niveau supérieur, les politiques peuvent influencer la disponibilité des services et un plaidoyer – une composante de la CCSC – peut être utilisé pour assurer la disponibilité des services.

Le kit de mise en œuvre de la CCSC pour la création de demande décrit le processus à suivre pas à pas pour créer la demande de services et de produits clés.

Informations sur le public - CMMV au Zimbabwe

Difficulté

La circoncision masculine médicalisée volontaire (CMMV) est une priorité pour la prévention du VIH au Zimbabwe. La politique nationale visait à atteindre 80 pour cent des hommes zimbabwéens âgés de 13 à 29 ans (soit environ 1,3 millions de jeunes hommes) entre 2011 et 2015. PSI a fourni un soutien technique et financier au Ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfant pour atteindre cet objectif. Le programme compte 20 sites fixes, ainsi que plusieurs antennes sanitaires et équipes mobiles réparties dans les 10 provinces, et propose la CMMV au moyen de modèles de prestation de services de routine et dans le cadre de campagnes. Lancée en 2011, la campagne PindamuSmart (Soyez intelligent) a positionné la CMMV comme un choix de style de vie des hommes intelligents et ayant une hygiène de vie saine. Elle a fait appel à l'appui de personnalités connues, afin d'attirer les prescripteurs en tête du peloton. Malgré cet effort, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes. Selon les calculs publiés par l'Organisation mondiale de la Santé dans un rapport sur la progression de la campagne, à la fin de 2014, plus de 412 000 hommes avaient été circoncis au Zimbabwe, soit 22 pour cent seulement de l'objectif de 1,3 million d'hommes défini pour le pays. Cette situation n'était pas propre au Zimbabwe; de nombreux pays n'avaient pas atteint leurs objectifs en matière de CMMV.

PSI utilise depuis longtemps les techniques de marketing commercial – la plupart de ses produits et services sont promus comme une marque pour séduire le public visé de manière optimale – et l'organisation mène des campagnes promotionnelles à plusieurs niveaux en faisant appel à la mobilisation médiatique et sociale pour diffuser ses messages. Mais ces techniques se sont révélées inadéquates.

Réponse

Lors d'une réunion pour la création de demande organisée en 2013, la Gates Foundation a engagé le cabinet d'études de marché Ipsos pour travailler avec le Ministère de la Santé de la Zambie et du Zimbabwe afin de comprendre pourquoi ces campagnes bien exécutées n'ont pas obtenu les résultats escomptés. Cette recherche s'est efforcée de :

- Comprendre le processus de prise de décision des hommes qui souhaitent subir une CMMV (y compris l'impact des personnes d'influence)
- Identifier les facteurs de motivation physiques et émotionnels, ainsi que les obstacles à l'adoption de la CMMV et l'impact sur l'environnement social
- Identifier la sensibilisation, les connaissances, les perceptions et les lacunes existantes en matière de CMMV
- Concevoir une approche de communication et de service adaptée aux hommes qui souhaitent subir une CMMV
- Identifier et cartographier les lacunes des principales parties prenantes en matière d'informations et exploiter cette recherche dans le cadre de la stratégie

Une recherche qualitative menée à travers le pays par Ipsos a permis de segmenter les hommes zimbabwéens en fonction de leur degré de sensibilisation, de leurs croyances et de leur engagement à agir. Ipsos a notamment identifié une dissonance cognitive chez plusieurs hommes qui comprenaient les avantages de la CMMV et de la fréquentation des services de santé, mais qui n'ont pas été circoncis. L'étude a identifié les principaux facteurs qui influencent le passage à l'action réel et, sur la base de ces facteurs, Ipsos a quantifié l'opportunité potentielle pour chaque groupe en fonction des taux de circoncisions actuels parmi :

- 1. Les adeptes de la CMMV
- 2. Les néophytes en matière de CMMV
- 3. Ceux qui rejettent la CMMV par crainte
- 4. Ceux qui rejettent la CMMV par gêne
- 5. Les résistants fermes

En 2015, PSI a organisé un atelier pour passer en revue l'étude et définir comment l'exploiter au mieux. Sur la base des opportunités potentielles présentées par chaque segment, les autorités publiques du Zimbabwe ont décidé de donner la priorité aux adeptes de la CMMV, au néophyte en matière de CMMV et à ceux qui rejettent la CMMV par gêne.

L'équipe de PSI a identifié les facteurs de motivation communs aux néophytes et à ceux qui rejettent la CMMV par gêne, dont on estime qu'ils représentent ensemble

56 pour cent des hommes non circoncis. Dans la mesure où l'étude ne s'est pas contentée de collecter seulement les données démographiques typiques (p. ex., âge, niveau d'éducation, emplacement géographique) et a aussi exploré les sentiments, les motivations et les valeurs uniques des hommes qui sont rarement capturés dans la recherche formative, les messages résultant pour les médias, le CIP et le plaidoyer reposaient sur les avantages fonctionnels et émotionnels identifiés pour chaque groupe.

En d'autres termes, l'étude a interrogé les patients potentiels sur l'utilité, selon eux, de la CMMV – avantages fonctionnels (p. ex., baisse du risque d'infection par le VIH), ainsi que les sentiments positifs qu'ils associaient à la CMMV (p. ex., se sentir sexuellement attractif ou se sentir comme un partenaire sexuel responsable).

Par le passé, PSI faisait appel à ses chercheurs très expérimentés pour recueillir des informations supplémentaires sur le terrain et les communiquer aux spécialistes de la CCSC, qui élaboraient alors les messages dans le cadre d'un atelier de conception de la stratégie marketing appelé « Delta ». En mettant en œuvre une nouvelle approche, PSI a employé des techniques adaptées de conception centrée sur l'homme pour élaborer ses stratégies et ses messages. L'équipe de PSI a répliqué ses publics visés et a passé du temps avec eux pour observer la routine d'une journée moyenne.

Résultats



Je m'appelle Zivai et j'ai 24 ans. Je vis à Murambinda, au Zimbabwe. Je suis vendeur de téléphones et d'ordinateurs portables, de temps de communication, etc. J'ai 3 proches, ma mère, ma sœur et mon frère. Je suis célibataire et je peux avoir plusieurs partenaires à la fois. Pour me détendre, j'aime bien boire et organiser des barbecues avec mes amis.

« Les autres gars, mes amis, plaident en faveur de la circoncision masculine dans la région. On peut àvoir une chanson pour nous encourager mutuellement. J'ai pensé me retirer de l'intervention. »

Valeurs de Zivai:

 Il est fortement motivé par les avantages de la circoncision liés à « l'attrait sexuel »

- Il se préoccupe des changements qui affecteront sa vie après l'intervention
- Il se voit « en tête du peloton » et bénéficie d'un fort soutien social

L'étude de marché, associé au processus de conception centrée sur l'homme, a permis à l'équipe de marketing et de communication de PSI de développer des archétypes basés sur l'attitude et le comportement vis-à-vis de la CMMV. L'image cidessus illustre l'archétype « adepte ».

Le personnel sur le terrain adapte un outil [voir la version] créé pendant l'étude (série de questions organisées sous la forme d'une arborescence de décisions) pour segmenter rapidement les patients en archétypes. Cet outil de profilage permet aux agents de mobilisation de personnaliser leurs messages de la manière la plus persuasive qui soit. Cet outil, qui repose sur la psychographie et non sur les données démographiques typiques, utilise des codes de couleur pour aider les agents de mobilisation à classer chaque patient potentiel dans l'un des principaux segments, puis à personnaliser les messages de manière à toucher la corde sensible et à lever les obstacles propres à chaque segment. Vous vous assurerez ainsi que les interactions de personne à personne et en groupes restreints satisfassent mieux les besoins réels des hommes.

L'outil utilise des couleurs au lieu de libellés de segment (p. ex., bleu au lieu de « Néophyte en matière de CMMV ») pour guider les agents de mobilisation. La version pilote de ce système a été lancée en février 2016 et le système devrait être déployé à l'échelle nationale au mois de juillet. Les agents de mobilisation communautaires signalent que cette approche leur a permis de travailler plus efficacement. Ils n'ont plus besoin de prononcer tout un discours et peuvent commencer en toute confiance avec quelques messages très efficaces adaptés au segment des patients potentiels.

L'étude réalisée par Ipsos a observé des thèmes communs aux déterminants de la recherche de la CMMV parmi les hommes. L'un d'eux est l'importance que les anciens patients deviennent des défenseurs de la CMMV et plaident en faveur du service auprès de leurs pairs. Malheureusement, très peu d'hommes sont devenus de fervents défenseurs de la CMMV après l'intervention. Un autre obstacle courant observé pendant l'étude est la faiblesse, dans les messages, du discours sur la douleur que les hommes peuvent ressentir, aussi bien pendant l'intervention que

pendant la phase de cicatrisation. Des investigations approfondies ont révélé que certains patients ont été surpris de ressentir une douleur et se sont sentis trompés. C'est ce qui les a dissuadés de plaider en faveur de la circoncision auprès de leurs amis. Le bouche-à-oreille étant identifié comme un facteur de conviction non négligeable pour les services de CMMV, il est important de traiter directement la question de la douleur. En mettant en œuvre des approches centrées sur l'homme, l'équipe de PSI a réfléchi à ce problème, a créé des prototypes et les a testés auprès des patients. Elle a développé l'outil de travail « *Pain-o-Meter* » (ou outil de mesure de la douleur) [exemple communiqué par PSI] à partir des commentaires et du feedback de patients réels. Le Pain-o-Meter permet aux agents de mobilisation de parler sincèrement de la douleur de sorte que les patients potentiels sachent clairement à quoi s'attendre pendant l'intervention et la période de cicatrisation.

Les résultats d'Ipsos ont également révélé que si des hommes devenaient les défenseurs de ce service, ils préféraient employer leurs propres mots pour décrire leurs expériences. Ils ont demandé aux chercheurs de fournir des déclencheurs au lieu de messages. Les patients ont suggéré qu'une tasse ou une casquette pouvait être le point de départ pour commencer à raconter leur histoire, expliquer pourquoi la circoncision était importante pour eux et parler de ses avantages.

La participation des travailleurs sur le terrain et des patients a fourni à PSI un feedback précieux pour optimiser l'efficacité de ses outils et de ses messages. PSI a commencé à appliquer le concept populaire en conception du « Fail Fast » (ou défaillance rapide) qui consiste à utiliser des prototypes et un développement itératif pour permettre l'adaptation rapide sur la base du feedback et de l'expérience. Les prototypes, qui sont des copies simples et grossières des outils, du matériel ou des expériences, sont utilisés (au lieu d'être testés au préalable auprès d'un groupe de discussion). Les prototypes se distinguent des tests préalables dans la mesure où le matériel est nettement moins élaboré et les idées peuvent subir des modifications et des transformations substantielles, voire être écartées dans leur intégralité, sans que cela n'implique des coûts irrécupérables faramineux pour les ressources conceptuelles et humaines.

Qu'est-ce que la conception centrée sur l'homme ?

