

Cadre de communication sur le VIH/SIDA

NOUVELLE ORIENTATION

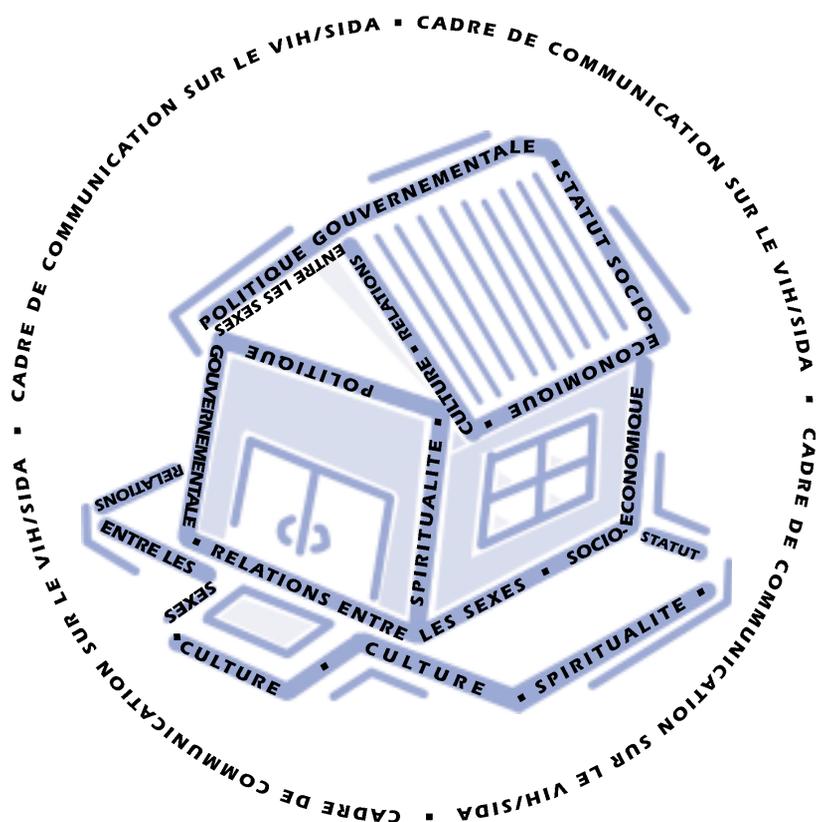


Un projet
ONUSIDA/
PENNSTATE



Cadre de communication sur le VIH/SIDA

NOUVELLE ORIENTATION



Un projet
ONUSIDA/PENNSTATE

ONUSIDA (version française, juin 2000)

Version originale anglaise, 1999

Communications Framework for HIV/AIDS : A New Direction

Traduction—ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Pennsylvania State University (PennState) 2000. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Elle ne saurait cependant être vendue ni utilisée à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par des auteurs cités dans les documents n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
tél.: (+41 22) 791 46 51; fax: (+41 22) 791 41 87

Courrier électronique : unaids@unaids.org

Internet : <http://www.unaids.org>

Table des matières

Préface

Ceux qui ont fait ce livre

Introduction 9

Résumé de synthèse 9

Les ateliers consultatifs de l'ONUSIDA 13

Méthodologie—Processus 13

Buts 16

Objectifs 17

Théories et modèles utilisés pour la prévention du VIH/SIDA 19

Théories et modèles existant dans le contexte
de la communication sur le VIH/SIDA 23

Les cadres programmatiques examinés 28

Les domaines contextuels : nouvelle orientation 31

Politique gouvernementale 33

Statut socio-économique 37

Culture 40

Relations entre les sexes 44

Spiritualité 50

Cadres régionaux	53
Vers un cadre africain	54
Vers un cadre asiatique	61
Vers un cadre pour l'Amérique latine et les Caraïbes	65
L'avenir : traduire le cadre en stratégies de communication nationales	73
La communication évolue vers des médias participatifs	73
Pratique de la communication et prévention du VIH/SIDA	76
Modèle de cadre de communication	86
Le cadre : du local au mondial	89
Lorsque la maison devient un foyer	94
Appendices	99
Glossaire	99
Références	101
Participants aux ateliers	107
Genève, Suisse	107
Abidjan, Côte d'Ivoire	108
Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique	109
Bangkok, Thaïlande	110
Saint-Domingue, République dominicaine	111

Ce document contient les résultats et les recommandations émanant de consultations sur les moyens d'améliorer sensiblement la communication en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Le SIDA touche tous les pays, mais c'est le tiers monde qui paie le plus lourd tribut à l'épidémie en termes de mortalité et de ralentissement du développement. En Afrique subsaharienne, une estimation prudente montre que 150 millions de personnes — un quart de la population — ont été touchées. Plus de 22 millions d'Africains vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA, et au moins 9 millions d'Africains sont déjà morts du SIDA. Plus de 6,7 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA en Asie du Sud et du Sud-Est, et 1,4 million de personnes en Amérique latine. Ces chiffres continuent à s'élever, avec 16 000 nouvelles infections par jour.

La collaboration qui a permis de produire ce document—principalement entre le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et The Pennsylvania State University aux Etats-Unis d'Amérique et plusieurs organismes coparrainants de l'ONUSIDA — mérite d'être soulignée. Le présent document a été élaboré par des praticiens et des chercheurs, dont 80% viennent de pays en développement et travaillent dans les principaux organismes des Nations Unies et organisations non gouvernementales qui s'occupent de communication et du VIH/SIDA.

Les consultations conjointes ont montré qu'une nouvelle orientation s'imposait pour la conception et la mise en œuvre des programmes de communication sur le VIH/SIDA. La nouvelle approche présentée dans ce document montre qu'il est possible d'associer la communication interpersonnelle et les médias de masse dans des domaines clés de la prévention et des soins afin de réduire l'impact de la pandémie de VIH/SIDA.

Nous espérons que les partenaires nationaux adapteront le Cadre de communication sur le VIH/SIDA et le considéreront comme une partie intégrante de leurs stratégies de prévention, de soins et de soutien relatives au VIH/SIDA.



Graham Spanier, PhD

Président, The Pennsylvania State University



Dr Peter Piot

Directeur exécutif, ONUSIDA

Août 1999

Ceux qui ont fait ce livre

Les PRINCIPAUX AUTEURS DE CE RAPPORT DE RECHERCHE sont : Collins O. Airhihenbuwa, Bunmi Makinwa, Michael Frith et Rafael Obregon.

De nombreuses personnes et organisations ont collaboré à ce rapport (voir la liste complète en page 107). Leurs conseils inestimables ont façonné le document final, qui sera encore adapté par les pays et les utilisateurs. Nous remercions tout particulièrement les personnes suivantes de leur collaboration : David Fitzsimons, Berl Francis, Sylvia Luciani, Erma Manoncourt, Elaine Murphy, Charles Okigbo, Sirichai Sirikaya, Andrea Verwohlt.

Le projet de rapport a été présenté devant différents forums internationaux sur la santé et la communication, et les discussions et contributions à l'occasion de ces forums ont aussi permis de mettre en forme le cadre final.

Enfin, nous exprimons notre profonde gratitude à Kathleen Middleton et Iris Dorfman, ainsi qu'aux rédacteurs et aux graphistes de la maison d'édition ToucanEd, pour la rigueur de leur travail, leur courtoisie de tous les instants, et leur sens du travail en équipe tout au long du processus de publication. L'excellent concept graphique, dont découle une parfaite représentation des éléments clés du document, sont le fruit de leur créativité et de leur professionnalisme.

Introduction

Un nouveau cadre de communication sur le VIH/SIDA plus adaptable a été élaboré sous la direction du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Contrairement à d'autres approches antérieures, ce cadre se fonde davantage sur un contexte social et environnemental que sur le comportement individuel. Il a été conçu grâce à un processus de participation dirigé à la fois par des chercheurs et par des praticiens. La formulation de ce cadre adaptable a requis la synthèse d'expériences provenant des régions de l'Afrique, de l'Asie, et de l'Amérique latine et des Caraïbes et l'identification et la prise en compte des nombreux aspects de la prévention, des soins et du soutien relatifs au VIH/SIDA qui exigent des approches diverses. Des expériences recueillies aux Etats-Unis et en Europe ont également été incluses. L'hypothèse de base de l'ONUSIDA est que la logique et la théorie des stratégies sur le VIH/SIDA doivent évoluer à partir des convictions et des valeurs de la population affectée.

Pour permettre la synthèse du nouveau cadre de communication, l'ONUSIDA a parrainé cinq ateliers consultatifs en collaboration avec The Pennsylvania State University. Ces derniers se sont tenus à Genève (Suisse) en novembre 1997 ; à Abidjan (Côte d'Ivoire) en décembre 1997 ; à Washington, DC, en février 1998 ; à Bangkok (Thaïlande) en juillet 1998 ; et à Saint-Domingue (République dominicaine) en janvier 1999. De nombreux autres spécialistes et pairs ont examiné les rapports, les consensus et les recommandations issus des ateliers.

Résumé de synthèse

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a riposté à l'épidémie grandissante de VIH/SIDA par le lancement d'un processus participatif de recherche mené par le biais de cinq ateliers consultatifs afin d'examiner

l'utilisation mondiale de la communication pour la prévention, les soins et le soutien relatifs au VIH/SIDA. L'objectif premier était d'examiner l'adéquation des théories et modèles de communication sur le VIH/SIDA utilisées en Afrique, en Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes en se référant aux techniques actuelles de communication mises en oeuvre dans les sociétés occidentales. Au cours de ces ateliers de consultation (deux mondiaux et trois régionaux), 103 chercheurs et praticiens de premier plan venant de différentes régions du monde avaient été invités ou ont été consultés par l'ONUSIDA en collaboration avec The Pennsylvania State University (PennState).

La conclusion principale a été que cinq domaines contextuels influencent de manière quasi universelle les efforts de communication visant à promouvoir des comportements favorables à la prévention du VIH/SIDA — **la politique gouvernementale, le statut socio-économique, la culture, les relations entre les sexes, et la spiritualité**. Ces domaines étroitement liés forment la base d'un nouveau cadre qui peut être utilisé comme un guide souple pour la mise au point des interventions de communication. Le comportement individuel est considéré comme un élément de cet ensemble de domaines, plutôt que comme le déterminant le plus important du changement de comportement en matière de santé.

La plupart des programmes de communication sur le VIH/SIDA ont pour but d'effectuer des changements basés sur le comportement sexuel et social de l'individu. Certains aspects de cette approche sont certes souhaitables et devraient être maintenus, mais, dans de nombreux pays, la recherche et la pratique indiquent que les approches existantes sont souvent limitées dans leurs effets et qu'il est nécessaire d'élargir leur champ d'action. En outre, dans le contexte du VIH/SIDA, on observe une variation considérable entre les différentes régions. De nombreuses théories, de nombreux modèles et cadres utilisés actuellement dans les régions ne répondent pas de manière satisfaisante aux besoins particuliers de la communication sur le VIH/SIDA. Par exemple, on a sous-estimé le rapport coût/efficacité de la communication interpersonnelle dans les

interventions régionales portant sur les comportements vis-à-vis du VIH/SIDA.

La tâche du nouveau cadre de communication sera d'assurer une réorientation des programmes d'intervention, afin de tenir compte du fait que les comportements individuels sont modelés et influencés par des facteurs et des domaines qui appartiennent à un contexte plus large.

1

Les ateliers consultatifs de l'ONUSIDA

Méthodologie—Processus

La recherche participative a été utilisée pour la planification et l'élaboration du nouveau cadre. Un des avantages majeurs qu'offre la recherche participative sur les méthodes de recherche traditionnelles est qu'elle permet la participation active des bénéficiaires des retombées de ces recherches. Ainsi, les participants-bénéficiaires sont-ils impliqués dans la définition des enjeux, l'établissement des paramètres du processus, l'interprétation du résultat, et la direction du processus de dissémination. Conformément aux valeurs de la recherche participative, l'ONUSIDA a lancé le processus en invitant de nombreux chercheurs et praticiens de premier plan venus du monde entier à fournir leurs commentaires et suggestions. Plus de 80% des collaborateurs et participants venaient d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes. Une consultation aussi large permet une certaine souplesse lors de l'adaptation régionale du cadre. A son tour, la souplesse encourage l'appartenance locale du processus de mise

en œuvre, cette dernière étape, la plus importante, étant réalisée à l'échelon local — dans les pays et les communautés.

Au total, cinq ateliers consultatifs ont été organisés. Deux d'entre eux étaient mondiaux, et trois régionaux : un en Afrique, un en Asie, et un en Amérique latine et dans les Caraïbes. En novembre 1997, 15 chercheurs et praticiens de premier plan œuvrant dans le domaine de la communication sur le VIH/SIDA ont été invités à participer à un atelier consultatif inaugural au Siège de l'ONUSIDA à Genève (Suisse), afin d'entreprendre l'examen des théories et modèles existants utilisés comme guides pour les interventions de communication sur le VIH/SIDA. Leur adéquation a fait l'objet d'un examen minutieux, tant sur le plan d'une application mondiale que d'une application régionale — en particulier en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les participants choisis (voir page 107) ont été invités à fournir des textes sur des sujets pertinents. ***La première réunion a conclu à l'unanimité que — selon un examen de la littérature et des expériences sur le terrain — la plupart des théories et modèles actuels ne fournissaient pas une base adéquate permettant la mise au point d'interventions de communication sur le VIH/SIDA dans les régions.*** Il a été convenu que d'autres ateliers devraient être organisés en vue d'obtenir des contributions de la part de chercheurs et de praticiens en Afrique, en Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes, avec comme objectif ultime la mise au point d'un cadre adaptable.

En décembre 1997, le premier atelier régional s'est tenu à Abidjan (Côte d'Ivoire). Cet atelier a profité de la vaste expérience des participants à la Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, qui avait lieu au même moment. Deux groupes de discussion au sujet de la communication sur le VIH/SIDA en Afrique ont été organisés, l'un en anglais (19 participants) et l'autre en français (18 participants). Les participants étaient des praticiens et des chercheurs œuvrant dans le domaine de la communication sur le VIH/SIDA en Afrique. Plusieurs participants étaient des professionnels des interventions dans le domaine de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) sur la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA et de la communication pour le changement de comportement (CCC) dans diverses organisations et différents pays d'Afrique. La conclusion de cet atelier a été analogue à celle de l'atelier consultatif de Genève : ***les théories et modèles existants ne tiennent pas suffisamment compte des différentes situations parmi les pays et les régions d'Afrique.*** Il a été convenu à l'unanimité qu'il est absolument nécessaire d'élaborer un nouveau cadre comprenant un certain nombre de questions et situations qui ont été identifiées.

