

ÉTUDES DE CAS

Annexe I	Zimbabwe : Difficultés à faire accéder les patients aux services	
Annexe J	Kenya : Difficultés entre les patients et les prestataires	
Annexe K	Bangladesh : Suivi du maintien du comportement	
Annexe L	Ouganda : Difficultés en matière de coordination	
Annexe M	Nigéria : Stratégie de communication sur les services en action	

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

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.

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

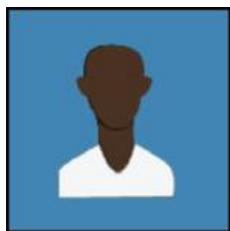
En 2015, PSI a organisé un atelier pour passer en revue l'étude et définir comment l'exploiter au mieux. Sur la base des opportunités potentielles présentées par chaque segment, les autorités publiques du Zimbabwe ont décidé de donner la priorité aux adeptes de la CMMV, au néophyte en matière de CMMV 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 avoir 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, associée 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 ci-dessus 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 préféreraient 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. Le processus de prototypage permet également de soumettre les messages une adaptation constante, au fur et à

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 créez des prototypes pour les solutions possibles. Enfin, pendant la phase de mise en œuvre, vous créez votre solution et la commercialiserez. Tout au long de ces phases, vous avez maintenu votre public cible au cœur du processus. **En savoir plus**

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

-  **Adeptes de la 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 sud-africaine 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 indiscrettes 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

Course outline of training offered by Health4Men

SECTIONS	MODULES	ELEMENTS
 MSM sensitisation	Opening and Key Populations	<ul style="list-style-type: none"> • Definition of terms • Key populations and 'at risk' populations globally and in East Africa • Differential risk • MSM and the general population
 MSM medical management	Sex, sexuality and sexual identity	<ul style="list-style-type: none"> • Relationship between sex, sexuality and sexual identity • Sexuality and sexual identity • Links and discontinuities between sexual identity and sexual behaviour • MSM sexual identities and sexual behaviours
 MSM community outreach and NGO/CBO development	Healthcare provider and MSM	<ul style="list-style-type: none"> • MSM right to healthcare • Impacts of stereotypes and prejudice • Necessity for MSM to be able to access healthcare
	A sex positive approach	<ul style="list-style-type: none"> • Health4Men's non-judgemental approach to MSM healthcare • Terminology • Recommended actions when engaging MSM in healthcare setting

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 exigent 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 surchargés. 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 quotidiens, 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 infirmières(iers) pour 10 000 Bangladais.



Réponse

Tandis que 55 personnes sur 100 ont accès aux services de santé au 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 contiennent 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, « Doktor 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/mhealth-basics-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

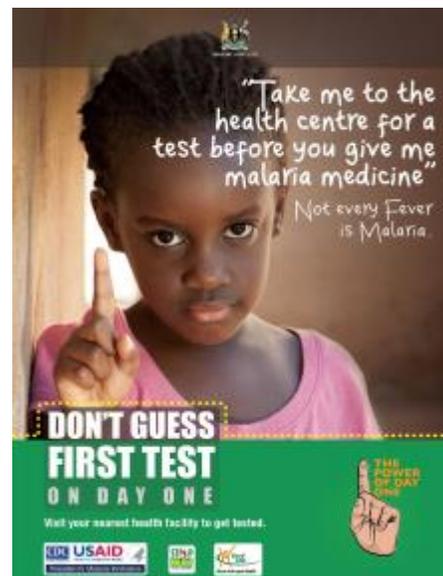
Avec les partenariats les plus productifs, la coordination entre les acteurs de la communication sur les services devrait exploiter les avantages comparatifs de chaque partenaire, étendant ainsi leur portée. Les arrangements formels, tels que les protocoles d'entente, et les mécanismes de coordination, 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). Quarante-huit 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 plaider 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 :

1. 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
4. 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 12^{ème} 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 Nigériens (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 Ilorin 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 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

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>.

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 Nigériens 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.