La conception centrée sur l'homme est une approche créative pour la résolution de problèmes ... qui commence avec les individus pour lesquels vous concevez des solutions et s'achève avec les nouvelles solutions adaptées aux besoins de ce public. La conception centrée sur l'homme consiste à développer une empathie profonde pour le public visé, à générer une multitude d'idées, à créer plusieurs prototypes, à communiquer le résultat de vos travaux au public visé, à obtenir son feedback et à peaufiner et réitérer le résultat de manière constante, jusqu'à donner naissance à votre solution novatrice finale.

La conception centrée sur l'homme comprend trois phases. Pendant la phase d'inspiration, vous apprenez directement de votre public cible en plongeant dans son environnement afin de bien cerner ses besoins. Pendant la phase d'idéation, vous donnerez du sens à ce que vous avez appris, vous identifierez les opportunités de conception et vous créerez des prototypes pour les solutions possibles. Enfin, pendant la phase de mise en œuvre, vous créerez votre solution et la commercialiserez. Tout au long de ces phases, vous avez maintenu votre public cible au cœur du processus. En savoir plus

Le processus de prototypage permet également de soumettre les messages une

adaptation constante, au fur et à mesure que les expériences et les besoins des agents de mobilisation et des patients sont mieux cernés.

Application

Il est essentiel de comprendre le public visé afin de garantir une communication efficace ; il ne suffit pas de comprendre les obstacles auxquels il se heurte ou ses facteurs de motivation, mais il faut aussi avoir de l'empathie pour sa situation et l'inciter à trouver des solutions. Une étude à grande échelle peut fournir des informations précieuses et les données solides peuvent offrir des tendances et des chiffres, mais l'observation attentive, la curiosité et l'empathie peuvent générer des informations encore plus précises pour la création conjointe d'outils et de messages efficaces.

Segments du public hiérarchisés et probabilité qu'ils subissent une CMMV





Forte probabilité (21 % des hommes non circoncis) et fort engagement préexistant; ont besoin de surmonter quelques problèmes de dissonance

Néophytes en matière de CMMV



Forte probabilité (19 %) mais l'absence de connaissances détermine leur engagement ; il est relativement facile de combler leurs lacunes

Ceux qui rejettent la CMMV par gêne



Probabilité modérée (16 %) mais leur engagement est relativement faible et leur manque de connaissances, leur embarras et leurs craintes sont importants ; ont besoin d'un soutien considérable

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Demand Generation I-Kit for Underutilized, Life Saving Commodities

Field Guide to Human-Centered Design

Male Circumcision Demand Generation Meeting Report. January 2015. Bill & Melinda Gates Foundation.

Bukuku, M. Presentation from SBCC Summit. February 2016. How to Link Demand Creation and Health Services: Experiences from Tanzania.

EngenderHealth and Promundo. 2008. Engaging Men in HIV and AIDS at the Service Delivery Level: A Manual for Service Providers. The ACQUIRE Project. Washington DC: USAID.

Research Triangle Institute and Population Services International. 2014. Voluntary Medical Male Circumcision (VMMC) Demand Creation Toolkit. Washington DC: US Centers for Disease Control and Prevention.

Sutton, SM, Baich GI, and Lefebvre RC. nd. Strategic Questions for Consumer-Based Health Communications.

Annexe J – Kenya: Difficultés entre les patients et les prestataires

La phase *pendant* la communication sur les services comprend les interactions et la communication (verbale et non verbale) qui se déroulent pendant la prestation des services. Ces interactions impliquent le patient et le prestataire de services, ainsi que les réceptionnistes, les responsables de la planification, le personnel en charge de la sécurité, et même le personnel responsable du nettoyage de la structure sanitaire. Les interactions entre le patient et le prestataire de services peuvent avoir lieu au sein d'une structure sanitaire, mais peuvent également inclure les antennes sanitaires et les services mobiles. Les interactions efficaces reflètent généralement une approche de la prestation de services centrée sur le patient, qui aborde le patient de manière holistique et non comme un simple corps, une maladie ou un problème ; qui promeut le traitement courtois des patients ; et qui veille à ce que la communication soit claire, précise et adaptée aux besoins du patient.

Difficulté

Dans le monde réel, les interactions efficaces entre le patient et le prestataire de services sont soumises à de nombreuses contraintes. L'environnement de la structure sanitaire peut être difficile ; la quantité de travail importante, le grand nombre de patients et les charges de travail significatives poussent le personnel à traiter avec les patients aussi vite que possible. La formation des médecins peut mettre l'accent sur les pathologies et les maladies essentiellement, au lieu d'aborder le patient comme une personne à part entière, et la collecte des données cliniques va dans ce sens, puisque ces informations portent sur les services rendus ou les résultats des tests plutôt que sur les résultats sanitaires. En outre, les prestataires tendent naturellement à formuler des hypothèses sur la base de leur expérience et de leurs attitudes personnelles résultant des normes culturelles et traditionnelles et de leurs croyances personnelles. Ces préjugés peuvent avoir un impact négatif sur les soins et entraîner la stigmatisation, la discrimination, voire le traitement abusif des patients. De même, les attentes des patients ont un impact sur les interactions entre les patients et les prestataires de services ; il est difficile d'établir un diagnostic et de traiter correctement les patients si ceux-ci témoignent d'une trop grande déférence, ne comprennent pas quelles informations sont

importantes ni pourquoi ou craignent d'être sincères. Les attentes des patients peuvent implicitement ou explicitement pousser les prestataires à prescrire des injections ou des antibiotiques, y compris lorsque de tels traitements ne sont pas indiqués. Enfin, si les patients ne comprennent pas pourquoi ils ont bénéficié d'un service ou la procédure de suivi, il est possible que leur état ne s'améliore pas ou qu'ils ne retournent pas à la structure sanitaire.

Réponse

La communication ne peut pas résoudre tous les problèmes liés à l'environnement physique ou à la disponibilité des produits et des services, mais elle peut améliorer les relations entre les patients et les prestataires. Les compétences en matière de conseil sont fondamentales : les prestataires doivent non seulement être capables de fournir des informations, mais ils doivent aussi savoir écouter et répondre aux préoccupations des patients de manière à ce que ceux-ci aient le sentiment d'être écoutés et acceptés et qu'ils puissent faire des choix sûrs une fois de retour chez eux. La formation visant à la gestion des thèmes sensibles, tels que la sexualité, permet aux prestataires d'acquérir des compétences techniques et les aidera à surmonter les préjugés sociaux et culturels qui empêchent la prestation de services efficace. Des conseils efficaces aident également les patients à exprimer leurs attentes et offrent au prestataire la possibilité de traiter et de gérer ces attentes de manière respectueuse. Enfin, le coaching et l'encadrement coopératif du prestataire peuvent contribuer à instaurer un environnement positif où le prestataire de services peut adopter de nouveaux comportements et acquérir de nouvelles compétences. Un matériel bien conçu renforce le message destiné aux patients et aide les prestataires à travailler. Ce matériel peut également fournir des rappels et une assistance aux patients après qu'ils ont quitté la structure sanitaire.

Programme sur la santé et les droits sexuels des hommes - Kenya

Difficulté

Les principales populations – homosexuels, travailleurs/travailleuses sexuel(le)s et consommateurs de drogues injectables – sont frappées de manière disproportionnée par le VIH et le sida. Du fait des attitudes de la société à l'égard de

leurs comportements, allant jusqu'à la criminalisation, il est difficile de parler ouvertement des risques auxquels sont exposées ces populations et de satisfaire leurs besoins. Par exemple, les messages de prévention du VIH mentionnent rarement les comportements et les pratiques homosexuels, si bien que certains homosexuels n'ont même pas conscience que leur comportement pourrait les exposer au risque d'infection par le VIH. Des services de prévention et de traitement visant à répondre aux besoins sanitaires spécifiques des populations homosexuelles commencent à être déployés en Afrique, mais ils sont trop souvent inappropriés; les prestataires de services ne savent pas quelles questions poser, manquent de compétences pour assurer les soins et peuvent stigmatiser et discriminer ces individus, de manière délibérée ou involontaire. Même les prestataires disposés à travailler avec les homosexuels n'ont souvent aucune formation et ne savent pas comment interroger le patient sur ses antécédents en employant un langage approprié ni comment identifier, gérer et traiter les infections sexuellement transmissibles (IST). Alors que certains prestataires sont respectueux, d'autres membres du personnel des structures sanitaires peuvent être agressifs, dissuadant les patients de poursuivre leur traitement ou leurs soins. Les prestataires de services sont eux aussi confrontés à un risque de marginalisation au sein de la structure sanitaire ou de la communauté, ou par les représentants de l'ordre public.

Réponse

Le projet sur les droits et la santé sexuels des hommes (Men's Sexual Health and Rights Project - SHARP) vise à réduire la propagation et l'impact du VIH parmi les homosexuels et à instaurer des communautés homosexuelles sans risque au Kenya, en Tanzanie, en Ouganda et au Zimbabwe. Coordonné par l'International HIV/AIDS Alliance et financé par l'Office danois pour le Développement international, le projet SHARP s'est déroulé de décembre 2012 à novembre 2015. Ce projet a fourni un ensemble basique de services de santé sexuelle adapté en fonction de la situation de chaque pays, notamment des discussions en groupes restreints et d'éducation, des préservatifs et des lubrifiants, des conseils et des tests de dépistage du VIH, des conseils sur les droits et la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'une orientation en matière de traitement du VIH.

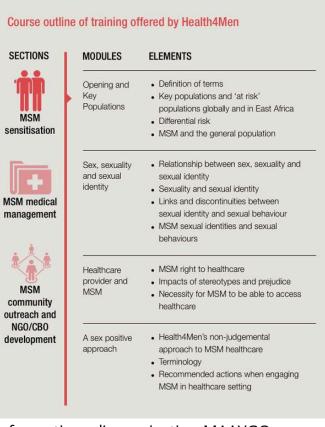
Les partenaires du projet SHARP — sept organisations à base communautaire dirigées par des homosexuels pour les homosexuels — ont établi des partenariats avec des structures sanitaires (essentiellement dans le secteur public) pour garantir l'accès à un ensemble complet de services de santé. La situation difficile dans les différents pays a exigé des investissements significatifs pour sensibiliser, établir et renforcer les relations. Le projet SHARP a développé des formations cliniques intensives pour couvrir les aspects sociaux, biomédicaux et à base communautaire pertinents pour la santé holistique des homosexuels, notamment la gestion et le traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Le groupe de jeunes hommes contre le sida (Men Against AIDS Youth Group -MAAYGO) est actif au Kenya occidental pour promouvoir la santé, l'acceptation et le bien-être des homosexuels et autres minorités sexuelles. Dans le cadre du projet SHARP, l'organisation MAAYGO et le consortium d'ONG KANCO (Kenya AIDS NGO Consortium) ont organisé une formation dispensée par Health4Men, une ONG sudafricaine luttant contre le VIH auprès des gays, des bisexuels et autres homosexuels, afin de s'assurer que les prestataires de services sont en mesure de proposer un soutien et des soins de santé compétents et non discriminatoires aux homosexuels. La formation a notamment porté sur le diagnostic et le traitement appropriés, au niveau, des IST les plus courantes au sein de la communauté homosexuelle, un examen de l'ensemble complet des services destinés aux principales populations établies par le plan stratégique de lutte contre le VIH/Sida au Kenya (Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan) et l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur les homosexuels, en particulier sur leur état de santé. Les séances de formation ont mis l'accent sur l'importance des principes de confidentialité, d'absence de jugements et de compétence culturelle, et la traduction de tous ces principes dans le cadre des soins de santé aux homosexuels. Par exemple, les instructeurs ont analysé le langage approprié à employer dans les notes cliniques. Reconnaissant que la formation d'un ou de deux individus au sein d'une clinique ne suffit pas pour changer l'environnement clinique, la formation a impliqué le personnel sanitaire clé de l'hôpital du district de Kisumu et 12 autres structures sanitaires dans la région.