En février 1998, un troisième atelier consultatif (et second atelier mondial) s'est tenu à Washington, DC, afin d'examiner les données accumulées lors des réunions précédentes. Comme les conclusions de ces réunions étaient similaires, l'ONUSIDA a décidé d'accélérer la mise au point d'une nouvelle stratégie. Afin d'identifier les besoins en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes, des atelier consultatifs régionaux

ont été organisés à Bangkok (Thaïlande), du 6 au 8 juillet 1998, et à Saint-Domingue (République dominicaine), du 20 au 22 janvier 1999.

Les participants à ces ateliers consultatifs ont été choisis sur la base de leurs compétences dans le domaine de la communication ainsi que de la recherche et de la pratique en matière de VIH/SIDA. L'ONUSIDA s'est particulièrement attachée à inclure les personnes qui avaient participé à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies de communication sur le VIH/SIDA en Afrique, en Asie, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Les participants ont discuté des approches qu'ils avaient adoptées dans leur pays et leur région, examiné les rapports des précédentes réunions, et recommandé des mesures pour mettre au point une nouvelle approche ou un nouveau cadre plus appropriés à leur région. De nombreux participants ont fourni des exemples de programmes de communication sur le VIH/SIDA couronnés de succès dans leur pays ou leur région. Ces exemples ont confirmé qu'à l'avenir la communication sur la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA devrait faire en sorte que les objectifs et les résultats quantifiables soient basés sur l'expérience tirée de programmes exemplaires dans chaque région et dans chaque localité.

Buts

Le but global des ateliers de recherche participative était d'établir un cadre et une stratégie améliorés pour la communication sur le VIH/SIDA dans les régions de

l'Afrique, de l'Asie, ainsi que de l'Amérique latine et des Caraïbes. Au début, toutefois, le but était de provoquer un débat sur la manière d'établir ce nouveau cadre et de rassembler des idées sur son futur contenu.

Les organismes parrainants et les organisateurs ont jugé qu'il était important que les collaborateurs (et les utilisateurs potentiels) ne créent pas simplement un nouveau cadre, mais qu'ils « se l'approprient » et s'engagent à l'utiliser. En conséquence, l'un des buts primordiaux du processus était d'atteindre un niveau élevé de participation des organisations clés.

Objectifs

Ces ateliers consultatifs avaient trois objectifs :

- 1.** Examiner les théories, modèles, cadres, et stratégies existants en fonction de leur efficacité potentielle dans les programmes de communication sur la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA en Afrique, en Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes.
- 2.** Proposer des lignes directrices pour la mise au point de stratégies de communication nationales et régionales sur le VIH/SIDA.
- 3.** Donner leur avis sur les plans de dissémination et de mise en œuvre pour lancer des stratégies de communication plus efficaces aux niveaux régional et national.

Les chercheurs et les praticiens ont examiné les théories et modèles de communication fréquemment utilisés et



ont constaté les limites de leur applicabilité à la prévention, aux soins et au soutien relatifs au VIH/SIDA. Nombre de ces théories et modèles s'orientent avant tout vers le comportement individuel et tiennent peu compte (ou ne tiennent pas compte du tout) du rôle du contexte social et environnemental des interventions de prévention de la maladie. Cela est devenu de plus en plus évident lorsque, durant les premières discussions, était abordée l'influence des facteurs sociaux et environnementaux sur l'efficacité des interventions sur le VIH/SIDA en Afrique, en Asie, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes.

2

Théories et modèles utilisés pour la prévention du VIH/SIDA

La communication est au centre des stratégies de prévention destinées à influencer le comportement individuel et social. Les contextes qui déterminent le comportement étant aussi divers, il est évident qu'il faut réévaluer les approches en matière de communication sur la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA. Cela est d'autant plus important lorsque les modèles de comportement sont importés ou adaptés aux régions du monde qui paient le plus lourd tribut à la pandémie : l'Asie, l'Afrique, l'Amérique latine et les Caraïbes.

La plupart des théories qui servent de base aux modèles et aux cadres utilisés pour la prévention du VIH/SIDA découlent de la psychologie sociale et de la communication. En outre, nombre d'entre elles ont été empruntées aux programmes traitant de planification familiale et de population, qui ont permis de faire avancer la compréhension et l'utilisation de l'information, éducation et communication (IEC). Toutefois, on ne procède que rarement (ou pas du tout) à des évaluations

en profondeur de l'applicabilité des théories, modèles et cadres empruntés aux circonstances particulières de la prévention et des soins relatifs au VIH/SIDA. Par exemple, l'un des principaux doutes formulés a été de savoir si la communication pouvait être considérée comme un facteur déterminant dans les changements de comportement observés. Et cela est d'autant plus vrai lorsque interviennent les médias. On ignore également dans quelle mesure les différences entre les contextes sociaux à l'origine des modèles de comportement et les contextes où les modèles transplantés sont appelés à donner des résultats positifs influencent les résultats.

De nombreux modèles et théories de changement de comportement en matière de santé, notamment l'action raisonnée, l'apprentissage social, la théorie cognitive, et la hiérarchie des effets, se fondent sur la psychologie individuelle. En fait, les hypothèses (telles que l'individualisme par opposition au collectivisme) sur lesquelles ces théories et modèles se basent, sont étrangères à de nombreuses cultures non occidentales. Dans la majorité des contextes non occidentaux, la famille, le groupe et la communauté jouent un plus grand rôle dans la prise de décisions. Et pourtant, les théories et les modèles fondés sur l'individualisme continuent à dominer dans les stratégies de communication sur la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA.

Les modèles de changement de comportement utilisés le plus fréquemment pour guider les programmes de communication en matière de santé sont les mêmes que ceux que l'on utilise dans les programmes de promotion de la santé. Ces théories et modèles sont notamment le Modèle de croyance à la santé, la Théorie de l'action

raisonnée, l'Apprentissage social et les théories cognitives, le Modèle de réduction des risques de SIDA, les Etapes du changement, la Hiérarchie des effets, la Diffusion de l'innovation, et le Marketing social.

1. Le **Modèle de croyance à la santé** a été mis au point dans les années 1950 afin de prédire la manière dont les individus réagiront face au dépistage ainsi qu'à d'autres services de prévention en matière de santé et dans quelle mesure ils feront appel à ces services.
2. La **Théorie de l'action raisonnée** tente d'expliquer le comportement individuel en examinant les attitudes, les croyances, les intentions en matière de comportement et les actes observés et exprimés.
3. L'**Apprentissage social et les théories cognitives** sont fondés sur l'hypothèse que le comportement individuel est le résultat de l'interaction de la faculté de connaître, du comportement, du milieu et de la physiologie.
4. Le **Modèle de réduction des risques de SIDA** se fonde sur l'idée qu'il faut qualifier un comportement de risqué avant qu'un changement ne puisse se produire. Une fois que le risque inhérent à tel comportement est perçu, l'engagement est pris d'y mettre un frein avant que l'occasion de l'adopter ne se présente à nouveau. La crainte ou l'anxiété sont considérées comme des facteurs influençant le passage d'une étape à la suivante.

5. Les **Etapes du changement** se fondent sur l'idée que le comportement individuel se fait par un processus impliquant une série de cinq étapes étroitement liées.
6. Les modèles de **Hierarchie des effets** s'orientent vers le changement de comportement individuel de manière linéaire, qui débute avec l'exposition à l'information, et suppose que la connaissance, les attitudes, l'expérimentation et l'adoption du comportement désiré suivront nécessairement.
7. La **Diffusion de l'innovation** s'oriente vers un processus de communication par lequel les idées nouvelles et les nouveaux produits se font connaître puis sont utilisés dans une population cible.
8. Le **Marketing social** est une approche utilisée pour promouvoir des idées sociales par le biais des médias de masse. Les fameux « quatre P » du marketing social (produit, prix, place, et promotion) ont été appliqués à la promotion des préservatifs dans la prévention du VIH/SIDA.

Si l'efficacité de ces théories et modèles est remise en question à la lumière de la croissance de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique, en Asie et en Amérique latine, leur valeur en tant que théories et modèles d'importance reste inchangée. Par exemple, la Diffusion de l'innovation continue à être une théorie de premier plan et largement utilisée dans les programmes visant à un changement social. Son utilisation des leaders

d'opinion pour disséminer l'information et modifier les comportements est d'une importance capitale dans la plupart des programmes de communication pour le développement. Dans la Théorie sociale cognitive, l'interaction entre l'individu et son environnement est décisive, même si la création de modèles de comportement et l'efficacité individuelle semblent être au centre de cette théorie. En fait, Bandura parle désormais d' « efficacité collective ». Ainsi, les participants ont-ils été d'accord pour penser que les éléments clés de ces théories et modèles devaient continuer à jouer un rôle essentiel; ils doivent toutefois être appliqués dans un cadre basé sur le contexte, contrairement à une orientation vers le comportement individuel. Il faut noter que toutes les théories et tous les modèles n'ont pas été abordés. Un autre modèle utilisé fréquemment par les programmes de promotion de la santé, le cadre PRÉCÉDER-PROCÉDER, n'a pas été spécifiquement abordé. En effet, PRÉCÉDER-PROCÉDER (Green et Krueter 1999), tient compte, en tant que cadre directeur, du milieu social et politique de la santé des individus ; tout comme le nouveau cadre de l'ONUSIDA, qui inclut des stratégies de promotion de la santé et de communication fondées sur un contexte élargi.

Théories et modèles existant dans le contexte de la communication sur le VIH/SIDA

Ces modèles et théories, fondés sur des principes similaires, ont été élaborés pour aborder la prévention en matière de santé à partir de perspectives individuelles,

linéaires et rationnelles. Si l'efficacité de ces théories et modèles a pu être confirmée dans certaines sociétés pour aborder un certain nombre de maladies, notamment dans les pays en développement, les participants ont convenu qu'il était néanmoins nécessaire de revoir les théories et modèles utilisés pour communiquer les messages sur la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA en Afrique, en Asie, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes. Ainsi, bien que ces modèles et théories aient permis une meilleure sensibilisation au VIH/SIDA et accru les connaissances sur la maladie, ils n'ont pas entraîné de changements comparables dans les comportements.

Il est insuffisant de chercher à influencer uniquement le comportement si les facteurs sociaux fondamentaux qui modèlent le comportement ne sont pas remis en question. De nombreux programmes de communication et de promotion de la santé partent de l'hypothèse que seul le comportement doit être modifié, alors qu'en réalité il est peu probable qu'un tel changement soit durable sans un minimum de changement social, ce qui demande que l'on tienne compte du contexte social et environnemental.

La communication sur le VIH/SIDA doit être appropriée sur le plan culturel. Toutefois, lorsque certaines normes culturelles et traditionnelles dominantes favorisent la propagation du VIH/SIDA, les praticiens de la communication doivent pouvoir les remettre en question. Lorsque des influences et des fonds extérieurs soutiennent ces remises en question, le danger existe cependant que les communautés locales

rejetent ce qu'elles considèrent comme une agression culturelle, sans se préoccuper de savoir si le résultat est probant et si les intentions des personnes de l'extérieur sont honorables. Il est plus probable que les comportements positifs en matière de santé seront adoptés et poursuivis lorsque les membres d'un groupe culturel participent au processus de transformation contextuel.

L'ONUSIDA reconnaît qu'il est nécessaire d'élaborer un nouveau cadre de communication orienté vers les populations d'Afrique, d'Asie, ainsi que d'Amérique latine et des Caraïbes, qui n'ont pas été favorisées par les stratégies et les programmes de prévention conventionnels. Si tout nouveau cadre peut s'appuyer sur certains éléments pertinents des théories et pratiques existantes, un nouvel accent doit être mis sur la réponse apportée à divers contextes sociaux, sur la base de l'expérience accumulée et des recherches effectuées dans ces régions. Les stratégies de communication — en particulier lorsqu'elles abordent le VIH/SIDA en Afrique, en Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes — doivent évaluer les idées et les hypothèses qui peuvent être considérées comme étrangères. On ne peut mettre au point et perfectionner des approches efficaces que lorsque le cadre destiné à chaque région, chaque pays ou chaque localité a son origine sur le plan local.

Les participants aux cinq ateliers consultatifs (deux mondiaux et trois régionaux) ont noté l'inadéquation et les limites des théories et des modèles qui en sont tirés.

Parmi les principales faiblesses constatées, on note les suivantes :

- La relation simple, linéaire entre la connaissance et l'action individuelles, qui a été étayée de nombreuses interventions par le passé, ne tient pas compte des variations parmi les contextes politiques, socio-économiques et culturels qui dominent dans les régions.
- L'accent mis sur les mesures quantitatives (plutôt que sur les conclusions qualitatives ou une combinaison des deux) a comme résultat une interprétation déformée du sens et de la réalité des comportements observés.
- Les processus de décision externes, dirigés vers des intérêts rigides, étroits et à court terme, tendent à négliger les avantages à long terme, et venant de l'intérieur, qu'offrent solutions à large assise.
- L'hypothèse selon laquelle les individus ont ou auront la maîtrise totale de leur comportement a conduit à s'orienter vers l'individu plutôt que vers le contexte social au sein duquel fonctionne l'individu, et à négliger l'influence des variables contextuelles, telles que la culture et les relations entre les sexes.
- On présume que les décisions concernant la prévention du VIH/SIDA se basent sur une pensée rationnelle, volontaire, sans tenir compte des

réponses émotionnelles plus « authentiques » liées à l'adoption d'un comportement sexuel.