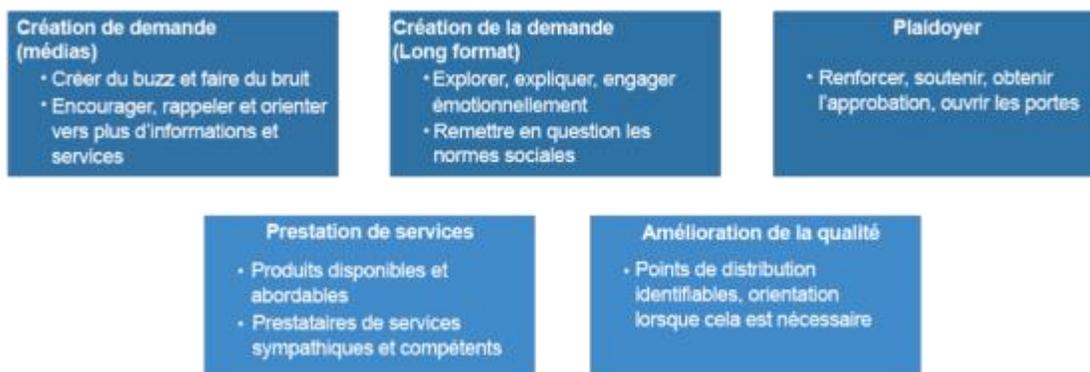
En dépit de la mise en place d'un programme de planning familial vigoureux dans les années 1980 et au début des années 1990, le Nigéria a souffert des changements qui ont affecté les financements et les priorités des donateurs. Cela a entraîné une stagnation de la fécondité, de l'usage des contraceptifs 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 peu 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.



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.

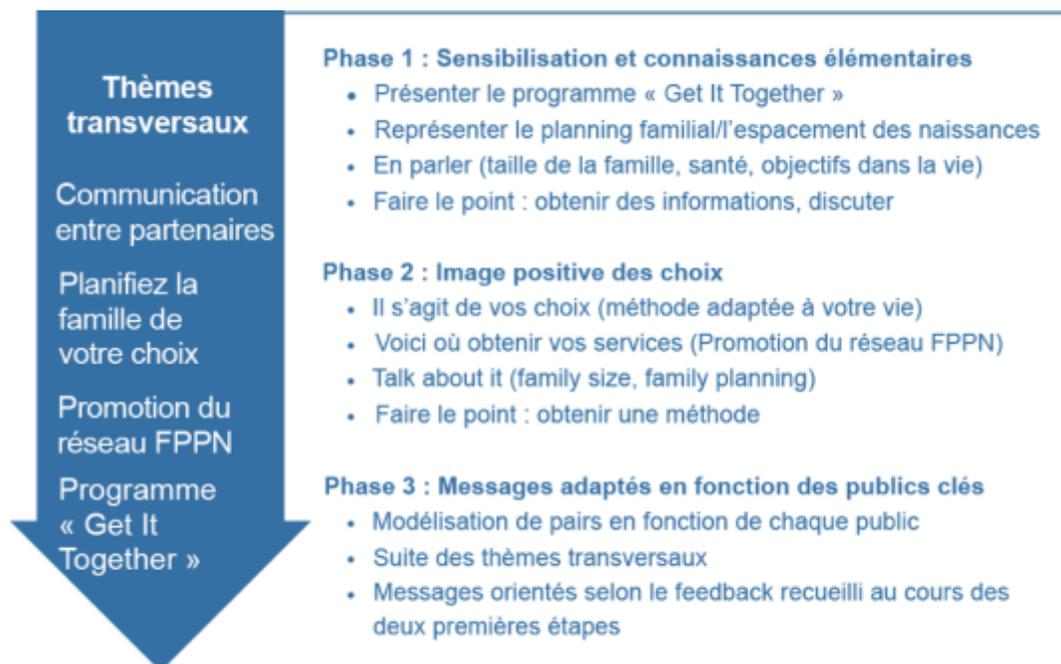
Mobilisation communautaire : L'initiative NURHI et le Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) du Nigéria partenaire ont conçu une [stratégie de mobilisation sociale](#) qui incite les jeunes (18 à 35 ans) barbiers, couturiers, coiffeurs et livreurs à moto à discuter 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.



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 FPPN 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		Ilorin		Kaduna		Zaria	
	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin
Connaissance du PF (spontanée)												
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	1 714	2 449	1 702	2 850	1 995	3 279	2 602
CPR parmi toutes les femmes de l'union												
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 contraceptive entre le début et la fin												
	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 I : 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>