En impliquant l'ensemble du personnel (y compris la haute direction et le personnel d'assistance travaillant dans l'enceinte de la clinique), le projet s'est assuré que les

homosexuels soient traités avec respect dès leur arrivée à la clinique. Les formations répétées ont donné au personnel de l'hôpital plusieurs occasions d'évaluer et de développer leurs connaissances, leur compréhension et leurs pratiques cliniques.

Dans un premier temps, l'organisation MAAYGO a demandé aux agents de santé d'analyser leurs propres préjugés. L'inventaire des valeurs a permis au personnel de la structure sanitaire de réfléchir à ses jugements et ses normes personnels relatifs au sexe et à la sexualité, à l'impact de ces valeurs sur la qualité de la prestation de services et à la manière dont ces valeurs peuvent aller à l'encontre de l'éthique en matière de santé (par exemple, le droit universel à la santé ou de « ne causer aucun préjudice »). L'environnement de formation a offert aux prestataires un espace sûr où poser des questions jugées inappropriées ou indiscrètes si



elles étaient posées aux patients. Outre les formations, l'organisation MAAYGO a collaboré avec les cliniciens pour développer l'accès aux services, en créant des services ouverts la nuit près de « points chauds » où se réunissent généralement les homosexuels. MAAYGO a fait appel à des pairs agents de mobilisation formés pour promouvoir les tests de dépistage du VIH et des IST, avec l'assurance que les services traiteront les patients avec respect et de manière appropriée. En sensibilisant les représentants de l'ordre public locaux, l'organisation MAAYGO a également contribué à renforcer la sécurité des patients, une préoccupation majeure de nombreux patients potentiels. D'autres partenaires du projet SHARP en Afrique orientale et australe ont mis en place des mécanismes de feedback pour assurer et améliorer la prestation de services. En faisant appel à un « client mystère », l'organisation SANA en Tanzanie et l'organisation GALZ au Zimbabwe ont

envoyé un volontaire surprise se faire soigner, comme n'importe quel autre patient, afin d'évaluer la compétence et la convivialité des services ou pour faire le point sur des problèmes signalés auprès d'un prestataire de services formé. Ce feedback permet aux programmes de communication sur les services de peaufiner les formations au conseil en tenant compte des commentaires des patients et permet à l'encadrement coopératif de mettre l'accent sur les domaines spécifiques nécessitant un changement de comportement des prestataires.

Résultats

Les tests préalables et postérieurs inclus dans la formation dispensée par Health4Men ont révélé une amélioration des connaissances psychosociales élémentaires des participants, ainsi qu'une amélioration de leurs connaissances biomédicales plus avancées de 64 à 88 pour cent. La stigmatisation homophobe a reculé d'un tiers parmi les participants (passant de 18 points à 12 points sur une échelle adaptée résultant d'une étude réalisée en 2012 sur les homosexuels et les services de santé). En veillant à ce que les homosexuels soient traités avec respect, les partenaires du projet SHARP ont pu soutenir et orienter un nombre croissant de patients vers les services de prise en charge du VIH, notamment pour le dépistage du VIH et des IST. Vers sa fin, le projet SHARP avait atteint près de 15 000 homosexuels dans les quatre pays (dépassant l'objectif du projet de 80 pour cent, multipliant par sept le chiffre de départ). Le projet avait ainsi touché plus de 2 500 homosexuels au Kenya, que l'organisation MAAYGO avait incité à se faire dépister pour le VIH et plus de 2 000 homosexuels qui avaient accepté de se faire dépister et tester pour les IST.

Application

Bien que la situation sanitaire des homosexuels puisse sembler exceptionnelle, les agents de santé rencontrent souvent des individus marginalisés par la société ou qui se sentent vulnérables en raison de leur état de santé. La communication sur les services centrée sur le patient diffuse des messages qui ont davantage d'écho auprès de la population visée et lève ces obstacles. La prestation de services centrés sur le patient exige un respect mutuel, qui peut être difficile lorsque les rapports de forces sont inégaux, comme c'est souvent le cas dans l'environnement clinique. Les techniques de conseil qui mettent l'accent sur l'importance de l'écoute

active, reconnaissent l'expérience du patient, s'efforcent de comprendre, utilisent le langage du patient et éliminent tout jugement, sont la clé pour contrer ces rapports de forces inégaux. Dans la mesure où les prestataires n'ont souvent pas conscience de leurs propres préjugés, leur offrir l'occasion d'y réfléchir est la première étape à suivre pour découvrir comment éliminer, atténuer ou contourner les idées reçues susceptibles d'avoir un impact négatif sur les interactions entre les patients et les prestataires de services.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Plus d'informations sur le programme SHARP

Kit de mise en œuvre sur le changement de comportement des prestataires : Bientôt disponible

Long-Acting Reversible Contraceptives Materials

Health Care Improvement Project. November 2011. *Cultural Sensitivity Builds Confidence in Maternal and Neonatal Health Services in Huehuetenango Guatemala*. Washington DC: USAID.

Health Initiatives for the Private Sector. July 2008. *Effective Interpersonal Communication:* A Handbook for Healthcare Providers. Washington DC: USAID.

Murphy E. and C. Steele. 2000. *Client-Provider Interactions in Family Planning Services : Guidance from Research and Program Experience*. Washington DC : USAID.

PATH. July 1999. *Improving Interactions with Clients : A Key to High-Quality Services*. Seattle, Washington : USAID.

Annexe K – Bangladesh: Suivi du maintien du comportement

Quand son état de santé change (positivement, p. ex. grossesse planifiée, ou négativement, p. ex. diagnostic de diabète), le patient est souvent très désireux de changer son mode de vie et peut réussir à adopter un nouveau comportement. Mais la vie quotidienne implique de nombreuses difficultés qui compliquent la capacité du patient à maintenir le changement de comportement.



Difficulté

Motiver les patients pour les inciter à adopter des comportements sains est une première étape

nécessaire pour obtenir des résultats sanitaires positifs. Toutefois, il est difficile de maintenir ces gains initiaux au fil du temps. Les maladies chroniques telles que la tuberculose (TB) ou le diabète exige une vigilance et le strict respect du schéma thérapeutique, or les patients abandonnent souvent le traitement ou continuent de manger des aliments sucrés. La plus forte résistance aux médicaments démontre également que les patients ne terminent pas normalement l'intégralité du traitement qui leur a été prescrit.

Une étude montre que 30 à 70 pour cent des patients ne respectent pas effectivement les recommandations thérapeutiques. Le non-respect des recommandations comportementales difficiles, tel que l'abandon du tabac ou le suivi d'un régime alimentaire, touche plus de 80 pour cent des patients. Les raisons sont diverses : les instructions peu claires des prestataires peuvent provoquer la confusion des patients, les patients n'ont pas conscience des conséquences liées à l'abandon des nouveaux comportements ou ils ne pensent pas pouvoir suivre le changement de comportement ou le régime comme indiqué. Certains changements de comportement interfèrent avec les activités quotidiennes, par exemple les médicaments qui doivent être pris plusieurs fois pendant la journée ou les médicaments accompagnés d'instructions spéciales (p. ex., « à prendre au moment du repas »). Les effets secondaires du traitement peuvent également causer de la gêne. Il est possible que les familles ou les communautés ne

maintiennent pas leur soutien au changement comportemental, trouvant celui-ci gênant ou peu pratique. La stigmatisation, la discrimination et les normes sociales ont également une influence significative sur les comportements. Les maladies telles que la tuberculose, le VIH et le cancer faisant toutes l'objet d'une stigmatisation sociale, il est possible que les patients ne souhaitent pas en parler ouvertement, ce qui complique les changements de comportement ou le maintien des comportements.

La gestion des maladies chroniques est également compliquée pour les systèmes de santé surchargée. Il est important de surveiller les maladies chroniques, mais les prestataires de services peuvent avoir du mal à participer pleinement à la gestion des clients stables lorsque des crises ou des urgences surviennent.

Réponse

La communication sur les services prend en charge les changements de comportement à long terme à travers diverses stratégies et tactiques qui incitent au respect continu des nouveaux comportements. Ces stratégies et techniques peuvent inclure des outils tels que les invites par SMS ou les appels de rappel en cas de prise de médicaments quotidienne, ainsi que les réunions de groupe visant à apporter un soutien aux patients.

Les conseils continus peuvent apporter un soutien clinique au patient, tandis que les initiatives à base communautaire (p. ex., les clubs ou les groupes de soutien) encouragent les patients à surmonter les difficultés et il a été démontré qu'elles incitent au respect des nouveaux comportements. La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) au niveau communautaire peut également renforcer les comportements sains, tels que l'utilisation correcte et régulière des préservatifs (pour prévenir le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que les grossesses non désirées) ou l'entretien et la réparation des moustiquaires afin de prévenir le paludisme.

De plus en plus, les technologies de l'information et de communication permettent d'atteindre les publics visés instantanément et en toute confidentialité. Les lignes d'assistance téléphonique, les salles de chat et les SMS permettent de répondre rapidement aux questions, éliminant la nécessité de se rendre à la structure

sanitaire pour une consultation. Les messages de type « Push » (forcés) qui sont envoyés sans intervention peuvent fournir des informations et rappeler aux clients des comportements importants, par exemple prendre un médicament ou se rendre à un rendez-vous chez le médecin. Un rapport publié par Cochrane en 2015 sur la santé mobile dans le domaine du planning familial a conclu que « des données probantes indiquent qu'une série de messages vocaux et le soutien du conseiller peuvent améliorer la contraception parmi les femmes qui fréquentent les services d'avortement et qui ne souhaitent pas retomber enceintes dans l'immédiat et les données suggèrent que les SMS d'information quotidiens peuvent améliorer la prise quotidienne de la pilule contraceptive » Une étude antérieure sur l'usage des SMS et le respect des traitements antirétroviraux (TAR) a souligné que « l'envoi hebdomadaire de SMS au téléphone mobile des patients sous TAR peut aider ces derniers à prendre leurs médicaments chaque jour. Cette méthode peut également contribuer à réduire la quantité de VIH dans le sang de ces patients ».

Aponjon au Bangladesh

Difficulté

Depuis les années 1990, le Bangladesh a réalisé d'énormes progrès en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile, le taux de mortalité maternelle passant de 574 à 194 entre 1990 et 2010. Toutefois, les lacunes persistent, en particulier parmi les femmes défavorisées. En 2011, 20 pour cent seulement des femmes se rendaient aux quatre consultations prénatales recommandées et près de



la moitié des femmes enceintes souffraient d'anémie. Parmi les femmes appartenant au quintile le plus pauvre, 71 pour cent avaient eu leur premier enfant avant 18 ans et 9 pour cent seulement avaient accouché sous la supervision d'un prestataire médical formé. Parallèlement, les prestataires formés étaient rares, à peine 3 médecins et 2,8 infimières(iers) pour 10 000 Bangladais.