- On présume qu'il y a une relation séquentielle, linéaire, entre les connaissances, attitudes, croyances et pratiques (CACP), alors que le rapport sexuel précède souvent toute décision rationnelle fondée sur la connaissance totale, ou même partielle, du comportement à risque.
- On présume que la sensibilisation par l'intermédiaire des médias conduira nécessairement à un changement de comportement.
- On présume qu'une stratégie simple, destinée à déclencher un comportement unique dans une vie, tel que la vaccination, pourrait permettre de modifier et de maintenir des comportements complexes, durables, tels que l'utilisation continue du préservatif.
- On s'oriente presque exclusivement vers la promotion du préservatif à l'exclusion de la nécessité d'aborder l'importance et la position centrale des contextes sociaux, notamment de la politique gouvernementale, du statut socio-économique, de la culture, des relations entre les sexes, et de la spiritualité.
- Les approches fondées sur les stratégies traditionnelles des programmes de planification familiale et de population tendent à cibler la prévention du VIH/SIDA sur les femmes, de

sorte que, par exemple, les femmes, plutôt que les hommes, sont encouragées à commencer à utiliser des préservatifs.

Les cadres programmatiques examinés

Outre les théories évoquées ci-dessus, les quatre cadres programmatiques suivants ont été examinés :

- Academy for Educational Development (AED)
- Projet de prévention et de lutte contre le SIDA (AIDSCAP)
- Programme pour une technologie appropriée à la santé (PATH)
- Johns Hopkins University's Population Communication Services (PCS)

Des éléments communs aux cadres existants ont été considérés comme extrêmement utiles à l'élaboration d'une stratégie de communication pour l'ONUSIDA qui se fonde sur un contexte élargi.

Il s'agit d'éléments traditionnels de l'approche du marketing social, mais qui pourraient enrichir encore le nouveau cadre. Ces éléments sont les suivants :

- collecte et analyse des données
- processus de planification
- essai préalable de la stratégie (messages)
- éléments de mise en œuvre

- suivi et évaluation
- feedback de la planification

Toutefois, l'absence d'orientation vers le contexte a été considérée comme une limitation majeure de ces cadres. D'autres organisations internationales œuvrant dans le domaine de la communication pour le développement ont aussi pris conscience de ces types de limitation. Dans un document qui réoriente ses activités de communication pour le développement, la Fondation Rockefeller (1999) déclare qu'il est nécessaire de « s'éloigner de l'orientation vers les comportements individuels... et de passer à des normes, des politiques, une culture sociale et un milieu solidaire » (*Communication for Social Change*, p. 15).

3

Les domaines contextuels : nouvelle orientation

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

Politique gouvernementale — le rôle de la politique et du droit dans le soutien ou les entraves aux efforts d'intervention.

Statut socio-économique — les revenus collectifs ou individuels qui peuvent permettre ou entraver une intervention adéquate.

Culture — les caractéristiques positives, uniques ou négatives qui peuvent promouvoir ou entraver les actions de prévention et de soins.

Relations entre les sexes — le statut des femmes vis-à-vis des hommes dans la société et la communauté

et son influence sur la manière de négocier les rapports sexuels et de prendre des décisions.

Spiritualité — rôle des valeurs spirituelles/religieuses qui peuvent promouvoir ou entraver la transformation des messages de prévention en actions de santé positives.

Comme on l'a dit plus haut, les discussions structurées basées sur la recherche et la pratique ont fourni cinq domaines contextuels clés — politique gouvernementale, statut socio-économique, culture, relations entre les sexes, et spiritualité. Ces domaines sont étroitement liés, bien qu'ils aient en fait des impacts différents sur les comportements de prévention en matière de santé. Le fait que le nouveau cadre s'oriente vers un contexte plus large ne remet pas en cause l'importance de l'individu. Le cadre reconnaît que l'individu est un produit du contexte dans lequel il vit, et si l'on veut que la stratégie de communication sur le VIH/SIDA ait un sens, les programmes d'intervention devraient débiter par un ou par une association de ces domaines. Ainsi devrait-on toujours cibler les individus, mais uniquement dans leur interaction au sein d'un domaine ou d'une association de domaines. C'est dans cette mesure que le nouveau cadre pourra utiliser les éléments les plus intéressants et les mieux appropriés des théories et des modèles existants. Chacun des domaines contextuels est analysé ci-dessous.

Politique gouvernementale

La politique gouvernementale et le droit jouent un rôle essentiel dans les programmes ayant pour objectif de lutter contre la propagation du VIH/SIDA. Les actions gouvernementales peuvent soit promouvoir soit freiner les efforts pour atteindre les buts de la communication sur le VIH/SIDA. Par exemple, la politique gouvernementale est cruciale lorsqu'il s'agit de résoudre les difficultés pouvant résulter des débats sur les essais de vaccins et les nouvelles associations thérapeutiques. Les considérations éthiques, juridiques et financières doivent être prises en compte lors des discussions sur les interventions de communication et de leur planification. Les changements récents dans la politique mondiale indiquent une tendance à l'établissement de gouvernements démocratiques. Grâce à ce processus, contrairement à ce que l'on observait il y a quelques années, davantage d'opportunités existent désormais pour créer un milieu au sein duquel un débat plus fécond sur les questions liées au VIH/SIDA peut résulter en une meilleure information du public. En réalité, cependant, le débat public sur les questions liées au VIH/SIDA est encore, dans de nombreux pays, trop souvent mal documentés, empreint de sensationnalisme, et porte préjudice à la prévention du VIH/SIDA.

Certains de ces obstacles pourraient être évités si l'on travaillait par l'intermédiaire d'organisations régionales telles que la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC), l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE),

l'Organisation des Etats américains (OEA), le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), et le Marché commun d'Amérique centrale (MCAC). Ces organisations peuvent fournir d'importantes voies de communication pour aborder certaines questions régionales liées au VIH/SIDA, à la fois de manière indépendante et collectivement.

A l'avenir, la capacité des sociétés, des communautés et des individus à faire face aux réalités de leurs problèmes détermineront de plus en plus le succès et la pérennité des politiques de santé. Ce processus englobera tous les secteurs de la société et devrait s'appuyer sur des compétences et des ressources externes et internationales, sans pour autant être dépassé par elles. La participation des gens à ces débats requiert des politiques de communication efficaces, complètes et respectueuses des différentes cultures, et pouvant être facilitées par la communication interpersonnelle et les campagnes médiatiques.

Cet effort audacieux de l'ONUSIDA a permis d'identifier plusieurs questions clés qui doivent être prises en considération lors de l'analyse du rôle joué par les gouvernements dans l'élaboration des politiques nationales et régionales. Les domaines clés suivants liés à la politique gouvernementale devraient être pris en considération lorsque le cadre sera rendu opérationnel :

- L'étude du programme des médias devrait faire partie de la collecte des informations et de l'analyse initiales.

- Les questions de tourisme, de migration, de violence et du viol des femmes par les militaires exigent l'aide du gouvernement en vue d'une solution satisfaisante.
- Un des rôles importants du gouvernement est d'encourager la collaboration entre les régions et à l'intérieur de ces dernières lors de la planification, notamment en facilitant le partage des enseignements tirés dans et entre les régions et les activités transfrontalières.
- La politique, plus particulièrement la politique gouvernementale, peut jouer un rôle significatif dans la création d'un milieu propice au changement positif de comportement. On l'a vu clairement lors des vigoureuses campagnes antitabac aux Etats-Unis et en Europe. Après avoir obtenu un succès mitigé en ciblant les comportements individuels en matière d'usage du tabac, on vise désormais les contextes au sein desquels on fume (par exemple, en créant des organismes et des établissements non-fumeurs).
- Dans les efforts nationaux de prévention du VIH/SIDA, la volonté politique a influencé la riposte d'un pays. La volonté politique d'un chef de gouvernement tel que le Président Museveni en Ouganda, l'un des principaux défenseurs de la prévention du VIH/SIDA, s'est révélée inestimable. D'autres exemples en sont la politique du Sénégal d'exiger un dépistage régulier et de fournir des services thérapeutiques aux professionnel(le)s du sexe, la politique brésilienne

d'assurer un traitement aux personnes affectées par le VIH/SIDA, et la politique de disponibilité et d'utilisation systématique des préservatifs en Thaïlande. La volonté politique de fournir des fonds destinés à des interventions de prévention qui ont fait leurs preuves est essentielle. Parmi ces interventions, on peut citer l'échange des seringues, le rejet de la rhétorique politique qui consiste à moraliser et à considérer comme criminelles certaines orientations sexuelles (par exemple, des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes). La politique est aussi très importante lorsqu'il s'agit de protéger les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe, en offrant des mesures telles que des dépistages et examens médicaux réguliers financés par l'Etat aux professionnel(le)s du sexe.

- Les pressions internationales en faveur du changement — qu'elles prennent la forme de vidéo clips musicaux diffusés par des chaînes de télévision ou de débats autour des conférences du Caire et de Beijing sur la santé reproductive et les droits liés à la reproduction — doivent être pesées en fonction de la capacité locale à provoquer un débat public éclairé et à soumettre les politiques à un examen critique fondé sur des connaissances réelles.
- Sur la base d'expériences réussies, des échanges de personnel et de programmes Sud-Sud devraient être organisés afin d'encourager plus d'interaction et d'acquisition des connaissances.

- Au minimum, il faut encourager un débat public, éclairé par une information de bonne qualité, de manière à ce que les questions pertinentes soient abordées. Cela permettra de développer la capacité du pays à analyser les problèmes et de communiquer cette analyse au grand public — particulièrement par l’intermédiaire des médias (radiodiffusion, télédiffusion et presse).
- Il faut encourager un environnement politique qui tienne compte de l’opinion publique, afin que le public puisse exprimer sa perception et ses opinions concernant le processus de prise de décision.
- Il faut mettre l’accent sur les situations à risque qui augmentent la vulnérabilité au VIH/SIDA, comme c’est le cas pour les travailleurs migrants, les réfugiés et les personnes déplacées, ou les professionnel(le)s du sexe.
- Avant tout, la politique gouvernementale devrait promouvoir une société dynamique, au sein de laquelle les médias peuvent exprimer des points de vue différents et où les organismes non gouvernementaux sont suffisamment bien informés et confiants pour participer aux débats nationaux de manière positive.

Statut socio-économique

Un statut socio-économique médiocre favorise la vulnérabilité à de nombreuses maladies, notamment le

VIH/SIDA. Il a été démontré à maintes reprises que les gens en mauvaise santé étaient plus susceptibles de développer le SIDA peu après avoir été infectés par le VIH.

L'économie est un facteur qui permet à l'individu, au groupe et au gouvernement d'avoir accès à des quantités suffisantes de préservatifs, ainsi qu'aux associations médicamenteuses, lorsque celles-ci sont disponibles. Dans les pays ayant des ressources limitées, divers rapports et études ont abordé le statut socio-économique et d'autres facteurs liés au VIH/SIDA. En Thaïlande, par exemple, les femmes plus éduquées et disposant d'un revenu plus élevé dans leur ménage, ont montré des connaissances plus précises sur le VIH/SIDA que les femmes dont le revenu était plus faible, et qui étaient moins éduquées. On dispose de nouveaux éléments tendant à prouver que la politique d'utilisation systématique des préservatifs adoptée par les professionnel(le)s du sexe est de plus en plus difficile à maintenir au vu des difficultés économiques de la Thaïlande. Les professionnel(le)s du sexe, qui refusaient auparavant d'être payé(e)s davantage pour un rapport sexuel non protégé, l'acceptent aujourd'hui.

Les connaissances sur le VIH/SIDA ont été considérées comme pratiquement nulles parmi les personnes interrogées dans des bidonvilles indiens, en particulier parmi les femmes. En Inde, une autre étude a constaté que l'analphabétisme, lié à la pauvreté, était responsable des lacunes dans les connaissances sur le VIH/SIDA. En Argentine, on a trouvé que les citadines dont le statut socio-économique était bas étaient particulière-

ment vulnérables au SIDA du fait de leur sexe et de leur classe sociale.

Il est clair que le contexte socio-économique est un domaine crucial pour le succès de la communication sur le VIH/SIDA. Les questions clés suivantes liées au statut socio-économique doivent être prises en considération lors de l'élaboration du cadre :

- Il faut tenir compte de la disponibilité des moyens financiers, particulièrement pour les interventions médicales, telles que les polythérapies, et les interventions techniques, telles que la fourniture de préservatifs. De nombreux gouvernements et la plupart des individus ne pourraient s'offrir les polythérapies, même si elles étaient disponibles. Il faut tenir compte de l'importance des facteurs économiques lorsque l'on évalue, à juste titre, la viabilité potentielle des résultats en matière de comportement après la fin de l'intervention prévue.
- Aborder l'impact de la pauvreté sur les individus et les communautés et sa relation avec des pratiques de santé à moindre risque.
- Il faut considérer le VIH/SIDA comme un problème social et lié au développement. En conséquence, l'allocation et la distribution des ressources pour s'attaquer à la pandémie doivent être considérées parallèlement aux autres problèmes sociaux et liés au développement.
- Les autres questions qui affectent l'accessibilité aux soins de santé doivent être analysées dans

chaque contexte et abordées lors de la planification des interventions de communication par les médias et des interventions de communication interpersonnelle.

Culture

La culture est la conscience collective du peuple. Elle est façonnée par un sens du partage de l'histoire, de la langue et de la psychologie. Il n'y a pas de culture juste ou fautive, en dépit des différences de codes de communication et de signification. Certains éléments de la culture tendent à se maintenir dans le temps, tandis que d'autres changent. Malheureusement, on voit souvent la culture comme un ensemble statique de valeurs et de normes immuables. Le praticien non éclairé, armé d'une liste de croyances et de pratiques individuelles négatives pour la santé, met inévitablement le blâme sur ces croyances et les considère comme des barrières culturelles. Les croyances sont souvent un produit de la culture, mais pas le contraire. Les croyances sont souvent utilisées comme de la culture par procuration ; les croyances et les connaissances sur la maladie sont alors au centre des interventions et des messages culturellement appropriés. En fait, le terme de *croyances* est souvent opposé aux connaissances. Dans la perspective biomédicale, « croyance » a souvent une connotation d'idées erronées qui constituent des obstacles à une conduite appropriée. En conséquence, on en déduit que les pratiques ou comportements individuels négatifs sont des croyances culturelles, et ces pratiques et comportements sont souvent étiquetés comme barrières.

Le système de valeurs dominant dans les cultures occidentales, à des degrés divers, tend à voir le moi comme un produit de l'individuel. D'autre part, de nombreuses autres cultures considèrent le moi comme un produit de la famille, de la communauté et d'autres influences du milieu sur lesquelles nous n'avons, ni ne voulons, aucun contrôle.

La culture est souvent considérée comme une collection exotique de croyances et de pratiques et on pense à tort qu'elle n'existe qu'en Afrique, en Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes. Tel est le cas, par exemple, lorsque les éducateurs pour la santé et les planificateurs de campagnes ne tiennent pas compte des connaissances locales en matière de santé et cherchent des informations sur les idiomes locaux pour mieux communiquer les messages de santé. En d'autres termes, on n'essaie pas suffisamment de faire passer un message viable par l'intermédiaire des croyances et des pratiques locales. Au lieu de cela, ces canaux sont utilisés pour déguiser les connaissances importées en les présentant dans l'idiome local. Les croyances et les connaissances sur la maladie et les pratiques traditionnelles en matière de santé devraient devenir la substance des interventions et des messages locaux (ou culturellement appropriés).

Malheureusement, la culture est devenue largement synonyme de croyances et de pratiques individuelles négatives en matière de santé. Ainsi, la culture est vue comme une barrière aux « vraies » connaissances, et les barrières culturelles sont fréquemment citées comme responsables de l'échec de programmes de communication sur la santé qui ont été mal conçus.

Ce type de malentendu a conduit des spécialistes de la communication sur la santé, mettant en œuvre des programmes dans des régions situées en dehors du monde occidental, à sous-estimer l'importance de la communication orale en tant que telle. Toutefois, la communication orale traditionnelle garde sa force et son actualité, et joue fréquemment un rôle clé dans la promotion de la santé.

La culture est l'élément central de toute société. Tous les gens appartiennent à une culture, et certains partagent même plus d'une culture. Les spécialistes en communication sur la santé œuvrant dans le domaine de la prévention, des soins et du soutien relatifs au VIH/SIDA doivent impérativement examiner en profondeur non seulement les comportements négatifs, mais aussi les valeurs contextuelles et individuelles. Il s'agit notamment des éléments positifs (devant être promus) et des éléments existentiels (uniques à la culture mais ne menaçant pas la santé et le bien-être). (Pour de plus amples informations sur la santé et la culture, voir Airhihenbuwa, 1995.)

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

- Le style et l'utilisation de la langue dans plusieurs cultures devraient être compris en vue d'une application possible dans les stratégies de communication, particulièrement au niveau interpersonnel. Par exemple, certaines langues utilisent plus fréquemment que d'autres des paraboles, des

- contes et des expressions idiomatiques pour transmettre des messages.
- Les relations au sein de la famille et de la communauté devraient être étudiées, particulièrement en ce qui concerne la prise de décisions sur l'adoption de comportements de prévention en matière de santé et les soins donnés aux malades.
 - Il faut prendre en considération la place centrale de la famille et de la communauté dans la prise de décisions.
 - Il faut reconnaître que les croyances individuelles, bien qu'elles fassent partie de la culture, n'expliquent pas le contexte culturel dans son ensemble. Ainsi, on ne doit pas permettre aux croyances de se transformer en culture par procuration, bien qu'elles doivent être reconnues comme un des nombreux aspects de la culture.
 - Les différences de caractéristiques culturelles devraient être reconnues, et les messages doivent se rapporter au contexte.
 - Les professionnels des médias et de la communication interpersonnelle doivent être impliqués de la planification initiale à l'évaluation.
 - Il est indispensable de reconnaître qui sont les personnes qui donnent des soins dans la communauté et quel est leur rôle.
 - L'utilisation des soins à domicile dans de nombreuses cultures exige des mises à jour systéma-

tiques et régulières de l'information si l'on veut améliorer la prise en charge des malades et le soutien.

- Dans la mesure du possible, les guérisseurs traditionnels devraient être impliqués dans la planification et la mise en œuvre des programmes.

Relations entre les sexes

La sexospécificité peut se définir comme les opportunités, les rôles, les responsabilités, les relations et l'identité personnelle qu'une société donnée impose aux femmes et aux hommes comme étant correctes. Ces symboles sont socialement construits et acquis à la fois individuellement et collectivement. Le rôle respectif de l'homme et de la femme est influencé par nombre d'autres déterminants, tels que la race, la culture, la communauté, le temps, l'ethnicité, la profession, l'âge, et le niveau d'éducation. Si le sexe peut être déterminé biologiquement, la sexospécificité est définie socialement.

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

Les approches du VIH/SIDA basées sur la sexospécificité comprennent les efforts pour comprendre l'influence de la sexospécificité sur les points suivants :

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

La riposte basée sur la sexospécificité a pour but de permettre aux hommes et aux femmes de se protéger contre l'infection à VIH, d'avoir accès à des soins corrects et, en général, de mieux faire face à l'épidémie. Une telle approche ne signifie pas que les hommes et les femmes deviendront semblables. Elle signifie que les opportunités, dans la vie des hommes comme dans celle des femmes, ne dépendront plus de leur sexe et qu'un poids égal sera donné aux connaissances, aux expériences et aux valeurs tant des femmes que des hommes afin que s'améliore leur qualité de vie et s'accroisse leur longévité.

Les questions de sexospécificité sont directement liées à l'efficacité et à la pérennité des interventions sur le VIH/SIDA. Le fait de réduire l'effet différentiel du VIH/SIDA sur les femmes peut créer une participation

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

Malheureusement, les programmes ayant pour but de changer le comportement des hommes tendent à ne pas remettre en question les déterminants contextuels de leur comportement. Au lieu de cela, l'accent est souvent mis sur la seule utilisation du préservatif. Mais si le but est de changer le comportement, il faut aller au-delà de la disponibilité et de l'utilisation des préservatifs et se préoccuper des rôles et des responsabilités des hommes. Plutôt que de ne se focaliser que sur les femmes, les programmes devraient inclure toute la gamme des normes et des rôles sociaux qui affectent le comportement sexuel des hommes et des femmes.

Un élément clé du débat sur les buts et les objectifs de la communication dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA est d'accroître l'équité entre les sexes en décourageant fortement les stéréotypes dans le contexte visé, tels que l'image d'une sexualité masculine violente et irresponsable, ou de la séductrice stéréotypée qui a le pouvoir d'attirer les hommes « innocents ». L'assise même de la prévention du VIH/SIDA se base sur la

promotion d'un comportement sexuel responsable et respectueux des hommes comme des femmes.

Dans la plupart des sociétés, la sexospécificité détermine ce que les hommes et les femmes sont appelés à savoir sur le comportement sexuel, et de quelle manière, ainsi que leur attitude envers les rapports sexuels. Les idéaux liés à la sexospécificité font partie du processus de socialisation des enfants, et les attentes liées aux connaissances et aux attitudes sexuelles sont déjà bien développées chez les adolescents. Ces idéaux et ces attentes devraient être examinés avec soin, et les inégalités entre les sexes devraient être abordées par les programmes de communication. Cela permettra d'encourager les enfants et les jeunes à avoir des relations sexuelles plus respectueuses et plus tendres lorsqu'ils deviendront sexuellement actifs, et contribuera à réduire ainsi la propagation du VIH/SIDA. Par exemple, l'utilisation du préservatif suppose une répartition égale du pouvoir dans les relations sexuelles ; une femme peut avoir l'intention et la volonté d'adopter ce comportement, mais l'acte lui-même requiert la coopération active de son partenaire.

Les femmes pauvres sont particulièrement vulnérables à la contrainte de la part de leurs partenaires masculins, car elles en sont peut-être dépendantes sur les plans économique et émotionnel. Elles sont plus susceptibles d'être contraintes à accepter des choix et des modes de vie que les femmes des classes moyennes. Les soucis concernant la nourriture, un toit et les soins aux enfants peuvent éclipser les préoccupations liées au VIH/SIDA.

La migration de la main-d'œuvre des villages vers les villes est un autre facteur qui a rendu les femmes particulièrement vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/SIDA. Les travailleurs migrants, séparés de leur famille durant de longues périodes, peuvent se rendre chez les professionnel(le)s du sexe et retourner dans leur village avec le VIH/SIDA, qu'il transmettront à leur tour à leur partenaire.

Il faudra considérer les éléments clés suivants concernant les relations entre les sexes lorsque le cadre deviendra opérationnel :

- Viser à l'élimination des stéréotypes sexuels dans l'éducation. On doit reconnaître que, lorsque l'on aborde la sexospécificité, on ne se réfère pas seulement aux femmes, mais aussi aux hommes. Il est crucial de comprendre les rôles respectifs de l'homme et de la femme et les relations de pouvoir et de négociation que ces rôles présupposent.
- La pertinence de la question de savoir qui communique, par rapport à ce qui est communiqué, est tout aussi importante pour comprendre les relations entre les sexes en matière de communication. Ce point est particulièrement crucial lorsqu'il s'agit de communiquer des messages sur les rôles et les responsabilités des dispensateurs de soins au sein de la famille et de la communauté.
- Les questions de sexospécificité devraient être prises en considération non seulement lors de

l'étape initiale de planification des programmes de communication, mais également durant leur mise en œuvre et leur évaluation.

- Réduire l'écart entre les sexes dans les domaines de l'éducation, des taux d'alphabétisation, de la scolarisation, de l'éducation des adultes, de l'embauche, de la formation technique, avec l'accent sur les femmes en milieu rural.
- Réviser les programmes d'études afin de promouvoir une connaissance et une appréciation du rôle des femmes qui tienne compte de la sexospécificité.
- Eliminer les images négatives, les stéréotypes, les attitudes et les préjugés persistants par des changements dans l'éducation, la socialisation, les médias et la publicité.
- Promouvoir l'accès universel à l'éducation.
- Aborder les questions relatives aux droits de la femme et réduire les inégalités dans les relations entre les sexes.
- L'évaluation des besoins doit comporter un élément d'analyse de la sexospécificité, qui peut aussi être défini comme une analyse de la situation des hommes et des femmes.

Spiritualité

La spiritualité englobe les systèmes de croyances et de valeurs allant de la religion organisée aux valeurs collectives, dont le message représente un principe directeur sur lequel se fondent les significations. La spiritualité est un concept beaucoup plus large et plus complet que la religion, même si les deux termes sont souvent utilisés l'un pour l'autre. Selon Relv (1997), « la spiritualité englobe l'espoir, la foi, la transcendance du moi, une volonté ou un désir de vivre, l'identification de la signification et du but de la vie ainsi que le sentiment d'accomplissement, la reconnaissance de la mortalité, une relation avec une « puissance supérieure », un « être supérieur » ou un « absolu », et le maintien de relations interpersonnelles et intrapersonnelles.» La spiritualité est fondée sur la croyance qu'il existe un être supérieur ou une force supérieure qui règle l'interaction des êtres vivants avec leur environnement visible ou invisible. Dans la littérature scientifique, on mentionne de plus en plus le lien qui existe entre la spiritualité et un comportement positif en matière de santé. Ce lien a toujours été reconnu chez les guérisseurs traditionnels, dont le mode de guérison se fonde en partie sur la croyance en un pouvoir des forces surnaturelles sur le comportement humain.

Par exemple, l'utilisation du quilt du SIDA aux Etats-Unis a remporté un énorme succès, et a permis d'entraîner les communautés à soutenir les efforts de prévention et de soins relatifs au SIDA. Toutefois, ce même quilt n'a pas la même signification chez les Afro-Brésiliens, qui croient qu'il symbolise une tentative de

« réveiller » l'esprit des morts à qui, selon leurs valeurs et croyances spirituelles, on devrait permettre de reposer en paix. Cette valeur collective est à la fois spirituelle et culturelle et devrait être prise en considération dans la communication sur le VIH/SIDA.

Les chefs religieux ont un rôle important à jouer dans la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA. Au minimum, ils peuvent faire appel au code moral de leurs disciples. Avant tout, ils peuvent fournir un milieu favorable aux personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et à leur famille.

Il ne faut pas présumer que la religion est un obstacle et que les doctrines sont les mêmes partout. Par exemple, le Sénégal est musulman à 95%, et cependant l'utilisation du préservatif paraît bien acceptée dans le pays si l'on en juge par les niveaux élevés de distribution et de consommation.

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

La riposte au VIH/SIDA doit par conséquent être basée sur des principes clés adoptés tant par la communauté de santé publique que par la communauté religieuse. Les questions clés suivantes liées à la

spiritualité doivent être considérées lors de la mise en œuvre du cadre :

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

4

Cadres régionaux

Comme on l'a mentionné plus haut, des ateliers régionaux ont été organisés en Afrique, en Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes. Étant donné que 90% des nouveaux cas de VIH se produisent dans ces régions, ces ateliers se sont trouvés au centre de l'élaboration du nouveau cadre. Chaque région a été unanime pour identifier ou accepter les cinq domaines — politique gouvernementale, statut socio-économique, culture, relations entre les sexes, et spiritualité — comme des domaines contextuels clés. Cela ne diminue en rien la reconnaissance du rôle des individus à l'intérieur de ces domaines et dans leurs interactions. Outre ces cinq domaines, chaque région a identifié deux autres éléments clés considérés comme spécifiques à cette région, et d'une importance décisive. Ces éléments supplémentaires n'excluent pas les cinq domaines, mais représentent une tentative d'accentuer le rôle de ces éléments dont on sait par expérience qu'ils sont indispensables à l'établissement de buts durables dans chaque région. En outre, ces éléments clés pourraient s'appliquer à toutes les régions indépendamment du lieu où ils ont été identifiés.

Ce chapitre examine les éléments clés spécifiques qui doivent être pris en considération concurremment avec les cinq domaines contextuels.

Vers un cadre africain

L'atelier consultatif pour la communication sur le VIH/SIDA en Afrique a été convoqué par l'ONUSIDA lors de la Conférence internationale sur le SIDA/les MST et la lutte antituberculeuse en Afrique qui s'est tenue à Abidjan (Côte d'Ivoire) en décembre 1997. Deux groupes distincts se sont réunis le même jour. L'un s'est tenu en anglais (19 participants) et l'autre en français (18 participants). Les participants étaient des praticiens et des chercheurs œuvrant dans le domaine de la communication sur le VIH/SIDA, particulièrement en tant qu'administrateurs IEC, dans diverses organisations de prévention et de soins relatifs au VIH/SIDA en Afrique.