Réponse

Tandis que 55 personnes sur 100 ont accès aux services de santé an Bangladesh, 64 Bangladais sur 100 sont abonnés au service de téléphonie mobile. Cette forte pénétration de la téléphonie mobile a permis à l'organisation Mobile Alliance for Maternal Health Action (MAMA) d'utiliser cette technologie pour informer les femmes enceintes et les nouvelles mamans sur la santé maternelle et infantile. L'organisation MAMA est un partenariat public-privé lancé en mai 2011 par USAID et Johnson & Johnson qui opère en Inde, au Bangladesh et en Afrique du Sud. Au Bangladesh, l'entreprise à but social non lucratif Dnet a lancé le service et continue de diriger cette initiative, baptisée Aponjon (« Ma chère » en Bangla).

Aponjon est un service aux abonnés destiné aux femmes enceintes et aux jeunes mamans et leurs tuteurs (mari, belle-mère et autre membre de la famille) servant à leur communiquer des informations sanitaires importantes à tous les stades de la grossesse et pendant la première année de l'enfant. Les femmes enceintes, les jeunes mamans et leurs familles sont invitées à s'abonner moyennant un abonnement minime (le service est gratuit pour les ménages les plus pauvres). Après inscription, Aponjon envoie des SMS ou des messages vocaux deux fois par semaine aux femmes enceintes et un message par semaine à un soignant. Ces messages contrent les idées reçues, soulignent les dangers potentiels pour la santé et les symptômes inquiétants, identifient les services de santé les plus proches et mettent en avant les avantages du planning familial. Les messages sont personnalisés en fonction du stade de la grossesse ou l'âge de l'enfant et, selon que l'abonné se trouve en zone rurale ou urbaine, différents types de messages sont envoyés, en fonction de l'environnement où vit l'abonné.

Les messages utilisent différents formats pour transmettre les informations et sont diffusés par une femme médecin sympathique, « Daktar Apa », qui est perçue comme une source d'information sanitaire crédible pour les femmes. Les messages vocaux sont prononcés sur un ton sérieux et convivial, par des acteurs locaux qui jouent le rôle de médecins, de femmes et de familles discutant de problèmes tels que l'importance d'une alimentation riche en fer et rappelant aux femmes enceintes leurs rendez-vous de contrôle médical. Les SMS communique des informations sur les urgences médicales et les symptômes inquiétants pendant la grossesse.

Après le succès d'un projet pilote dans quatre districts, Aponjon a commencé à s'étendre, couvrant plus de 35 districts au Bangladesh en 2012. En 2013, Aponjon a mis en place une ligne d'assistance téléphonique qui permet aux médecins de donner des conseils aux mères et à leurs proches qui sont inscrits. L'application mobile Aponjon Shogorbha (Grossesse), qui a été développé pour contacter les mères sur smartphones, offre une plate-forme plus complète aux femmes enceintes et aux nouvelles mamans pour en savoir plus sur la santé prénatale et néonatale (disponible sur Google Play, dans l'App Store d'Apple et l'App Store sur téléphones Windows). L'application aide les femmes à surveiller leur grossesse, estimant leur date d'accouchement, surveillant leur prise de poids et assurant le suivi de leurs rendez-vous et de leurs rappels. L'application leur propose même des menus diététiques pour femmes enceintes, les aidant à créer des menus sains qui couvrent leurs besoins caloriques, et décrit l'évolution de leur bébé tout au long de la grossesse.

Aponjon fait la publicité de ses services sur des bus portant sa marque, à travers du matériel de communication, d'éducation et d'information et à l'occasion d'événements communautaires, tels que les salons de la santé.

Résultats

En 2016, quatre ans depuis la mise en place du projet pilote, Aponjon compte plus de 1,5 million d'abonnés.

Une évaluation quantitative réalisée en septembre 2015 a révélé que les femmes qui se sont abonnées à Aponjon ont suivi le nombre recommandé de consultations de contrôle prénatales à des taux trois fois supérieurs à la moyenne nationale. Il est également deux fois plus probable que ces mêmes femmes accouchent au sein d'une structure sanitaire. Les résultats indiquaient également que les répondants qui avaient utilisé Aponjon pendant au moins 6 mois, reçu au moins trois messages par mois et écouté attentivement la plupart des messages non seulement avaient affiché de meilleures connaissances, mais avaient également plus de chances d'adopter de bonnes pratiques en matière de santé maternelle et de soins néonataux.

Aponjon a également lancé une application destinée aux adolescents pour leur fournir des informations sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'une ligne d'assistance téléphonique et un web chat. L'application s'adresse également aux soignants en leur permettant de contrôler les informations qu'Aponjon communique aux adolescents.

Application

La technologie mobile est une stratégie visant à surmonter plusieurs difficultés liées au maintien de bons comportements en matière de santé, en automatisant les rappels et en assistant les personnes qui doivent maintenir des comportements spécifiques en matière de santé. La santé mobile offre davantage d'interactions que les tableaux à feuilles mobiles standard, invite les prestataires à aborder tous les points importants et peut faciliter l'encadrement coopératif en accélérant la collecte et l'analyse des données et en fournissant des outils de supervision.

La santé mobile promet de réduire la charge de travail des prestataires de services et d'améliorer les résultats sanitaires. Grâce à l'anonymat qu'elle offre, cette technologie permet de transmettre des informations personnalisées à différents publics, notamment aux populations cachées, sensibles ou difficiles d'accès.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

mHealth Evidence Website (https://www.mhealthevidence.org/)
HIP. mHealth: Mobile technology to strengthen family planning programs.
Mobile for Reproductive Health (m4RH)

(https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hip_mhealth_brief.pdf) Global Health Learning Center. mHealth Basics: Introduction to Mobile Technology for Health. (https://www.globalhealthlearning.org/course/mhealthbasics-introduction-mobile-technology-health)

Annexe L – Ouganda: Difficultés en matière de coordination

Difficulté

Les activités de communication sur les services nécessitent souvent des partenariats et une coordination. Comme décrit à la section Coordination, il est fréquent qu'une organisation de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) collabore avec l'organisation de prestation de services pour développer une communication qui contribuera à l'amélioration des résultats sanitaires. La coordination doit intervenir avant la prestation des services afin de créer la demande de services, pendant la prestation de services pour garantir que l'offre/les services sont conformes à la demande et que les messages sont harmonisés, et après la prestation des services pour assurer le maintien du comportement lorsque les clients quittent l'environnement clinique.

Réponse

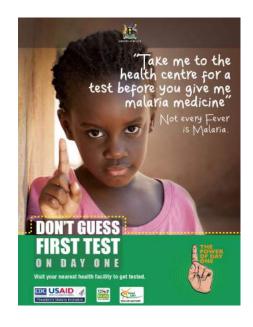
Avec les partenariats les plus productifs, la coordination entre les acteurs de la communication sur les services devrait exploiter les avantages comparatifs de chaque partenaire, étendant ainsi leur portée. Les arrangements formels, tels que les protocoles d'entente, et les mécanismes de coordination, tels que les réunions de planification, mettent en œuvre le partenariat et clarifient les rôles et les responsabilités. La planification et l'exécution conjointes sont particulièrement importantes pour les initiatives de communication de type campagne et pour les campagnes qui durent plusieurs années.

La coordination de la communication sur les services requiert des processus participatifs qui incluent les populations visées dans l'élaboration, l'implémentation ainsi que la surveillance et l'évaluation (M&E) des stratégies. Vous vous assurerez ainsi que les messages seront bien compris (t compris la justification du séquençage et le choix des canaux), que les activités seront planifiées et exécutées en collaboration et que la surveillance permettra aux partenaires d'ajuster les activités et les messages en fonction de l'expérience sur le terrain. L'évaluation conjointe peut décrire l'impact/la relation/l'influence de la communication sur la prestation des services.

Projet Stop Malaria – Ouganda

Difficulté

Compte tenu des taux élevés du paludisme et du manque de structures de test à prix abordable, les programmes de santé en Ouganda ont demandé aux prestataires et aux soignants de traiter toutes les fièvres comme s'il s'agissait de cas de paludisme pendant plus d'une décennie. Grâce à l'adoption de mesures de prévention telles que la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent en intérieur et les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, l'incidence du paludisme a reculé, mais le paludisme fait toujours l'objet d'un traitement de présomption. Le surdiagnostic du paludisme est



ainsi devenu une préoccupation croissante. L'enquête démographique et sanitaire de 2011 a révélé que 26 pour cent seulement des enfants âgés de moins de 5 et souffrant de fièvre étaient testés pour le paludisme, tandis que 46 pour cent ont reçu une polythérapie à base d'artémisinine (Artemisinin Combination Therapy - ACT). Quatre-vingt-seize pour cent des personnes testées positives pour le paludisme avaient reçu un traitement antimalaria, de même que 48 pour cent des personnes testées négatives. En d'autres termes, les médicaments antimalaria (ACT) de première intention étaient prescrits de manière excessive, entraînant une pénurie des stocks pour les patients qui en avaient réellement besoin. La prise d'ACT superflus risquent également d'entraîner une résistance aux traitements à base d'artémisinine, comme c'est déjà le cas des traitements à base de quinine.

L'identification de la cause véritable de la fièvre pourrait permettre l'administration de traitements plus efficaces et, en fin de compte, l'obtention de meilleurs résultats sanitaires. En 2012, le gouvernement de l'Ouganda a adopté les directives de l'Organisation mondiale de la Santé recommandant que toutes les personnes présentant des symptômes de paludisme soient testées et que le traitement contre ce fléau ne soit administré qu'à celles qui présentent des résultats positifs. Le plan

stratégique national pour le paludisme de 2011-2015 visait à ce que 90 pour cent de tous les cas suspects de paludisme en Ouganda soient testés avant l'administration d'un traitement.

Malheureusement, de nombreux prestataires continuent de se baser sur leur expérience et leur jugement cliniques propres au lieu d'avoir recours à des tests de diagnostic et administrent souvent un traitement aux patients affichant des résultats négatifs. Les raisons incluent la défiance des prestataires à l'égard des résultats des tests, leur manque de confiance dans le diagnostic et le traitement des fièvres non liées au paludisme et la demande des patients, perçue ou réelle, relative aux médicaments contre le paludisme, en dépit des résultats des tests. Une recherche qualitative a suggéré la nécessité de définir des directives claires, d'instaurer un environnement favorable, d'établir la confiance dans la capacité de l'équipement et du personnel du laboratoire et de développer les compétences nécessaires pour gérer les fièvres ainsi que les attentes des patients pour garantir l'adoption d'un traitement à base de parasites.

Réponse

Le projet Stop Malaria Project (SMP), financé par USAID et dirigé par le Centre des programmes de communication (Center for Communication Programs, CCP) Johns Hopkins, a collaboré avec les autorités publiques ougandaises et plusieurs partenaires dans le domaine de la santé pour concevoir et mettre en œuvre la campagne « Test and Treat » (Tester, puis traiter). La campagne visait à 1) instaurer la confiance dans les résultats des tests du paludisme parmi les patients et des prestataires de soins de santé ; 2) augmenter la proportion des patients souffrant de fièvre qui bénéficient d'un traitement adéquat ; et 3) encourager les membres de la communauté à faire tester les enfants âgés de moins de 5 ans pour dépister le paludisme avant l'administration d'un traitement. Cette campagne a été déployée dans 24 districts sanitaires où le paludisme était fortement endémique.