Au cours des différentes étapes de l'épidémie de VIH/SIDA, l'Afrique a dû faire face à de sérieux défis, dont, le principal, au milieu des années 1980, a été le déni continu de la présence de la maladie au sein de nombreuses communautés africaines. Les raisons en étaient notamment le refus de mettre un visage humain sur l'épidémie, la crainte que la reconnaissance de l'épidémie n'ait des retombées sur le tourisme, ainsi que la protection des personnes affectées par le VIH/SIDA contre la stigmatisation due à la politique gouvernementale. Au début des années 1990, on a vu tomber le mur de silence qui entourait la maladie. Toutefois, au cours de cette deuxième période, la prévention a surtout

mis l'accent sur les groupes ayant des comportements à haut risque, tels que les professionnel(le)s du sexe et les chauffeurs routiers. Cette situation a conduit à négliger d'autres segments du public. En outre, la plupart des gouvernements ne sont pas orientés vers une riposte systématique au VIH/SIDA, et ne soutenaient généralement pas les plans en faveur de stratégies de communication appropriées.

Les chiffres récents concernant l'épidémie de VIH/SIDA continuent à montrer que l'Afrique reste de loin le continent sur lequel la réalité du VIH/SIDA est la plus préoccupante. Plus de 60% des personnes touchées par le VIH (21 millions) vivent actuellement en Afrique subsaharienne. La transmission hétérosexuelle est le mode de transmission le plus fréquent, ce qui explique pourquoi 80% des femmes infectées par le VIH vivent en Afrique. De même, près de 90% des enfants infectés par le VIH vivent en Afrique.

Ces dernières années, l'Afrique australe a connu un accroissement rapide des taux d'infection. Par exemple, plus de 25% des nouveaux cas signalés en Afrique du Sud sont survenus entre 1997 et le début 1998. Des taux élevés d'infection à VIH ont aussi été notés au Botswana et au Zimbabwe. Au Botswana, le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH s'est accru de 43% en 1997. Des augmentations similaires ont été signalées au Zimbabwe.

Mais à l'inverse, des réussites dessinent également en Afrique. L'Ouganda, par exemple, a prouvé qu'une mobilisation efficace, alliée à un soutien politique, était d'une importance cruciale pour contenir l'épidémie. Les

programmes scolaires, la mobilisation communautaire, la participation des chefs religieux et communautaires, l'attention aux secteurs ruraux et le soutien du gouvernement expliquent les succès relatifs obtenus en Ouganda, particulièrement chez les jeunes. Des résultats similaires ont été mis en évidence en République-Unie de Tanzanie, où la prévalence dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans a chuté de plus de 50% sur une période de six ans. Le Sénégal est un autre pays où existe un engagement à tous les niveaux et où les taux d'infection restent relativement bas.

Le nouveau cadre de communication sur le VIH/SIDA devrait permettre de comprendre la base émotionnelle du comportement en matière de prévention, par opposition à une orientation exclusive vers des actions de prévention fondées sur la rationalité. L'émotion (telle que celle suscitée par une personne aimée souffrant du SIDA) a joué un rôle de premier plan dans la diminution des nouveaux cas en Ouganda.

Les efforts de communication ont été au cœur de ces succès et d'autres réussites. A partir du milieu des années 1990, les stratégies de communication dans certains pays africains étaient orientées vers la dissémination d'informations sur une large échelle, car on pensait que cela déboucherait sur un changement de comportement. Ces stratégies étaient associées à l'assurance de la sécurité transfusionnelle, à l'accès aux traitements des MST, et à la disponibilité de préservatifs sur une large échelle. Toutefois, la maladie continuait à se propager, non seulement parmi les groupes dits à haut risque, mais aussi dans les autres segments de la population—en particulier les femmes et les jeunes.

Sur la base de l'expérience passée, il s'est avéré nécessaire de créer un cadre de communication approprié pour la région africaine, dont le but était de fournir aux pays et aux organisations les outils leur permettant d'élaborer leurs propres programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

L'atelier d'Abidjan a servi de forum de discussion pour aborder une large gamme de questions sur l'adéquation des programmes de communication sur le VIH/SIDA. Par exemple, l'efficacité et les limites des nouvelles associations médicamenteuses doivent être incorporées dans les programmes de communication sur le VIH/SIDA pour éviter les faux espoirs. En décembre 1997, lors de la Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, on a annoncé le lancement d'un superfonds africain pour les médicaments contre le VIH/SIDA. Le conseiller en communication de l'ONUSIDA a immédiatement entrepris une analyse du contenu de deux journaux importants d'Abidjan pour déterminer la couverture du VIH/SIDA avant et après cette annonce. L'analyse a montré qu'avant l'annonce, la grande majorité de la couverture médiatique sur le VIH/SIDA était concentrée sur l'importance de la prévention et de l'éducation. Toutefois, après l'annonce, elle était orientée vers les polythérapies, et cela en dépit du fait que les ressources sont limitées et les taux de VIH élevés dans la région. La prévention et l'éducation sont toujours les moyens les plus fiables de lutte contre l'épidémie.

Une autre constatation a été que les messages sur le SIDA doivent être exprimés en des termes culturels appropriés afin de les rendre plus sensibles aux divers

contextes sociaux et économiques. L'accent a été mis sur la nécessité de collaborer davantage avec les chefs religieux et communautaires afin de pouvoir bénéficier de la participation des organisations communautaires. Reflétant le succès relatif obtenu en Ouganda et au Sénégal, les discussions ont souligné le rôle des politiques gouvernementales dans la création d'un milieu propice au changement de comportement.

Recommandations

Les décisions ont fourni de précieux renseignements pour le développement futur des programmes de communication sur le VIH/SIDA. Outre les cinq domaines abordés précédemment (politique gouvernementale, statut socio-économique, culture, relations entre les sexes, et spiritualité), il a été recommandé d'inclure deux éléments clés adaptés aux besoins de la région africaine. Il s'agit 1) d'une approche à assise communautaire, et 2) de la coopération régionale. Il convient de noter que ces deux éléments supplémentaires peuvent aussi s'appliquer à d'autres régions.

Approche à assise communautaire

- Les communautés devraient participer au soutien des activités extra-institutionnelles et d'éducation par les pairs. En Afrique, on doit permettre aux valeurs culturelles de la communauté de jouer un rôle central dans la communication sur les changements de comportement. Si un changement de comportement a peut-être été

obtenu quant à l'utilisation accrue du préservatif, plusieurs pratiques sexuelles accroissant le risque d'infection à VIH demeurent inchangées. Il s'agit là d'un domaine dans lequel les stratégies culturellement appropriées sont décisives.

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

Coopération régionale

- La coopération et la politique du gouvernement sont nécessaires pour mobiliser des ressources et pour enrayer l'accroissement des cas de VIH. Il est très important de créer des milieux favorables par la mise à disposition des services adéquats. Chaque fois que possible, des organisations et des forums multilatéraux devraient être utilisés pour étendre la portée des négociations et de la promotion des intérêts africains.
- Les autres pays de la région devraient s'attacher à découvrir les raisons de la faible incidence du VIH au Sénégal et du déclin observé en Ouganda. Ces cas peuvent servir de modèles afin de guider la mise en œuvre des programmes.
- Il faudrait diriger les travaux vers l'institutionnalisation de l'action et la réalisation de la durabilité 1) en comprenant pourquoi certains programmes facilitent les résultats positifs à chaque niveau de la mise en œuvre, et 2) en créant une synergie entre les multiples programmes et organisations afin de permettre la réalisation mutuelle des buts communs.
- Les gouvernements devraient jouer un rôle central, par le biais de la politique et d'accords, dans les questions de passage des frontières et de migration. Des organisations régionales telles que la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC)

peuvent fournir des moyens importants pour aborder les questions régionales liées au VIH/SIDA.

Vers un cadre asiatique

Un ensemble de compétences et d'expériences provenant de domaines divers — universités, organisations non gouvernementales (ONG), organisations à assise communautaire, médias, et gouvernements — était représenté à l'atelier régional de Bangkok, en juillet 1998.

L'Asie, région la plus peuplée du monde, a constaté l'arrivée de l'épidémie de VIH/SIDA au début des années 1990 — relativement tard par rapport aux autres régions du monde. Toutefois, après une période très courte, les taux d'infection ont commencé à inquiéter les autorités de santé publique. En Thaïlande, par exemple, les taux d'infection ont augmenté rapidement parmi les consommateurs de drogues et les professionnel(le)s du sexe. En Chine, entre 1996 et 1998, près de 200 000 cas ont été signalés.

La plupart des cas ont été rapportés parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (IV), bien que les infections hétérosexuelles aient augmenté, surtout parmi les professionnel(le)s du sexe. C'est en Inde que l'on trouve le nombre le plus élevé de personnes infectées par le VIH (4 millions), bien que ce chiffre ne représente que 1% de la population adulte. Comme en Chine, un grand nombre de cas ont été détectés parmi les consommateurs de drogues.

Toutefois, dans certaines régions, les taux chez les femmes enceintes ont atteint 4%. A Madras, l'incidence de l'infection à VIH parmi les chauffeurs routiers s'est aussi accrue de manière significative.

Dans la plupart des autres pays d'Asie, les taux sont plus faibles. Toutefois, cette situation pourrait ne pas durer, car on ne peut garantir que les individus n'adopteront pas des comportements à risque à un moment ou à un autre. Par exemple, on sait que la consommation de drogues et le commerce du sexe sont prévalents.

En Thaïlande, on estime que 800 000 personnes sont infectés par le VIH. Ce dernier est particulièrement prévalent parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients ainsi que chez les consommateurs de drogues IV. La Thaïlande a mis au point une campagne énergique pour promouvoir l'utilisation du préservatif, pour convaincre les hommes de pratiquer une sexualité sans risque, et pour offrir des solutions alternatives aux jeunes femmes qui veulent commencer à s'adonner au commerce du sexe. Les résultats ont été positifs pour la plupart, bien que l'on constate que les taux sont toujours élevés parmi les consommateurs de drogues IV.

Des taux d'infection augmentant rapidement ont aussi été observés au Viet Nam, au Myanmar, et au Cambodge. Là aussi, les taux d'infection sont très élevés chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, ainsi que chez les femmes enceintes. En Asie, on estime que le nombre de personnes infectées par le VIH est de plus de 6 millions.

A Bangkok, les participants se sont entretenus de la situation du VIH/SIDA en Asie et des programmes de communication sur la prévention du VIH/SIDA. Le but principal était de mettre au point un cadre de communication spécifique à l'Asie. Les participants de Thaïlande, du Viet Nam, de Chine, d'Inde et de Malaisie représentaient trois sous-groupes : l'Asie du Sud, du Sud-Est et de l'Est. Le groupe ne s'attendait pas à ce que le résultat des discussions puisse s'appliquer à toute la région asiatique, ni qu'il reflète la situation dans la région tout entière.

Sur la base des discussions sur les cinq domaines contextuels, deux éléments clés spécifiques ont été ajoutés, fondés sur la situation en Asie. Au niveau socio-économique, plusieurs pays de la région ont connu des restructurations économiques. Ces changements ont eu un impact sur les questions sociales. Par exemple, la libéralisation économique au Viet Nam depuis le milieu des années 1980 a contribué à l'expansion du commerce du sexe et de la drogue.

Sur un autre plan, les chefs spirituels sont considérés en Asie comme un lien crucial dans les systèmes de soutien communautaires et doivent jouer un rôle important en tant qu'éducateurs et de dispensateurs de soins. Ainsi, les chefs spirituels ont-ils aussi besoin de compétences en matière de communication afin de pouvoir atteindre leurs membres.

Recommandations

Outre les cinq domaines contextuels (politique gouvernementale, statut socio-économique, culture, relations entre les sexes, et spiritualité), on a identifié deux éléments clés spécifiques à l'Asie. Il s'agit 1) du contexte de la communication, et 2) de la situation épidémique. Le contexte de la communication comprend notamment les dimensions qui doivent être prises en compte dans les interventions de communication.

Contexte de la communication

- Une stratégie de communication interpersonnelle devrait inclure la prise en compte de l'auteur du message.
- La stratégie de communication de groupe devrait prendre en compte la taille du groupe, car l'approche destinée à une communication efficace au sein d'un petit groupe diffère des méthodes utilisées dans les grands groupes.
- Des stratégies de communication ciblées devraient être élaborées pour les lieux de travail.

Situation épidémique

- Etant donné l'incidence relativement faible du VIH dans certains pays asiatiques, les auteurs des futurs programmes de communication devraient chercher à prendre conseil auprès des pays qui avaient auparavant de faibles taux d'incidence et

constatent aujourd'hui des augmentations de ces taux. Pour être efficaces, les stratégies de prévention doivent savoir se projeter dans l'avenir, car, si elle ne le font pas, la situation actuelle pourrait donner une fausse impression de sécurité.

- Des enseignements devraient être tirés d'autres épidémies survenues dans la région, telles que les MST/IST. Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA peuvent, par exemple, être intégrés dans le traitement des MST.

Vers un cadre pour l'Amérique latine et les Caraïbes

La réalité actuelle du VIH/SIDA en Amérique latine et dans les Caraïbes, où plus de 1,3 million de personnes vivent avec le VIH, montre des aspects différents. D'une part, cette réalité ressemble à celle des nations industrialisées, étant donné que la plupart des infections se produisent chez les hommes qui ont des rapports sexuels non protégés avec d'autres hommes ainsi que chez les consommateurs de drogues IV. Au Mexique, par exemple, des études indiquent que près de 30% des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont séropositifs au VIH, tandis que de 3 à 11% des consommateurs de drogues IV sont aussi infectés par le virus. D'autre part, la transmission hétérosexuelle s'est accrue au cours des dernières années. Selon le Rapport ONUSIDA/OMS pour 1998, au Brésil, il y a une décennie, près de 6% de la totalité des cas étaient décelés parmi les femmes. Aujourd'hui, ce chiffre a bondi à 25% du total des cas. Dans certains

pays, on a détecté des taux élevés de femmes enceintes séropositives au VIH. Au Honduras, par exemple, on estime actuellement à 1% la proportion des femmes enceintes infectées par le virus. En Haïti, en 1993, près de 8% des femmes enceintes étaient séropositives au VIH. Le tableau du traitement et des soins en Amérique latine et dans les Caraïbes est aussi très divers. Certains pays ont fait d'immenses progrès pour garantir la fourniture de tous les médicaments disponibles. Toutefois, l'accès aux médicaments contre le VIH et leur disponibilité sont encore très irréguliers dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

Dans les Caraïbes anglophones, aucun tableau régional ne ressort clairement, étant donné la présence dans cette région de taux d'incidence à la fois élevés et faibles. La plupart des cas sont transmis par voie hétérosexuelle, tandis que la transmission parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes représente 14% des quelque 10 000 cas signalés dans la région. Toutefois, la période de doublement des cas de SIDA dans la région est estimée à quatre à cinq ans.

Les discussions qui se sont tenues durant les ateliers reposaient sur deux bases. La première discussion s'est fondée sur le rapport du précédent atelier consultatif mondial de Washington, DC, qui décrit le processus du projet et les conclusions tirées jusque là. La seconde a découlé de la présentation d'un cadre fondé sur les cinq domaines contextuels (politique gouvernementale, statut socio-économique, culture, relations entre les sexes, et spiritualité) ainsi que sur les observations et variations introduites au cours des ateliers consultatifs régionaux de Bangkok et d'Abidjan.

Après les premiers rapports de pays, la mise au point du cadre contextuel a été présentée et discutée. Il y a eu consensus sur l'importance de prendre en compte les cinq domaines lors de l'élaboration des programmes de communication sur le VIH/SIDA, tout en retenant ce qui avait bien fonctionné dans les approches et les modèles précédents. Par exemple, les points forts des approches antérieures reposent sur la méthodologie suivie par les programmes de communication. Cette méthodologie, peu importe le modèle utilisé, doit idéalement inclure les questions d'estimation des besoins, de planification, d'essais préalables, de mise en œuvre, d'évaluation, et de feedback de la planification. Comme il manque toutefois certains éléments dans les programmes de communication et les interventions existants (par exemple, le plaidoyer et la participation accrue des personnes vivant avec le VIH), et étant donné l'extension de l'épidémie, d'autres modèles sont nécessaires de toute urgence pour servir de base à des interventions plus efficaces.

S'il faut rechercher d'autres approches, on ne doit néanmoins pas perdre de vue l'urgence de la maladie. Cela signifie que des programmes efficaces à court terme doivent être mis au point tandis que l'on s'attelle à l'élaboration d'une nouvelle stratégie. Les capacités des organisations de personnes vivant avec le VIH et d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des ONG et d'autres organismes doivent être renforcées afin que s'accroisse l'efficacité de leur lutte contre l'épidémie.

Les questions soulignées dans les discussions de groupe appartenaient à une ou plusieurs catégories des cinq

domaines du cadre contextuel. En outre, deux aspects étroitement liés de la méthodologie de la communication ont également été introduits. Le premier comprend l'estimation des besoins, la planification, les essais préalables, la mise en œuvre, le suivi, et l'évaluation. Le feedback doit aussi être inclus dans cet aspect. Le second aspect méthodologique comprend les questions d'influence, notamment la pédagogie sociale, la mobilisation, le plaidoyer social, et le plaidoyer de la politique gouvernementale. La pédagogie sociale se rapporte à la nécessité croissante d'apprendre comment coexister avec l'épidémie. La mobilisation se réfère aux questions de volonté politique et d'engagement aux niveaux international, national et local. Le plaidoyer social a été décrit comme les questions liées à l'établissement de lois équitables sur le VIH/SIDA (par ex., l'accès aux médicaments et au traitement) et aux droits de la personne. Enfin, la politique gouvernementale et le plaidoyer se réfèrent à l'engagement politique des gouvernements sur les questions de VIH/SIDA.

Comme on l'a dit plus haut, ces deux aspects méthodologiques sont étroitement liés, indiquant un feedback constant entre les deux processus. Une attention particulière doit être portée au fait qu'un plaidoyer politique et social touchant les processus de décision pourrait être nécessaire avant la conduite de toute activité technique (méthodologie), telle qu'une campagne de communication. Les décisions politiques affectent souvent les types de messages qui feront partie de la campagne de communication. Cela signifie que même lorsqu'une campagne de communication est

solide du point de vue méthodologique, son impact peut être limité pour des raisons politiques.

Ce cadre conceptuel nous indique encore que la communication ne doit pas être orientée uniquement vers des questions d'information et de messages sur un changement de comportement seul, mais également vers l'ensemble de tous les aspects du VIH (prévention, soins, et soutien).

Recommandations

Outre les cinq domaines contextuels, deux autres éléments clés pertinents ont été identifiés au cours des ateliers Amérique latine/Caraïbes. Il s'agit 1) du plaidoyer, et 2) de la participation de personnes séropositives aux programmes de communication.

Plaidoyer

- Le plaidoyer est nécessaire sur plusieurs fronts à travers toute la région. Par exemple, les questions liées aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes tendent à être ignorées dans certains pays. Ainsi, un plaidoyer doit être conduit aux niveaux local, national aussi bien qu'international.
- La nécessité de renforcer les groupes de soutien s'accroît. Le plaidoyer doit jouer un rôle primordial dans ce processus. Par exemple, si nécessaire, l'accès aux services de santé de base doit être

préconisé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

- Il faut s'efforcer d'élaborer des partenariats forts parmi les médias, les gouvernements, et les ONG. Toutefois, cela doit être réalisé par le biais de négociations, de la sensibilisation des patrons des médias, et de propositions de stratégies de communication solides.
- L'ONUSIDA doit jouer des rôles variés dans ce processus : en tant qu'intervenant, promouvoir la prévention et davantage d'attention aux niveaux de l'individu et de la famille par le biais du plaidoyer avant l'élaboration de politiques et la prise de décisions.
- La création d'un bureau de parole régional est une manière de renforcer les programmes d'éducation et de prévention. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA pourraient se sentir plus à l'aise pour échanger leurs expériences dans un autre pays que le leur, où elles auraient peu d'occasions d'être mises au ban de la société ou de faire l'objet de discrimination.
- Sur le plan éthique, les personnes qui participent au lancement de programmes sur le VIH/SIDA doivent pratiquer l'autocritique et s'analyser pour déterminer leur engagement personnel vis-à-vis de ce travail, ainsi que l'engagement de leur organisation. Le plaidoyer doit s'adresser à tous les publics, de manière à ce qu'une volonté et un engagement politiques soient obtenus.

- Les questions relatives à la violence, aux valeurs culturelles, aux droits de l'homme, à l'éducation, à la spiritualité et au droit doivent aussi être prises en compte dans la communication. Toutefois, sur la question des droits de l'homme, certains participants ont jugé qu'en Amérique latine ce terme pouvait avoir, dans certains contextes, une connotation négative. Ainsi, des termes tels que *dignité humaine* ou *citoyenneté* pourraient-ils être utilisés afin d'éviter de rencontrer davantage de résistance.

Faire participer les personnes séropositives au VIH aux programmes de communication

- Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent participer à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de communication. A cet égard, la négociation et le consensus au sein des gouvernements, des organisations internationales et d'autres groupes touchés par l'épidémie sont d'une importance cruciale.
- Le VIH/SIDA est étroitement lié aux émotions et aux sentiments. Le changement de comportement ne s'effectue pas d'une manière plutôt que d'une autre. La fête, la musique et l'humour sont des éléments déterminants de la culture d'Amérique latine et des Caraïbes et doivent être utilisés dans les programmes d'éducation et de prévention.

- Les campagnes de communication ne se limitent plus à des messages de prévention, mais doivent prendre en compte l'ensemble des éléments de la santé, de la prévention jusqu'aux soins et au soutien.
- Les stratégies de communication doivent être adaptées sur le plan local, afin que des groupes et des domaines spécifiques puissent être ciblés (par exemple, populations urbaines et rurales et groupes sensibles). Les programmes doivent garantir pluralité et diversité et promouvoir le consensus (en conservant le SIDA dans les médias et dans les programmes sociaux).

5

L'avenir : traduire le cadre en stratégies de communication nationales

La communication évolue vers des médias participatifs

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

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

débats. L'éducation par le divertissement en est un exemple. Cette stratégie médiatique novatrice se définit comme le processus qui consiste à intégrer un contenu éducatif dans des messages divertissants afin d'accroître les connaissances sur une question donnée, de créer des attitudes positives, et de changer le comportement dans le temps concernant un sujet touchant à l'éducation (Singhal et Rogers, 1999). La voix des femmes, les personnes marginalisées sur le plan économique et politique, les groupements d'intérêts (notamment les ONG) et d'autres parties prenantes faisant partie de la communauté et de la vie nationale sont en train de trouver une place dans les médias à assise communautaire pour exprimer leurs particularités.

De nombreux pays où les ressources sont limitées sont en train de passer d'une radiodiffusion/télédiffusion d'Etat et de monopoles de la presse officiels à une foule d'activités commerciales, souvent plus dynamiques, servant des niches de marché. En Ouganda, par exemple, la libéralisation de la radiodiffusion a conduit le Gouvernement à diminuer sensiblement ses investissements dans Radio Ouganda, tandis que de nouvelles organisations commerciales, telles que la « Radio de la Capitale » à Kampala, qui met l'accent sur la musique populaire occidentale, deviennent de plus en plus populaires. Le programme de la Radio de la Capitale *Capital Doctor* a trouvé de nouveaux moyens pour rendre le VIH/SIDA et d'autres questions de santé plus proches des gens ordinaires. Toutefois, au même moment, plusieurs des nouvelles chaînes de radio chrétiennes diffusaient des programmes contenant des

messages ambigus et parfois négatifs sur l'utilisation du préservatif.

Pour les professionnels de la santé, ce processus de fragmentation des médias et de démocratisation soulève un certain nombre de questions, l'une des plus importantes étant que la communication d'un message unique à un public national est devenue bien plus complexe. Les monopoles de médias dirigés par l'Etat permettaient aux professionnels de la santé d'atteindre leur public d'un seul coup. Les occasions de transmettre des messages par l'intermédiaire d'un seul média se raréfient. Même dans de nombreux pays où le contrôle de l'Etat sur les médias a pu se maintenir et où il est le plus puissant, des forces irrésistibles vont dans la direction de médias plus ouverts et plus diversifiés. De nombreux Etats luttant pour maintenir des systèmes médiatiques nationaux se sont tournés vers le secteur privé pour compléter leur financement. En termes politiques, la tendance vers davantage de démocratie (peu importe si elle est encore hésitante) accroît la pression pour obtenir un plus grand pluralisme et creuse un fossé entre le parti politique au pouvoir et les médias de masse.

Malgré ces défis, la diversité de plus en plus grande de l'appartenance des médias offre aux communicateurs davantage d'occasions de disséminer les messages de santé opportuns. Par exemple, les messages encourageant les gens à utiliser des préservatifs lors de rapports sexuels et qui rehaussent le statut des femmes dans les médias sont de mieux en mieux acceptés par les médias de plus petite taille. En outre, la fragmentation des médias peut permettre aux communicateurs de la santé

d'atteindre d'autres segments du public au moyen de messages plus spécifiques. Mais les coûts (de production, de main-d'œuvre et de matériel) sont inévitablement plus élevés. De plus, la privatisation des médias fait craindre que les professionnels du développement et de la santé ne soient peut-être en train de renforcer un processus de globalisation, dominé par le profit.

Certains affirment que les pays dont les ressources sont limitées sont manipulés et façonnés par des forces externes sur lesquelles ils ont peu de prise, ou n'en ont pas du tout.

Un cadre de communication nouveau et plus adaptable a été élaboré. Il est basé sur le contexte dans lequel le VIH/SIDA sévit, se propage et attaque les communautés, les pays et les régions. Chaque fois que possible, il se basera simultanément sur le pouvoir de la communication interpersonnelle à changer les comportements et sur le pouvoir d'information des médias de masse.

Pratique de la communication et prévention du VIH/SIDA

Dans l'élaboration d'interventions de communication pour la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA, les campagnes médiatiques et la communication interpersonnelle sont complémentaires. Les médias de masse transmettent l'information avec efficacité et viennent ainsi renforcer la communication de personne à personne. L'association des médias de masse et de la communication interpersonnelle permet d'aborder les préoccupations de divers individus et de divers groupes

tout en respectant la nature délicate et privée de la sexualité humaine. *Oramedia* — un terme créé par Ogboaja pour décrire un réseau traditionnel de canaux de communication dans le contexte africain — est un exemple de communication interpersonnelle efficace et applicable également à plusieurs cultures d'Asie ainsi que d'Amérique latine et des Caraïbes.

Les publications traitant des succès de la communication interpersonnelle sur le VIH/SIDA sont rares. Cela est dû en partie au financement relativement limité dont on dispose pour ce type d'interventions. Le financement a été limité principalement du fait que la communication interpersonnelle atteint moins de monde que les médias de masse. Toutefois, de nombreux praticiens ont constaté que la communication interpersonnelle avait été couronnée de succès lorsque étaient abordées les questions sensibles liées au comportement sexuel en Afrique et en Asie. En outre, les coûts et les avantages de la communication interpersonnelle n'ont pas encore été évalués de manière adéquate. La communication interpersonnelle mène à un changement de comportement qui ne peut pas être évalué aussi facilement que dans le cas de la promotion et du maintien d'une sensibilisation par l'intermédiaire des médias de masse.

Un autre problème est que les campagnes médiatiques de masse sur la prévention du VIH/SIDA sont critiquées, en partie du fait que des chercheurs et des praticiens ont prétendu que les comportements avaient été influencés, alors qu'une simple sensibilisation était le seul résultat possible. Les campagnes médiatiques de masse, qui se caractérisent par leur durée limitée, sont

nécessaires pour promouvoir et maintenir la sensibilisation, mais le changement de comportement exige une promotion durable parmi les groupes et les individus, et demande un élément de communication interpersonnelle.

Les campagnes médiatiques sont aussi utiles pour renforcer la communication interpersonnelle, en s'orientant, par exemple, sur le rôle respectif de l'homme et de la femme au sein de la famille et de la communauté. Les hommes ont ainsi été encouragés à engager un dialogue sur la prévention du SIDA, plutôt que de laisser aux femmes tout le poids de la décision. L'importance que les hommes attachent à leur famille et à leur rôle de protection au sein de la famille et de la communauté peut être renforcée par les médias de masse.