La campagne visait les soignants d'enfants âgés de moins de 5 ans et les agents de santé dans les cliniques publiques sous le slogan, « *Don't Guess, First Test* » (Fini les devinettes, commencez par le test) et promouvait deux comportements : 1) toutes les personnes présentant des symptômes de paludisme doivent effectuer un test de dépistage du paludisme et 2) seules les personnes testées positives pour le

paludisme doivent recevoir un traitement contre le paludisme. Les personnes dont le résultat du test est négatif pour le paludisme doivent essayer d'identifier et de traiter l'origine réelle de leurs symptômes.

Les activités réalisées dans le cadre de cette campagne étaient les suivantes :

- Médias Affiches, tableaux d'affichage et spots radio pour atteindre une large proportion des publics visés.
- Formation et supervision formative Des prestataires de soins de santé ont été formés pour améliorer leurs compétences en matière de gestion des fièvres et de communication avec les soignants sur l'importance d'effectuer des tests et de respecter les résultats de ces tests. La formation a été renforcée par des visites de supervision formative.
- Communication interpersonnelle Les discussions sur l'éducation sanitaire et les discussions de personne à personne entre les soignants et les membres des équipes de santé de village ou d'autres prestataires de soins de santé ont offert aux soignants d'autres occasions d'en savoir plus et de discuter des nouvelles recommandations.

La campagne Test and Treat était basée sur une campagne existante qui faisait la promotion des tests en Ouganda. La campagne baptisée « Power of Day One » (Le pouvoir du Jour 1) et implémentée par le projet AFFORD un an avant cette campagne, faisait la promotion des tests et du traitement contre le paludisme dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre. La campagne Power of Day One a contribué à augmenter l'adoption des ACT et les tests de diagnostic rapides dans les structures sanitaires du secteur privé, les pharmacies et autres points de vente de médicaments dans quatre districts, qui faisaient partie des 24 districts couverts par le projet SMP.

 Le programme national de contrôle du paludisme (National Malaria Control Programme - NMCP) du Ministère de la Santé a défini l'orientation générale de la campagne. Outre le conseil des partenaires sur les centres d'intérêt stratégiques du ministère, le programme NMCP a aidé à s'assurer que les produits de diagnostic étaient disponibles dans les structures sanitaires publiques des districts participant au programme. Les agents de santé officiels des districts étaient positionnés comme des responsables de la formation afin de former le

- personnel clinique dans leurs régions et fournir un encadrement coopératif pendant le déploiement du nouveau protocole.
- En sa qualité de partenaire d'implémentation principal dans le cadre du projet SMP, le CCP a assuré le leadership technique pour la conception, l'implémentation, ainsi que la surveillance et l'évaluation (M&E) de la stratégie de communication
- Malaria Consortium (un partenaire du projet SMP) a conçu et dirigé la formation des prestataires, élaboré le matériel de formation (guides d'élimination des parasites provisoire [CIP] destinés aux instructeurs au niveau national et dans les districts) et a fourni les manuels, une liste de contrôle pour le diagnostic de la fièvre chez les enfants âgés de moins de 5 ans et un guide d'éducation médicale continue. Malaria Consortium a également pris part aux visites de supervision formative dans les structures sanitaires participant au projet.
- Mango Tree a élaboré un tableau à feuilles mobiles que les prestataires doivent utiliser pendant les séances de conseil aux patients.
- Uganda Health Marketing Group et les agences de publicité recrutées en dirigé la conception, la production et le positionnement du matériel médiatique, notamment les affiches, les tableaux d'affichage et les spots radio. Les tests préalables ont été réalisés en collaboration avec le projet SMP et le programme NMCP. Uganda Health Marketing Group a également dirigé la formation des prestataires du secteur privé en vue d'améliorer leur capacité de diagnostic, ainsi que le déploiement de la campagne dans les structures sanitaires privées de six districts.
- World Vision a intégré les messages de la campagne Test and Treat dans son programme de formation radio à distance pour les équipes de santé de village, composées de bénévoles communautaires qui dispensent une éducation sanitaire de base et une orientation pour les services.

Résultats

La combinaison d'un coordinateur désigné, de consignes claires, de l'accès aux tests et aux ACT, de la promotion des tests et des traitements appropriés auprès des prestataires et des soignants, et des efforts visant à améliorer la capacité des prestataires à gérer les cas de fièvre et à communiquer de manière efficace avec les soignants a contribué au succès de la campagne.

L'évaluation de la campagne a révélé un changement dans les pratiques des prestataires. Les prestataires exposés à la campagne étaient davantage disposés à tester tous les enfants souffrant de fièvre (91-97 pour cent contre 81 pour cent) et comptaient moins sur le diagnostic clinique. Les prestataires formés et exposés à la campagne dans les médias étaient davantage disposés à réaliser un diagnostic comparatif (86 pour cent contre 76 pour cent) et moins enclins à prescrire des médicaments contre le paludisme aux enfants souffrant de fièvre qui avaient été testés négatifs pour le paludisme (15-25 pour cent contre 37 pour cent). Enfin, les prestataires qui avaient bénéficié d'une formation clinique incluant des compétences en matière de CIP et de conseil étaient davantage enclins à indiquer aux soignants que le traitement contre le paludisme n'était pas nécessaire après un résultat de test négatif (80 pour cent contre 50 pour cent) et davantage disposés à proposer un diagnostic alternatif (86 pour cent contre 76 pour cent). La campagne a également amélioré la disponibilité et l'approvisionnement des médicaments contre le paludisme. Dans la mesure où les prestataires de services n'administrent plus un traitement que si les résultats des tests sont positifs, les médicaments sont disponibles pour les patients qui souffrent vraiment de paludisme.

Application

La coordination est essentielle lors de l'introduction d'une nouvelle technologie ou de services qui exigent un changement de comportement des prestataires et des patients. En sa qualité d'autorité sanitaire nationale, le Ministère de la Santé est l'organisme chargé d'établir les protocoles et les politiques, et est responsable de la formation du personnel sanitaire du secteur public. Les partenaires en charge du développement peuvent contribuer en apportant leur concours à la formation et à l'éducation, et en créant la demande au moyen de la communication et de la

mobilisation sociale. Le rôle de la société civile consiste souvent à mobiliser les communautés et à plaidoyer en faveur de l'égalité, de l'accessibilité et de l'adéquation des services.

Annexe M – Nigéria : Stratégie de communication sur les services en action

Initiative pour la santé reproductive en milieu urbain au Nigéria

Cette étude de cas montre comment les éléments de la communication sur les services peuvent être appliqués en situation réelle et comment l'utilisation des approches de la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) peut améliorer considérablement l'accès, l'utilisation et la qualité des services de santé, entraînant ainsi de meilleurs résultats sanitaires. L'initiative pour la santé reproductive en milieu urbain au Nigéria (Nigerian Urban Reproductive Health Initiative - NURHI) a appliqué les meilleures pratiques de la CCSC tout au long des phases de la prestation de services pour redynamiser le programme de planning familial nigérian dans les zones urbaines. Le programme s'est efforcé de recueillir un maximum d'informations sur les publics visés et a élaboré une campagne de marque attractive qui a mis en avant les avantages fonctionnels et émotionnels du planning familial. Le projet a amélioré les compétences des prestataires dans les secteurs public et privé pour veiller à ce que les patients comprennent bien les avantages des différentes méthodes de contraception, et a installé des antennes mobiles pour réduire les obstacles à l'accessibilité. Le projet s'est également efforcé d'instaurer un environnement favorable qui encourageait les ménages et les communautés à discuter ouvertement du planning familial, permettant à un plus grand nombre d'individus de découvrir les avantages du planning familial, d'identifier la méthode qui leur convient le mieux et de maintenir son usage à long terme.

À propos de l'initiative NURHI

L'initiative NURHI est financée par la Bill & Melinda Gates Foundation et est gérée par le Centre des programmes de communication (Center for Communication Programs, CCP) Johns Hopkins. L'Association for Reproductive and Family Health et le Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) au Nigéria sont des partenaires fondamentaux, de même que les organisations collaboratrices comme African Radio Drama Association, Health

Reform Foundation of Nigeria, Plaidoyer Nigeria, Development Communications Network, le Futures Institute et Marie Stopes International Nigeria.

Le projet a été conçu pour aider le gouvernement nigérian à redynamiser son programme de planning familial et augmenter le taux de prévalence de l'utilisation de contraceptifs de 20 points de pourcentage. L'initiative NURHI a mis l'accent sur la promotion des méthodes contraceptives en vue d'espacer les naissances et d'en réduire le nombre, et avec l'objectif particulier d'augmenter l'accès au planning familial parmi les populations urbaines défavorisées. La première phase du projet a eu lieu entre 2009 et 2014 dans six centres urbains : Abuja, Benin City, Ibadan, Ilorin, Kaduna et Zaria.

L'initiative NURHI avait initialement cinq objectifs :

- Développer des interventions économiques pour l'intégration d'un planning familial de qualité dans les programmes de santé maternelle et néonatale, de prise en charge du VIH et du Sida et des soins postpartum et après avortement
- 2. Améliorer la qualité des services de planning familial destinés aux populations urbaines défavorisées, en mettant l'accent sur les structures cliniques gérant des volumes élevés
- 3. Tester les nouveaux partenariats public-privé et les approches novatrices du secteur privé afin d'améliorer l'accès au planning familial et son utilisation par les populations urbaines défavorisées
- Développer des interventions pour la création de la demande de contraceptifs, et le maintien de leur utilisation à long terme, par les populations urbaines marginalisées
- 5. Augmenter les mécanismes de financement et financiers et instaurer un environnement politique favorable pour garantir l'accès aux produits et services du planning familial aux populations urbaines défavorisées
- 6. Un sixième objectif a été ajouté en 2012 :
- 7. Identifier les « comportements passerelles » potentiels et tester l'effet des interventions visant à améliorer ces comportements et leur impact en aval.

Difficulté¹

Un africain sur six est nigérian. Pays le plus peuplé du continent, le Nigéria connaît également une « explosion démographique de la jeunesse », plus de la moitié de la population étant âgée de moins de 24 ans. Ce phénomène est en partie attribuable au taux de fécondité élevé du pays. Une femme nigériane a six enfants, en moyenne, ce qui positionne le pays au 12ème rang mondial des taux de natalité. Facteur aggravant de cette situation délicate, les chiffres de la pauvreté et de la santé du Nigéria sont parmi les pires d'Afrique. Lorsque l'initiative NURHI a été lancée en 2009, la Banque mondiale estimait que 83 millions de Nigérians (soit 62 pour cent de la population) vivaient avec moins de 1,90 \$ par jour et les taux de mortalité maternelle et infantile se situaient à un niveau alarmant (85 décès pour 1 000 naissances vivantes et un taux de mortalité maternelle ajusté de 610 pour 100 000 naissances vivantes, à compter de 2010).

Études des comportements passerelles

Il semble y avoir des moments uniques dans la vie des individus où ceux-ci sont particulièrement réceptifs aux nouvelles informations et motivés pour introduire des changements. L'étude sur les comportements passerelles menée par l'initiative NURHI a mis en œuvre la recherche formative qui a identifié deux comportements passerelles : se rendre au moins à quatre consultations prénatales pendant la grossesse et mettre en place une communication interpersonnelle sur les questions liées à la santé familiale. Ces comportements ont une influence sur d'autres comportements en matière de santé, tels que le planning familial, l'allaitement exclusif et la vaccination. Une version pilote de l'étude a été lancée à llorin South entre septembre 2013 et décembre 2014, utilisant la CCSC et la mobilisation sociale pour attirer les femmes enceintes, leurs partenaires et leurs belles-mères. Le projet a créé des profils pour chaque public visé et a exploité les principaux événements spéciaux, tels que les cérémonies de baptême et les

-

¹ Les statistiques présentées dans cette section sont extraites de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2212.html et http://datatopics.worldbank.org/hnp/HNPDash.aspx.

mariages, comme des moments passerelles pour promouvoir les soins prénataux et la communication sur les questions liées à la santé familiale. Les plaidoyers et la formation des prestataires veillaient à la convivialité et à la compétence des services. L'inscription des femmes enceintes dans la région pilote a augmenté de manière significative consécutivement à ces interventions.

Au Nigéria, la population devient aussi de plus en plus urbaine. D'après les estimations, environ 48 pour cent des Nigérians vivent en zone urbaine, alors que le taux d'urbanisation se situe à peine en dessous de 5 pour cent. Au moins 10 villes comptent plus de 1 million de résidents et 15 pour cent de la population vit dans les six plus grandes villes du pays. La pauvreté et les conditions de vie précaires constituent des menaces pour la santé dans les centres urbains à croissance rapide du Nigéria. Plus de 51 pour cent des résidents urbains vivent en dessous du seuil de pauvreté et bon nombre d'entre eux ne bénéficient pas de conditions de logement, d'assainissement et de gestion des déchets adéquates.

En dépit de la mise en place d'un programme de planning familial vigoureux dans les années 1980 et au début des années 1990, le Nigéria a souffert des changements qui ont affecté les financements et les priorités des donateurs. Cela a entraîné une stagnation de la fécondité, de l'usage des contraceptifs et des méthodes de contraception mixtes au cours des 10 dernières années. En 2009, avec une prévalence de l'utilisation de contraceptifs se situant à 10 pour cent seulement, un taux de fécondité total de 5,7 et un taux de non-satisfaction des besoins de 20 pour cent, il était devenu urgent de redynamiser les initiatives de planning familial aux niveaux national, étatique et des villes. Parallèlement, les politiques et les programmes restaient pour la plupart à l'état de déclarations sur papier. Quelques groupes de travail nationaux visant à la mise en œuvre des politiques avaient été créés, mais le planning familial avait suscité peut d'intérêt aux niveaux étatique et local. En conséquence, le programme de planning familial a été financé en grande partie par des donateurs externes, le système de santé a accordé peu d'attention au planning familial et de nombreux journalistes et leaders locaux avaient exprimé haut et fort leur opposition au planning familial. Sans surprise, les structures sanitaires publiques manquaient de personnel et d'équipements, sans oublier les ruptures de stock de contraceptifs. De nombreux couples obtenaient des services de planning familial auprès de vendeurs de

médicaments brevetés et exclusifs (PPMV), qui ne peuvent distribuer des préservatifs et renouveler les contraceptifs oraux qu'aux clients existants ou aux pharmaciens. L'accès aux implants et aux DIU était limité à quelques hôpitaux.

Réponse

Des approches de la CCSC dans le cadre de l'initiative NURHI ont été employées tout au long des trois phases de la prestation de services, avec des rôles spécifiques à chaque phase :

- Avant l'implémentation des services, on a amélioré la sensibilisation générale aux questions liées au planning familial et aux services disponibles, géré les normes communautaires et sociales et relancé la demande pour le planning familial
- Pendant l'implémentation des services, on a veillé à ce que tous les prestataires de services (cliniques et non-cliniques, secteurs privé et public) étaient capables de fournir des services et des conseils de planning familial de qualité et on a amélioré l'accès aux antennes sanitaires mobiles
- Après l'implémentation des services, on a encouragé les discussions ouvertes sur le planning familial au sein des couples et des groupes de pairs et on a sollicité le soutien des leaders communautaires et des autorités publiques locales pour maintenir l'engagement en faveur des initiatives de planning familial

L'approche de l'initiative NURHI visant à améliorer l'accès aux services de planning familial, et leur qualité, s'est traduite par des efforts de création de la demande qui ont mis l'accent sur les consommateurs pour communiquer sur les services et fournir ces derniers. L'hypothèse de départ était que la création de la demande entraînerait, à son tour, une augmentation de l'offre, générant ainsi une réponse durable. Comme le montre le graphique ci-dessous, les approches de la création de la demande et de la prestation de services dans le cadre du projet se renforcent mutuellement.

Création de demande (médias)

services

Créer du buzz et faire du bruit
Encourager, rappeler et orienter vers plus d'informations et

Création de la demande (Long format)

- Explorer, expliquer, engager émotionnellement
- Remettre en question les normes sociales

Plaidoyer

Renforcer, soutenir, obtenir
 l'approbation, ouvrir les portes

Prestation de services

- Produits disponibles et abordables
- Prestataires de services sympathiques et compétents
- Amélioration de la qualité
- Points de distribution identifiables, orientation lorsque cela est nécessaire

L'initiative NURHI a systématiquement eu recours à la recherche, au feedback des consommateurs (au moyen de tests préalables) et aux données de suivi pour réviser et peaufiner ses messages.

Avant: Attirer les patients vers les services

Pour susciter l'intérêt et créer la demande pour les services de planning familial, l'initiative NURHI a utilisé l'analyse des situations et les informations concernant le public pour concevoir une stratégie de création de la demande comprenant plusieurs phases et plusieurs canaux s'articulant autour d'une marque ombrelle très visible, « Get It Together » (Faites le point). Pour plus d'informations sur le développement d'une marque, reportez-vous au guide de création d'une stratégie de marque, How-To Create a Brand Strategy Part 2.

Étape 1 : Segmentation, hiérarchisation et définition du profil du public visé

Lors de l'évaluation de l'état du planning familial, l'initiative NURHI a utilisé des recherches qualitatives et quantitatives, notamment des discussions de groupe, une enquête de référence auprès des ménages, une analyse secondaire de l'enquête démographique et sanitaire au Nigéria de 2008 et un exercice de cartographie sociale visant à en savoir



plus sur les attitudes des membres de la communauté à l'égard des services de

planning familial et à identifier les points d'entrée pour les activités de mobilisation sociale. L'initiative NURHI a fait appel au concept d'idéation pour identifier les croyances, les émotions et les comportements qui contribuaient à l'utilisation individuelle du planning familial et s'est efforcée d'influencer ces facteurs.

En 2010, l'initiative NURHI a organisé un atelier de conception participative afin d'analyser les résultats des recherches et de procéder à l'ébauche de la stratégie de création de la demande.

Étape 2 : Élaboration d'une ébauche de la stratégie de création de la demande

La stratégie de demande est étroitement liée aux activités de prestation de services, de plaidoyer et de partenariat public-privé de l'initiative NURHI. Dans sa campagne dans les médias de marque (voir ci-dessous), l'initiative NURHI a utilisé divers canaux médiatiques, activités communautaires et orientations pour les services de planning familial menés par les agents de mobilisation sociale, ainsi qu'une série dramatique diffusée à la radio « d'éducation par le divertissement » qui mettait en scène des patients satisfaits présentant l'utilisation du planning familial et les services promus.

Étape 3 : Conception et test du matériel et des interventions

Développement de marque : L'initiative NURHI a collaboré avec une agence de publicité pour développer du matériel et une marque de campagne sur la base des informations concernant les publics. Un mémo créatif a guidé l'agence lors du développement de la campagne visant les femmes âgées de 15 à 45 ans et les hommes de 20 à 50 ans qui vivent dans des bidonvilles. Le logo de la marque, finalisé après les tests préalables, incluait une accroche (« Savoir. Parler. Agir. ») qui encourageait le public visé à en savoir plus sur le planning familial, à discuter avec les partenaires du planning familial et à se rendre aux services de planning familial. L'initiative NURHI a également travaillé en collaboration avec l'agence pour produire une série de spots radio et télévisés, ainsi que des documents imprimés. **Mobilisation communautaire :** L'initiative NURHI et le Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) du Nigéria partenaire ont conçu une stratégie de mobilisation sociale qui incite les jeunes (18 à 35 ans) barbiers, couturiers, coiffeurs et livreurs à moto à discuter du planning familial avec des individus et des groupes.

Éducation par le divertissement : L'initiative NURHI et l'African Radio Drama Association partenaire ont produit trois saisons d'un programme radiophonique hebdomadaire dans chaque ville visée. Reportez-vous à la narration pas à pas du processus de conception radio.

L'image ci-dessous montre comment la campagne a déployé les messages au cours des trois phases. La première phase a mis l'accent sur la sensibilisation et introduit le thème du planning familial au sein des communautés visées ; la deuxième phase a présenté les différentes méthodes contraceptives modernes disponibles afin de motiver le choix éclairé ; enfin, la troisième phase a encouragé le changement de comportement au moyen de messages adaptés à des segments spécifiques du public.

Toucher la jeunesse urbaine

Le kit de mise en œuvre de la CCSC pour les adolescents en milieu urbain propose divers éléments et outils essentiels pour faciliter la création ou le renforcement des programmes de CCSC sur la santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents vivant en zone urbaine âgés de 10 à 19 ans. Ce kit de mise en œuvre est conçu pour enseigner ces éléments de CCSC fondamentaux et inclut des fiches de travail illustrant chaque élément et facilitant l'application.

Thèmes transversaux

Communication entre partenaires

Planifiez la famille de votre choix

Promotion du réseau FPPN

Programme « Get It Together »

Phase 1 : Sensibilisation et connaissances élémentaires

- Présenter le programme « Get It Together »
- Représenter le planning familial/l'espacement des naissances
- En parler (taille de la famille, santé, objectifs dans la vie)
- · Faire le point : obtenir des informations, discuter

Phase 2: Image positive des choix

- Il s'agit de vos choix (méthode adaptée à votre vie)
- · Voici où obtenir vos services (Promotion du réseau FPPN)
- Talk about it (family size, family planning)
- · Faire le point : obtenir une méthode

Phase 3 : Messages adaptés en fonction des publics clés

- Modélisation de pairs en fonction de chaque public
- · Suite des thèmes transversaux
- Messages orientés selon le feedback recueilli au cours des deux premières étapes

Étape 4 : Lancement de la campagne

L'initiative NURHI a lancé la campagne Get It Together dans quatre villes en octobre 2011, avec des spots radio et télévisés, ainsi que des affiches dans les zones très fréquentées. Les prestataires de services ont reçu des outils de travail, des documents imprimés et des articles de promotion portant la marque de la campagne. Les agents de mobilisation sociale ont eux aussi reçu du matériel promotionnel et éducatif portant la marque de la campagne. Les agents de mobilisation formés ont organisé des groupes pour écouter la radio et des défilés pour la visibilité, profité d'événements spéciaux importants pour organiser des points de discussion, mené des campagnes de voisinage et orienté les patients vers les services du réseau de prestataires du planning familial (Family Planning Providers Network - FPPN) avec des cartes Go Referral. Six mois après le lancement de la campagne, les programmes radio ont commencé à être diffusés chaque semaine. Chaque programme incluait un épisode d'une série dramatique, des interviews, de la musique et un quiz hebdomadaire, ainsi qu'une séance d'appels en direct en compagnie d'un spécialiste du planning familial. Les auditeurs pouvaient gagner des récompenses en répondant aux questions hebdomadaires par SMS.