Les campagnes médiatiques de masse peuvent aussi aider à remettre en question l'hypothèse selon laquelle seule de meilleures connaissances sur le VIH/SIDA conduisent à adopter un comportement sexuel à moindre risque. Il est capital de cibler chaque segment de la communauté en utilisant des messages appropriés si l'on veut atteindre une population dont les modes de production et d'acquisition des connaissances varient. Les cultures diffèrent aussi dans la manière dont elles accordent leur confiance aux nouvelles connaissances pour les motiver à changer de comportement. Les associations entre les connaissances, les attitudes et les pratiques sont plus ou moins fortes selon les cultures. La compréhension de ces variations culturelles est essentielle pour les interventions de communication.

L'hypothèse traditionnelle selon laquelle les connaissances entraînent automatiquement un changement de comportement n'est plus acceptée.

Les spots radiodiffusés et télédiffusés sur le VIH/SIDA se caractérisaient par des informations non spécifiques et non controversées sur la sexualité sans risque. Dans la plupart des cas, les spots ont été élaborés pour accroître la connaissance plutôt que pour influencer le comportement. La promotion de l'utilisation du préservatif en tant que message de prévention en matière de comportement est apparue dans moins d'un tiers des spots sur le VIH/SIDA. Jusqu'ici, la majorité de ces spots étaient destinées au grand public. Elles fournissaient généralement des informations vagues, visuellement peu explicites, évitaient d'aborder les obstacles aux changements de comportement, et ne faisaient que rarement des recommandations spécifiques. Presque sans exception, les spots se sont limités à accroître les connaissances sur le VIH/SIDA. Cette approche ne correspond pas aux buts des campagnes de prévention du VIH/SIDA, qui consistent à agir sur des domaines con-textuels grâce auxquels il est possible de modifier les comportements.

Un autre facteur doit être pris en compte : les praticiens du VIH/SIDA ont commencé à lancer des programmes se fondant sur la communauté et la desservant tout entière. Contrairement aux campagnes de communication classiques, les interventions au niveau de la communauté tout entière sont à long terme, sont plus complexes et exigent une large participation de la communauté. Si les campagnes médiatiques de masse

correctement élaborées et mises en œuvre peuvent jouer un rôle vital dans l'accroissement des connaissances et une meilleure sensibilisation du public, davantage de ressources doivent être investies dans la communication interpersonnelle. Il faut aussi remarquer que les campagnes de communication seules ne peuvent pas changer l'infrastructure de la communauté, déterminer les politiques et les mettre en vigueur, ni accroître les ressources (telles que la distribution de préservatifs et les échanges de seringues) et les services (tels que conseil, tests, ou soins médicaux).

En résumé, les réponses des pays représentés lors de ces ateliers consultatifs ont porté principalement sur les éléments clés cités ci-après, qui s'imposent si l'on veut obtenir une communication efficace sur la prévention du VIH/SIDA, ainsi que sur d'autres thèmes qui posent encore quelques problèmes aux programmes de prévention, de soins et de soutien relatifs au VIH/SIDA :

- Intégrer la prévention du VIH/SIDA au traitement des MST/IST, étant donné que cette stratégie a fait ses preuves.
- Placer les messages sur le VIH/SIDA dans le contexte plus large de la réalité socio-économique du pays, tout en reconnaissant que le VIH représente une crise à la fois économique et sociale.
- Mettre au point des stratégies de communication en tenant compte de la culture, des relations entre les sexes, de la structure du pouvoir, de la

religion/spiritualité, du statut économique de l'individu et du gouvernement, et du rôle individuel et collectif de ces dimensions dans la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA.

- Promouvoir la participation communautaire en planifiant et en exécutant des programmes centrés sur les personnes, et qui amènent une participation à large assise.
- Utiliser les médias de masse et les messages interpersonnels, soit de manière indépendante, soit conjointement, dans les stratégies de communication.
- Reconnaître le rôle de la consommation d'alcool dans la propagation du VIH. Cela est d'autant plus important du fait que certaines sociétés favorisent la consommation d'alcool.
- Soutenir la disponibilité des préservatifs et enseigner la manière de les utiliser correctement.
- Préconiser une communication qui aborde l'importance des lois interdisant la violence contre les femmes, notamment la violence domestique et le viol par les militaires.
- Encourager la communication avec et entre les parents et les frères et sœurs afin de permettre une discussion sur le VIH/SIDA de la manière dont la culture et la famille soutiennent la discussion parents-enfants.

- Collaborer avec le secteur privé et reconnaître l'importance du rôle des organisations non gouvernementales, de manière à renforcer leurs rôles et leurs capacités.
- Elaborer des programmes ciblés pour des populations spécifiques, telles que les chauffeurs de taxi.
- Utiliser la recherche participative et qualitative, de manière à ce que les bénéficiaires des programmes puissent participer à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation. Ce type de recherche a permis à plusieurs pays d'identifier les problèmes et les publics qui avaient été négligés au cours de la planification des interventions de communication.
- Identifier les différences à l'intérieur d'un pays ou d'une région (par exemple, zones rurales vis-à-vis des zones urbaines, et plaines vis-à-vis des montagnes).
- Reconnaître l'importance des droits de l'homme par rapport à la protection juridique des personnes vivant avec le VIH/SIDA, notamment les stratégies de communication telles que la divulgation des essais de vaccins, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et l'accès aux médicaments thérapeutiques, en particulier les antirétroviraux. Chacune de ces stratégies pose des problèmes éthiques.
- Elaborer des programmes pour des populations spécifiques, tels que l'intégration dans les pro-

grammes scolaires d'une composante sur l'enseignement du VIH/SIDA à l'école et des ateliers sur l'enseignement du VIH/SIDA sur le lieu de travail.

- Maintenir la sensibilisation par l'intermédiaire des médias de masse — par exemple, s'attaquer aux idées fausses sur le VIH/SIDA — tout en reconnaissant les limites de la seule confiance en les médias pour pousser à l'action.
- Reconnaître les implications pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Dans certains pays, cet aspect continue à être négligé dans les programmes de prévention du VIH/SIDA.
- Utiliser l'évaluation comme un des éléments de toutes les stratégies de communication. On doit aussi mettre l'accent sur l'essai préalable dans tous les programmes de communication en tant que composante cruciale d'un message et d'une conception matérielle efficaces. En outre, le contexte épidémiologique du VIH/SIDA doit être étudié par le biais de recherches systématiques afin que l'on puisse concevoir des programmes de communication plus efficaces.
- Promouvoir l'ouverture aux idées et approches nouvelles à même d'influencer le public. A certains endroits, un enseignement scolaire précoce sur la prévention du VIH/SIDA pourrait être une manière efficace d'aborder le problème. Toutefois, la volonté et l'engagement politiques

sont nécessaires, ce qui signifie que le travail de plaidoyer doit être dirigé vers les ministres de l'éducation et autres décideurs.

Recommandations

Dans le contexte du VIH/SIDA, des solutions à court terme comme des changements à long terme sont nécessaires si l'on veut alléger l'impact de la maladie. Les domaines contextuels posent des problèmes complexes, car ils ne se prêtent pas à des stratégies d'intervention linéaires consistant à trouver des solutions sans faire référence aux causes profondes. Il est indispensable d'identifier les normes sociales, culturelles et comportementales qui pourraient être encouragées ou changées pour réduire les situations à risque qui tendent à favoriser la propagation du VIH/SIDA. Quelques-uns des éléments clés pour atteindre les buts et les objectifs concernant les cinq domaines contextuels sont énumérés ci-dessous.

Communication interpersonnelle

- Identifier le rôle et la fonction des stratégies de communication interpersonnelle. Par exemple, identifier le potentiel qu'offre l'éducation par le divertissement en utilisant l'humour dans les messages sur le SIDA et dans les discussions sur la sexualité pour promouvoir la franchise au sein des couples, des pairs, et des amis.

- Créer des occasions pour les communautés de discuter des problèmes par l'intermédiaire de la communication interpersonnelle.

Médias de masse

- Définir le rôle et la fonction des interventions de communication, notamment la mobilisation sociale et le plaidoyer.
- Former les personnels et les participants, qu'ils viennent de l'intérieur ou de l'extérieur du contexte social visé, à utiliser des stratégies médiatiques de masse efficaces.
- Evaluer le milieu de l'information, particulièrement à la lumière de la concurrence qui existe entre la santé et les autres priorités en matière d'espace et de temps médiatiques.

Intervention programmatique

- Faire une distinction entre la communication planifiée et les actualités qui ne sont pas du ressort des intervenants en matière de santé.
- Identifier ce que l'on entend par signification culturelle, de manière à ce que la compréhension et l'appréciation de la « culture » ne se limite pas aux croyances individuelles.
- Utiliser les ressources humaines locales, telles que les leaders d'opinion et les guérisseurs tradition-

nels, qui serviront d'intervenants lors de la planification de la communication.

- Utiliser des approches souples en matière de communication, plutôt que des formules standard.
- Couvrir tous les éléments allant de la prévention aux soins dans les stratégies de communication.
- Traiter les communautés comme des cibles de l'information en les considérant comme un tout, mais divisé en segments, plutôt que de les traiter comme un seul public.

Modèle de cadre de communication

Domaines	Éléments	Analyses	Résultats	Stratégies	Evaluation
Politique gouvernementale					
Statut socio-économique					
Culture					
Relations entre les sexes					
Spiritualité					

Le modèle ci-dessus peut servir de guide d'application de la communication dans le nouveau cadre. On y trouve les cinq domaines qui ont été identifiés. Chaque domaine aura plusieurs éléments, et certains de ces éléments (par exemple, la création d'un potentiel d'action ou les étapes de l'épidémie) peuvent concerner des domaines multiples. Le pays devrait analyser chaque élément sur la base de la recherche et de l'expérience des régions. L'étape suivante sera l'identification des résultats spécifiques de la riposte à cet élément dans un des domaines contextuels ou dans plusieurs simultanément. On pourrait citer comme exemples les changements de la morale sociale, les changements politiques, ou le renforcement des valeurs culturelles positives. Après l'identification des résultats, les stratégies pour obtenir ces résultats devraient être identifiées. Par exemple : La voie de communication devrait-elle être les médias ou la communication interpersonnelle ? Si on choisit les médias, faut-il que ce soit la télévision, la radio, les journaux ou les magazines, et que ce soit une couverture complète ou une couverture ciblée ? S'il s'agit de communication interpersonnelle, faudrait-il choisir un petit groupe, des leaders d'opinion ciblés, ou un public captif (par exemple, un marché, une école ou un parc de stationnement) ? Il faut ensuite identifier les messages spécifiques fondés sur les succès antérieurs. Enfin, il devrait exister un mécanisme permettant de suivre et d'évaluer la planification, le processus, et le résultat de l'intervention.

6

Le cadre : du local au mondial

Le nouveau cadre de communication ONUSIDA tire ses informations d'une association de recherche et de pratique conforme à l'appréhension conceptuelle et pratique à l'intérieur de chaque contexte. En particulier lorsqu'elles sont utilisées pour aborder le VIH/SIDA en Afrique, en Asie, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, les stratégies de communication pourraient incorporer des éléments choisis des approches existantes, mais ne doivent pas être modelées sur ces approches de manière rigide.

Une stratégie de communication doit aller au-delà de la simple diffusion de messages. Elle doit fournir un travail d'évaluation prouvant que ces messages ont été vraiment efficaces. L'évaluation devrait être un processus continu, encourageant la communauté au niveau local à examiner ses propres problèmes et à participer à la construction de solutions. Des méthodes d'évaluation à la fois quantitatives et qualitatives devraient être utilisées. Parfois, dans la communauté, un suivi et une évaluation guidés mais informels sont essentiels pour révéler les vrais besoins de la communauté et obtenir

une information fiable sur les questions sensibles ayant trait à la sexualité.

Les interventions de communication devraient se fonder sur une évaluation des approches actuelles de la communication sur le VIH/SIDA et s'orienter vers une action mondiale qui prenne en compte les directives et consultations régionales. Faire participer les gens à ces processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation exige des politiques de communication efficaces, culturellement sensibles, et complètes, facilitées par la communication interpersonnelle, l'éducation et les campagnes médiatiques de masse. Cela s'applique aussi aux méthodes transculturelles de communication, telles que la communication orale et la plasticité du langage. (Celle-ci consiste à employer des expressions culturelles, en particulier des conseils et des paroles d'encouragement, se présentant souvent sous forme d'adage, d'allégorie et de métaphore. Ces expressions peuvent ne pas mentionner le sujet de la discussion, mais sa signification est toutefois clairement comprise par ceux qui participent à la communication.) Ainsi, la sensibilité culturelle devrait-elle être au centre de l'élaboration des interventions de communication à la fois dans les médias et dans les communications interpersonnelles.

Au cours du processus de consultation, l'ONUSIDA a conclu que les théories et pratiques conventionnelles actuelles concernant le comportement en matière de santé étaient trop limitées et qu'elles semblaient ne pas convenir à l'élaboration d'un cadre adaptable. On a évoqué plus haut les cinq domaines contextuels qui sont apparus comme des facteurs à prendre en considération

pour le comportement en matière de prévention du VIH/SIDA dans un cadre de communication révisé.

Après de longues discussions sur le processus et le résultat, il a été convenu que le nouveau cadre devrait s'orienter sur les questions clés qui doivent être abordées et la capacité à les aborder dans un contexte donné. Il a aussi été convenu qu'étant donné le résultat des réunions, l'accent ne devrait pas être mis sur l'élaboration d'une autre théorie, mais sur une approche mondiale de la prévention et des soins relatifs au VIH/SIDA qui fasse preuve de souplesse et s'appuie sur les spécificités régionales. En conséquence, le cadre devrait identifier les questions et éléments clés à aborder. Les caractéristiques devraient en être laissées à chaque pays pour faire en sorte que les différences locales soient représentées et évoquées de manière appropriée. On trouvera ci-dessous quelques principes destinés à servir de guides lors de la formulation de cadres d'interventions de communication sur le VIH/SIDA au niveau national :

- Les publics cibles devraient être clairement identifiés dans le cadre, afin que leurs besoins spécifiques puissent être abordés de manière appropriée.
- Les milieux des médias sont en train d'évoluer rapidement et les partenariats avec les médias devraient être cultivés afin d'encourager les leaders des organisations médiatiques à faire progresser une communication adéquate sur le VIH/SIDA.