Pendant : Difficultés entre les patients et les prestataires

La stratégie de prestation de services développée par l'initiative NURHI a mis l'accent sur les structures sanitaires gérant des volumes élevés – définies comme des structures sanitaires publiques ou privées gérant le plus grand nombre de patients prénataux, d'accouchements, de services de planning familial et de vaccinations. La plupart étaient des hôpitaux tertiaires ou universitaires, des structures sanitaires secondaires ou des hôpitaux polyvalents, des hôpitaux militaires et des hôpitaux fournissant des services de maternité gratuits. Des recherches ayant démontré que les pharmacies et les vendeurs de médicaments brevetés et exclusifs étaient d'autres points d'accès pour les services de planning familial et l'information sur ces derniers, l'initiative NURHI a défini des critères de sélection de pharmacies et de vendeurs de médicaments brevetés et exclusifs, notamment leur volonté de se joindre au réseau FPPN.

L'initiative NURHI a adopté trois approches pour résoudre les difficultés liées à la prestation de services.

- 1. Amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services: L'initiative NURHI a dispensé de solides formations aux prestataires de services en matière de conseil sur le planning familial, de services et de pose de DIU et d'implants. Le projet a également travaillé au niveau des structures sanitaires pour améliorer les systèmes de gestion et de logistique des contraceptifs. Les formations comprenaient des formations cliniques sur site et en personne, des formations sur le terrain pour le conseil, des formations à distance via des plates-formes mobiles et des visites de supervision formative. L'initiative NURHI a eu recours à des équipes mobiles de prestataires de services de l'organisation Marie Stopes International Nigeria pour atteindre des patients supplémentaires. L'initiative NURHI a également contribué à la remise en état des services avec des équipements supplémentaires, en mettant en œuvre une approche de « transformation des cliniques » afin de rendre rapidement chaque site plus attractif et convivial pour les patients.
- 2. Intégration du planning familial aux services existants de santé maternelle, néonatale et infantile et de prise en charge du VIH: L'initiative NURHI a mis au point une stratégie d'intégration, dispensé des formations sur site aux prestataires de services gérant des volumes élevés en matière de conseil sur le planning familial et a fait la promotion active de la pose de DIU après l'accouchement. Dans la mesure où ces services avaient déjà atteint leur capacité maximale, l'initiative NURHI a créé un programme d'orientation active pour diriger les patients vers les services de PF dédiés.
- 3. Renforcement des relations et des orientations entre les prestataires de services de planning familial publics et privés : L'initiative NURHI a amélioré les systèmes d'orientation pour garantir l'accès aux services de planning familial aux patients qui en ont besoin. Les agents de mobilisation sociale ont reçu des cartes Go Referral [insérez l'image] pour diriger les membres de la communauté vers les sites de services gérant des volumes élevés et permettre aux prestataires de services de savoir qui les a dirigés vers eux ; ces cartes permettaient aussi aux agents de mobilisation de suivre les patients et au projet de recueillir des données en vue de leur analyse. L'initiative NURHI a également

utilisé des mécanismes d'orientation existants pour suivre les patients dirigés vers une autre structure sanitaire du réseau. La stratégie d'orientation définissait les rôles et les responsabilités des prestataires de services, des responsables des structures sanitaires, des agents de mobilisation communautaires, des ONG et du personnel de NURHI.

Participation des prestataires privés (http://www.nurhitoolkit.org/program-areas/service-delivery/public-private-partnerships/ffpn/)

L'initiative NURHI a créé le réseau FPPN pour établir une plate-forme dans laquelle les prestataires de services de planning familial pourraient interagir et collaborer afin d'améliorer l'accès, l'orientation et la qualité des services de planning familial. Cette initiative entre les secteurs public et privé soutenait les prestataires de services cliniques et non-cliniques en vue d'améliorer la gestion de la logistique des contraceptifs et la qualité des services de planning familial au moyen de formations, de renforcer les orientations entre les points de prestation de services et d'utiliser l'image de marque et la promotion pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de planning familial. En 2014, le réseau FFPN est devenu le Sustainable Family Planning Providers Association et a développé un plan stratégique, allant jusqu'à 2018, ayant pour objectifs d'augmenter, de généraliser et de prolonger l'utilisation des méthodes de contraception mixtes préconisées par le planning familial, d'améliorer la qualité des services et d'obtenir le soutien des leaders locaux.

Après : Maintenir le comportement

La stratégie de plaidoyer de l'initiative NURHI s'est concentrée aux niveaux étatique et local pour inciter les représentants publics locaux, les leaders communautaires et les médias à soutenir les efforts en matière de planning familial. Des partenaires ayant de l'expérience dans le plaidoyer au niveau local ont aidé le projet à évaluer les besoins et à identifier les parties prenantes devant participer aux efforts de plaidoyer. Les groupes principaux de plaidoyer (Advocacy Core Groups) de l'initiative NURHI ont réuni des leaders de chaque ville pour identifier les questions politiques hautement prioritaires et développer des plans de plaidoyer en vue de les résoudre. L'initiative NURHI a facilité la création de kits de plaidoyer à utiliser au

niveau national ou de sites spécifiques incluant des articles de positionnement, des mémos sur les politiques et des fiches de renseignements en vue d'appuyer les efforts de plaidoyer au niveau local.

Le Futures Institute a créé des outils pour stimuler le dialogue sur l'impact de la population sur l'environnement, les services sociaux et le développement économique. Des agents de promotion ont été formés pour utiliser plusieurs outils de plaidoyer (matériel de formation Spitfire, projections budgétaires et suivi) afin d'inciter les autorités publiques locales à donner la priorité au planning familial dans les budgets et les plans de développement. L'initiative NURHI a également ciblé les médias avec sa stratégie de plaidoyer auprès des médias afin d'améliorer la qualité et l'ampleur de la couverture des problèmes de santé maternelle et infantile dans les médias, avec un intérêt particulier pour le planning familial.

L'initiative NURHI a identifié et engagé des leaders et des groupes communautaires pour renforcer leur soutien et leur participation au planning familial, en leur fournissant des messages et des stratégies répondant aux préoccupations en matière de santé et aux craintes suscitées par les effets secondaires. Le projet a aussi organisé des forums interconfessionnels dans chaque ville afin de réunir les leaders religieux une fois par an en vue d'élaborer ensemble des messages et des stratégies renforçant l'utilisation des services de planning familial au sein de leurs communautés.

La communication sur les services et le maintien des comportements ont également bénéficié de l'accent mis par la campagne Get It Together sur l'élimination des idées reçues et la promotion des discussions ouvertes sur le planning familial au sein des couples et des groupes de pairs, contribuant ainsi à mieux faire accepter le planning familial et à le rendre plus attractif.

Coordination

Un réseau complexe de partenaires a contribué au succès de l'initiative NURHI, en travaillant selon différents modèles de partenariat — partenariats formels, passation de marchés et approvisionnement, création de nouvelles plates-formes et exploitation de structures existantes. Grâce à ces partenariats, l'initiative NURHI a pu étendre la portée et l'échelle de ses activités. En définissant clairement les

rôles et les responsabilités de chacun en matière de planification, d'implémentation et de surveillance et d'évaluation (M&E), on s'est assuré que tous les partenaires comprennent bien les attentes concernant leurs contributions au projet. L'initiative NURHI a aidé des structures publiques nationales, étatiques et locales à définir l'orientation stratégique des activités et à surveiller la réalisation des objectifs. Le réseau FPPN a fourni une plate-forme pour encourager la participation des prestataires de services, en particulier dans le secteur privé.

L'initiative NURHI a fait appel à un agent responsable de la promotion et du changement de comportement pour surveiller et coordonner les activités de mobilisation sociale et les programmes médiatiques diffusés à la radio au moyen de réunions régulières avec les partenaires, la surveillance des programmes radio et le suivi des orientations par les agents de mobilisation sociale vers les services de planning familial.

Résultats

L'initiative NURHI a donné des résultats immédiats et n'a cessé de progresser. L'enquête d'évaluation à moyen terme réalisée un an après l'implémentation a montré que 83 pour cent des hommes et des femmes avaient entendu parler de la campagne « Get it Together » de NURHI. Les résultats de l'enquête à moyen terme de NURHI a révélé une augmentation de

3–15 pour cent du taux de prévalence de l'utilisation de contraceptifs dans les quatre villes initiales en moins de deux ans. L'enquête a également montré que la proportion de femmes ayant l'intention de se rendre au planning familial a augmenté de 7,5–10,2 pour cent.

L'enquête démographique et sanitaire nationale (National Demographic Health Survey) de 2013 a montré une augmentation du taux de prévalence de l'utilisation de contraceptifs auprès du planning familial dans les villes où opérait l'initiative NURHI.

Les résultats finaux ont révélé une amélioration des connaissances relatives au planning familial et une augmentation du taux de prévalence de l'utilisation de contraceptifs dans toutes les villes où intervenait NURHI, avec des hausses significatives de l'utilisation des méthodes modernes. Ces résultats démontrent que

le projet a été capable de communiquer efficacement sur le planning familial et d'inciter les femmes à utiliser les méthodes modernes.

Tableau de synthèse des principaux indicateurs au départ et à la fin

Distribution en pourcentage des femmes relativement aux indicateurs clés sélectionnés, Nigéria 2010/2011, 2014

	Abuja		Benin City		Ibadan		llorin		Kaduna		Zaria	
	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin
Connaissance du PF (spor	tanée)											
Toute méthode	66,9	95,0	83,6	89,3	87,0	95,3	77,1	97,6	63,7	96,5	62,0	95,0
Méthode moderne	65,4	94,5	82,6	88,1	86,4	94,6	76,6	97,3	63,3	96,0	61,6	94,2
Aucune connaissance des méthodes modernes	34,6	5,5	17,4	11,9	13,6	5,4	23,4	2,7	36,7	4,0	38,4	5,8
Nombre	2 126	1 338	2 512	1.321	2 928	1714	2 449	1 702	2 850	1 995	3 279	2 602
CPR parmi toutes les femn	nes de l'u	ınion										
Méthode moderne	32,2	40,4	23,3	32,7	33,5	45,9	27,0	34,5	19,9	30,5	5,9	24,0
Méthode traditionnelle	11,7	11,4	17,4	19,8	13,3	15,5	8,9	19,9	6,6	10,4	2,5	8,2
Aucune utilisation	56,1	48,4	59,3	47,5	53,3	38,6	64,1	45,6	73,5	59,1	91,5	67,8
Nombre	1 347	873	1 293	762	1 979	1 229	1 563	1 217	1 583	1 302	2 284	1 981
Changement de méthode d	ontrace	tive ent	re le déb	ut et la f	in							
	Début→Fin		Début→Fin		Début→Fin		Début→Fin		Début→Fin		Début→Fin	
Méthode moderne adoptée	21,4		19,3		23,4		22,8		19,5		18,0	
Poursuite de la méthode moderne	17,0		10,0		16,1		9,8		9,4		1,9	
Poursuite de la méthode traditionnelle/aucune utilisation	48,5		55,4		47,0		56,1		64,2		77,2	
Abandon de la méthode moderne	13,1		15,3		13,5		11,4		6,9		2,9	

Parmi les autres résultats, on peut notamment citer la mise en place du réseau FPPN sous le nom de Sustainable Family Planning Provider Association et la plus grande part du budget consacrée au planning familial par les autorités publiques étatiques et locales. Les médias sont désormais plus favorables au planning familial et les leaders nationaux défendent aussi plus ouvertement le planning familial. L'analyse des réseaux de l'initiative NURHI a déterminé que la radio et les activités de mobilisation communautaire étaient les meilleurs investissements, en termes de rentabilité.

Étapes suivantes

La phase II du projet NURHI a commencé en octobre 2015. Cette phase, qui durera cinq ans, est implémentée au niveau étatique à Lagos, Kaduna et Oyo. L'initiative NURHI II s'appuie sur le même principe que l'initiative NURHI II : à savoir que le planning familial est impératif pour étendre l'usage des contraceptifs et il conduira à une augmentation de l'offre de contraceptifs et des services disponibles.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Site Web du projet NURHI: www.nurhitoolkit.org

Measurement, Learning & Evaluation Project, Urban Reproductive Health Initiative

: https://www.urbanreproductivehealth.org/projects/nigeria

ANNEXE N: RESSOURCES

Aborder les prestataires comme un public du changement de comportement

- Community Health Worker Provider Behavior Change I-Kit (http://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/courses/for-community-health-workers/)
- Facility-Based Provider Behavior Change I-Kit (http://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/courses/for-facility-based-providers/)
- Provider Behavior Change Communication Approach (http://www.respond-project.org/pages/files/4_result_areas/Result_1_Global_Learning/LA_PM_CoP/Provider-Motivation-Mary-Warsh.pdf)
- Strategies for Changing Private Provider Behavior
 (http://www.shopsproject.org/resource-center/strategies-for-changing-the-behavior-of-private-providers)

Outils de Travail et Instruments

- REDI Framework (https://www.engenderhealth.org/files/pubs/acquire-digitalarchive/10.0_training_curricula_and_materials/10.2_resources/fp_curric_ph_ main_text.pdf)
- The Balanced Counseling Strategy Plus (http://www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service)
- Mobile FP Job Aid (http://www.ghspjournal.org/content/4/2/300.full.pdf+html)
- Maternal and Newborn Quality of Care Framework
 (http://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/06/Maternal-and-Newborn-QoC-Framework-.pdf)
- NURHI Counseling videos: unsupportive
 (https://www.youtube.com/watch?v=5LwQHkBJlwQ), supportive
 (https://www.youtube.com/watch?v=gS3EKZZcijs)

Alignement des canaux de communication et des messages

 How To Guide - Developing A Channel Mix Plan (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-develop-channel-mix-plan)

Identification des segments du public

- How To Do An Audience Analysis (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-do-audience-analysis)
- How To Do Audience Segmentation (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-do-audience-segmentation)
- The DELTA Companion (http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/delta-companion-marketing-made-easy)
- MSI's Marketing Tool (http://sbccimplementationkits.org/servicecommunication/wpcontent/uploads/sites/13/2016/09/MSI_Toolkit_Full_PageNumbers2.pdf)

Hiérarchisation des segments du public

- Developing an Audience Profile (http://sbccimplementationkits.org/fbo-breastfeeding/lessons/step-3-choose-intended-audiences-2/)
- How to Do an Audience Analysis (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-do-audience-analysis)

Qu'est-ce que la communication sur les services?

- VIDEO: What is SBCC? (https://www.youtube.com/watch?v=RN0F7jAFkgw)
- Designing An SBCC Strategy I-Kit
 (http://sbccimplementationkits.org/courses/designing-a-social-and-behavior-change-communication-strategy/)
- C-Modules (https://www.c-changeprogram.org/focus-areas/capacitystrengthening/sbcc-modules)
- SEED Programming Model Brief (https://www.engenderhealth.org/files/pubs/family-planning/seed-model/SEED-8pg-English.pdf)

• HIP Briefs (https://www.fphighimpactpractices.org/resources)

Principes clés de la conception de la CCSC pour les services de santé

- P Process (http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/p-process)
- C-Planning Model (https://www.c-changeprogram.org/focus-areas/capacitystrengthening/sbcc-modules)
- UNICEF's Strategic Communication Model (http://www.unicef.org/cbsc/files/Strategic_Communication_for_Behaviour_a nd_Social_Change.pdf)
- DELTA Companion
 (http://www.thehealthcompass.org/sites/default/files/strengthening_tools/DE LTA-Companion-Social-Marketing.pdf)

Considérations opérationnelles relatives à la coordination de la CCSC et des programmes de prestation de services

- C-Change C-Module 4 Implementation and Monitoring (https://www.c-changeprogram.org/sites/default/files/sbcc_module4.pdf)
- NURHI Referral Guidelines
 (http://www.nurhitoolkit.org/sites/default/files/tracked_files/NURHI Referral Manual.pdf)
- Guatemala Message Consistency Analysis
 (http://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2016/02/WHIP-SBCC-Materials-Consistency-FINAL-10-1-15.pdf)
- Pandemic Influenza Message Guide
 (http://avianflu.fhi360.org/docs/Ethiopian_Message_Guide_June09.pdf)
- Essential Nutrition Actions Guide
 (http://www.coregroup.org/storage/Nutrition/ENA/Booklet_of_Key_ENA_Mess ages_complete_for_web.pdf)
- Family Planning Message Guide (http://www.thehealthcompass.org/sites/default/files/project_examples/Pam phlet_%5BEnglish_Language%5D_1.pdf)

Importance de renforcer la valeur

- Key Promise section of the PBC I-Kit
 (http://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/lessons/step-5-determine-the-key-promise-and-support-points-2/)
- Community Health Worker Behavior Change I-Kit
 (http://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/courses/for-community-health-workers/)

Qualités des messages relatifs aux services efficaces

- Communication for Better Health: Population Report (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadl383.pdf)
- Making Health Communication Programs Work (http://www.cancer.gov/publications/health-communication/pink-book.pdf)
- Plain Language Guidance (https://www.nih.gov/institutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison/clear-communication/plain-language/plain-language-getting-started-or-brushing)
- How to Conduct Effective Pretests
 (https://www.k4health.org/sites/default/files/AIDSCAP Conducting Effective Pretest_0.pdf)
- How to Create Good SBCC Messages: C-Module (https://www.cchangeprogram.org/sites/default/files/sbcc_module3.pdf)
- Why Bad Ads Happen To Good Causes
 (http://www.rwjf.org/content/dam/files/rwjf-web-files/GranteeResources/BadAds.pdf)
- How to Design SBCC Messages (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-design-sbcc-messages)
- How to Conduct a Pretest (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-conduct-pretest)

Encadrement coopératif visant à gérer le changement de comportement des prestataires

- Stages of Change (Transtheoretical Model)
 (http://www.orau.gov/hsc/theorypicker/ttm.html)
- Supervision and Feedback chapter of the IPC Toolkit (http://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/wp-content/uploads/sites/10/2015/11/IPC-toolkit-English.pdf)

Personnalisation des messages et alignement sur les canaux de communication

• How to Design SBCC Messages (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-design-sbcc-messages)

Comprendre les besoins des prestataires

How To Conduct An Audience Analysis
 (http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-do-audience-analysis)

Quelles sont les normes sociales et de genre pertinentes ?

 Integrating Gender into Social and Behavior Change Communication I-Kit (http://sbccimplementationkits.org/gender/courses/gender-and-social-and-behavior-change-communication/)

ANNEXE O: RECHERCHE

- Impact of Health Communication on the HIV Continuum of Care (http://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/04/SBCC-HIV-Evidence-Continuum-of-Care-Feb20151.pdf)
- Making the Case for SBCC for Reproductive Health Among Youth (http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/02/BCC-Infographic-mb.pdf)
- HC3 HIV Evidence Database (http://healthcommcapacity.org/hiv-evidencedatabase/)
- Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV
 Prevention
 (http://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/index.html)
- Health Communication: Enabling Voluntary and Informed Decision-Making (https://www.fphighimpactpractices.org/resources/health-communication-enabling-voluntary-and-informed-decision-making)
- Interventions Delivered by Mobile Phone to Support Client Use of Family Planning/Contraception (http://www.cochrane.org/CD011159/FERTILREG_interventions-delivered-by-mobile-phone-to-support-client-use-of-family-planningcontraception)
- Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010243.pub3/full)
- Cluster Randomized Controlled Trial Evaluation of a Gender Equity and Family Planning Intervention for Married Men and Couples in Rural India (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27167981)
- The Impact of BCC on the Use of Insecticide Treated Nets: A Secondary Analysis of Ten Post-Campaign Surveys from Nigeria (http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-016-1463-7)
- Role of Social Support in Improving Infant Feeding Practices in Western Kenya: A Quasi-Experimental Study (http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00197)

- Behavior Change Interventions and Child Nutritional Status
 (http://www.iycn.org/files/IYCN_comp_feeding_lit_review_062711.pdf)
- SBCC Evidence in Child Survival Programs Journal of Health Communication (http://www.tandfonline.com/toc/uhcm20/19/sup1)
- Demand Generation for 13 Life Saving Commodities A synthesis of the evidence (http://healthcommcapacity.org/wpcontent/uploads/2015/04/Demand-Generation-A-Synthesis-of-the-Evidence-FINAL.pdf)
- Engaging Communities With a Simple Tool to Help Increase Immunization Coverage (http://www.ghspjournal.org/content/3/1/117.full.pdf+html)
- Evidence of Effective Approaches to Social and Behavior Change
 Communication for Preventing and Reducing Stunting and Anemia
 (https://www.spring nutrition.org/sites/default/files/publications/series/spring_sbcc_lit_review.pdf
)
- Lactation counseling increases exclusive breast-feeding rates in Ghana (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15987851)
- Effect of counseling on nutritional status during pregnancy (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16936363)
- Behavior Change After 20 Months of a Radio Campaign Addressing Key
 Lifesaving Family Behaviors for Child Survival: Midline Results From a Cluster
 Randomized Trial in Rural Burkina Faso
 (http://www.ghspjournal.org/content/3/4/557.full.pdf+html)
- Matching Supply with Demand: Scaling Up Voluntary Medical Male
 Circumcision in Tanzania and Zimbabwe
 (http://www.mchip.net/sites/default/files/AIDSTAR case study on VMMC.pdf)
- Impact of a behaviour change communication programme on net durability in eastern Uganda (http://www.malariajournal.com/content/14/1/366/abstract)