- Les interventions de communication devraient être considérées comme une association de communications médiatiques de masse et de communications interpersonnelles.
- Un cadre de communication adaptable devrait être fondé sur une association de stratégies orientées vers les éléments contextuels de la politique gouvernementale, du statut socio-économique, de la culture, des relations entre les sexes, et de la spiritualité.
- Les stratégies de communication devraient aborder toute la gamme des services de santé — de la prévention aux soins.
- Il faudrait soutenir les approches communautaires des interventions, dans lesquelles les membres et les institutions communautaires participent dès la phase d'évaluation.
- Les leaders d'opinion devraient être mobilisés et inclus dans les stratégies de communication, en particulier dans la communication interpersonnelle.
- La communication devrait être ciblée sur les membres de la communauté qui peuvent véhiculer l'information, tels que les enseignants et les guérisseurs traditionnels.
- L'élaboration de messages de communication sur le VIH/SIDA devrait inclure à la fois la personne qui envoie et celle qui reçoit le message. Utiliser

une approche complète, éclectique, plutôt qu'un modèle « soit ceci, soit cela ».

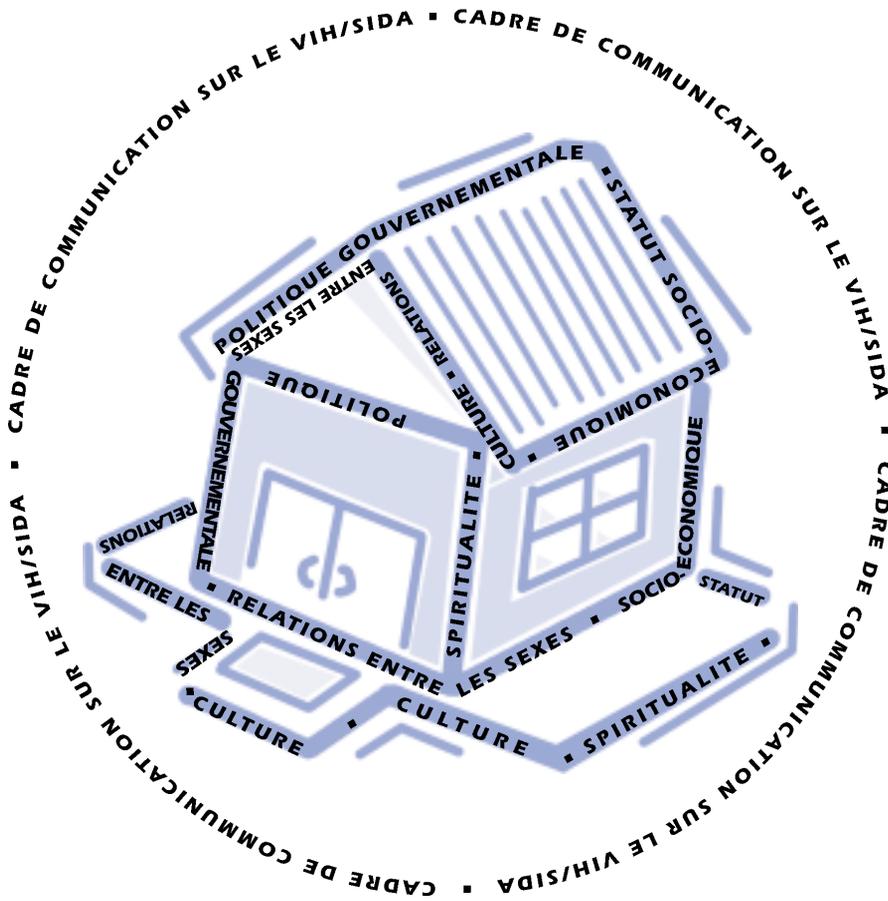
- Les contextes familiaux, au sein desquels le messager et la personne qui reçoit le message sont reliés par des significations et des codes culturels similaires, devraient constituer la base des interventions de communication.
- Les stratégies régionales, nationales et locales qui encouragent l'appartenance conceptuelle et pratique d'un projet devraient être encouragées.
- Les contextes régionaux devraient influencer les stratégies de communication.
- Une institution peut être considérée comme un canal ou un média au même titre qu'un individu.
- La communication interpersonnelle, en particulier lorsqu'elle aborde des questions considérées comme culturelles ou spirituelles, devrait être fortement encouragée.
- Le soutien de la communication sur la prévention devrait être renforcé, étant donné que les limites des nouvelles polythérapies peuvent créer une fausse impression de sécurité au sein des populations les plus vulnérables.

Lorsque la maison devient un foyer

Le cadre de communication peut être représenté comme une maison dont la structure varie d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre. Les habitants d'une « maison » la transforment en « foyer » au moyen de leur culture, de leur spiritualité, de leurs ressources économiques, de leur sexospécificité et leurs rapports familiaux, ainsi que des politiques et des règles qui gouvernent l'interaction au sein du foyer. Ainsi, la spécificité aux niveaux régional, national et communautaire transformeront la maison en un foyer. Toute maison a des fondations, un toit et des murs destinés à répondre aux conditions régnant dans un milieu déterminé — le contexte. Dans le nouveau cadre de communication, les cinq domaines sont représentés dans les fondations, le toit et les murs de la maison, selon les buts, les objectifs et les stratégies qui seront utilisés dans une intervention de communication donnée. La spécificité régionale et nationale sera captée dans les différentes significations architecturales, structurelles, climatiques, matérielles, spirituelles et culturelles qui transformeront la maison en foyer (voir figure 6.1, p. 95).

Le cadre devrait aider à provoquer un débat sur la relation entre l'orientation d'un programme de communication et chaque phase de l'épidémie de VIH/SIDA. Différents messages et approches peuvent être appropriés pour chaque étape.

Les éléments du cadre devraient englober : a) la définition et la portée des interventions de communication ; b) les stratégies concernant les aspects pratiques



Lorsque la maison devient un foyer

Figure 6.1

de la communication ; c) les aspects de l'élaboration du programme — spécifiquement la création d'un potentiel d'action, la création d'un potentiel de crédibilité, les conseils sur les mesures d'ordre politique, et la mobilisation des ressources ; et d) l'évaluation des stratégies et des résultats de la planification et de la mise en œuvre.

Enfin, comme on peut s'y attendre, il devrait y avoir dans la maison des portes pour entrer et sortir. Dans le

cadre de communication, il y aura une double porte, comprenant sur un panneau les questions clés et les processus de mise en œuvre de la stratégie, et sur l'autre les échelons clés et les processus d'évaluation. Les fenêtres offriront des occasions à chaque région et à chaque pays d'aborder leurs conditions spécifiques pertinentes à l'étape de l'épidémie dans leur propre contexte.

Par exemple, dans un programme mettant des préservatifs à la disposition des clients des professionnel(le)s du sexe, le gouvernement national peut se situer sur le toit du cadre de communication pour établir une politique qui assurerait la disponibilité systématique des préservatifs. Porter au maximum l'utilisation des préservatifs peut toutefois exiger l'identification des attentes sociétales des femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe. Ainsi, les relations entre les sexes peuvent-elles se situer dans les fondations du cadre. D'autres domaines contextuels connexes forment les murs du cadre — le statut socio-économique et les facteurs culturels et spirituels aux niveaux de la communauté, de l'institution et de l'individu.

Dans une autre situation, l'impossibilité de traduire la sensibilisation du public en un comportement positif sur le plan de la santé peut nécessiter de situer la spiritualité sur le toit, qui représentera les communautés religieuses. Il peut être nécessaire que les chefs des différentes religions ciblent divers messages de communication sur différents sous-groupes de population. Entre-temps, la culture pourrait se situer dans les fondations. La culture pourrait être utilisée pour identifier les processus de

communication qui conduiraient les familles et les communautés à passer de la sensibilisation au changement de comportement. Dans ce dernier exemple, le rôle des relations entre les sexes, du statut socio-économique et de la politique gouvernementale peuvent être considérés comme des passages et des fenêtres s'ouvrant sur l'établissement d'une stratégie appropriée.



Conclusion

Cette monographie ne comprend pas l'examen des mesures à prendre pour rendre les cadres nationaux opérationnels ; la discussion devrait avoir lieu au niveau national. En fait, fournir des mesures opérationnelles irait à l'encontre des intentions du processus de participation qui caractérise cette initiative. L'étape suivante de ce processus consiste à ce que chaque pays — ou groupe de pays — dans les régions instaure un forum au sein duquel chercheurs et praticiens pourraient se réunir afin d'élaborer des méthodes pour rendre les cadres régionaux opérationnels dans leurs propres contextes. C'est à ce moment-là que la maison se transformera en foyer.



Appendices



Glossaire

ACORD—Association de Coopération et de Recherche pour le Développement

AED—Academy for Education Development

AIDSCAP—Projet de prévention et de lutte contre le SIDA de Family Health International (FHI)

AIDSMARK—Projet de Population Services International (PSI)

CCC—Communication pour le changement de comportement

CCISD—Centre for International Cooperation in Health and Development

FHI—Family Health International

FIPF—Fédération internationale pour la Planification familiale

FNUAP—Fonds des Nations Unies pour la Population

IEC—Information, éducation et communication

ISAPSO—Integrated Service for AIDS Prevention Support Organization

JHU—Université Johns Hopkins

MST/IST—Maladies sexuellement transmissibles/Infections sexuellement transmissibles

NAP—Programme national de lutte contre le SIDA

NASCP—Programme national de lutte contre le SIDA et les MST

OMS—Organisation mondiale de la Santé

- ONU—Organisation des Nations Unies
- ONUSIDA—Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- PATH—Programme de technologie appropriée à la santé
- PCS—Population Communication Services, Université Johns Hopkins
- PennState—The Pennsylvania State University
- PNUCID—Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues
- PNUD—Programme des Nations pour le Développement
- PSI—Population Services International, USA
- SAfAIDS—Southern Africa AIDS Information Dissemination Service
- SFH—Society for Family Health
- UNESCO—Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
- UNICEF—Fonds des Nations pour l'Enfance
- USAID—Agence des Etats-Unis pour le Développement international
- SIDA—Syndrome d'immunodéficience acquise

- Ahmed, S. (1993, 6–11 juin). Truck drivers as vulnerable group in northeast India. *Conférence internationale sur le SIDA* (2), 679. (Abstract no. P0–C08–2778).
- Airhihenbuwa, C. O., Makinwa, B., and Obregon, R. (1998). Health communications for HIV/AIDS in the next millennium. *Journal of Health Education*, 29 (5), 326–327.
- Airhihenbuwa, C. O. and Obregon, R. (1997, 7–11 novembre). A critical assessment of theories/models used in communication strategies for HIV/AIDS. UNAIDS Consultation Meeting on Communications Programming, Genève, Suisse.
- Airhihenbuwa, C. O. (1995). *Health and culture: Beyond the Western paradigm*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1998, août). Social modeling and self-efficacy. *A Report on the Second International Conference on Entertainment-Education and Social Change*. Johns Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP). Baltimore: JHU/CCP.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508.
- Bibeau, G. (1997). At work in the fields of public health: The abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2), 146–155.
- Chowdhury, S., Goswami, A., and Amar, S. (1993, 6–11 juin). Sexual behavior and perception of risk of AIDS in youth of urban slums of Delhi, India. *Conférence internationale sur le SIDA*, 9 (2), 951. (Abstract no. P0–D37–4399).
- Deane, J. (1997, 7–11 novembre). Surrendering the agenda: The future of HIV/AIDS communications. UNAIDS Consultation Meeting on Communications Programming, Genève, Suisse.

- Dillard, J. P., Plotnick, C. A., Godbold, L. C., Freimuth, V. S., and Edgar, T. (1996). The multiple affective outcomes of AIDS PSAs: Fear appeals do more than scare people. *Communication Research*, 23 (1), 44–72.
- Ferreira, A. and Mallol, S. (1994, 7–12 août). Training health agents for prevention in urban low socioeconomic status women. *Conférence internationale sur le SIDA*, 10 (1), 328. (Abstract no. PD0135).
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flora, J. A. and Myhre, S. (1997, 7–11 novembre). International AIDS communication campaign: Progress and prospects. UNAIDS Consultation Meeting on Communications Programming, Genève, Suisse.
- Fogarty Workshop on International HIV/AIDS Prevention Research Opportunities. (1998, 17–20 avril). University of California, San Francisco AIDS Research Institute, San Francisco, CA
- Freimuth, V. S. (1992). Theoretical foundations of AIDS media campaigns. In T. Edgar, M. A. Fitzpatrick, and V. S. Freimuth (Eds.), *AIDS: A Communication Perspective* (pp. 91–110). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gill, H. and Mohammed, S. (1994, 7–12 août). Factors affecting control of AIDS in Nigeria. *Conférence internationale sur le SIDA*, 10 (2), 252. (Abstract no. PC0371).
- Glanz, K. and Rimer, G. K. (1995). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. U.S. Department of Health and Human Services. PHS, NIH.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, L. W., George, M. A., Daniel, M., Franklin, C. J., Herbert, C. J., Bowie, W. R., and O’Neill, M. (Eds.). (1995). Société royale du Canada: Recherche participative et promotion de la santé. *Bilan et recommandations pour le*

développement de la recherche participative en promotion de la Santé au Canada. Institut de Recherche en Promotion de la Santé, Université de Colombie Britannique et Consortium pour la Recherche en Promotion de la Santé de C.B.

Green, L. W. and Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

Guttman, N. (1997). Ethical dilemmas in health campaigns. *Health Communication*, 9 (2), 1550–1590.

Lievrouw, L. A. (1994). Health communication research reconsidered: Reading the signs [Review Essay]. *Journal of Communication*, 44 (1), 91–99.

Makinwa, B. (1997, 7–11 novembre). Communications programming and emerging challenges: Treatment drugs, vaccine trials, and rapidly changing science. UNAIDS Consultation Meeting on Communications Programming, Genève, Suisse.

Melkote, S. R. and Goswami, D. (1997, 7–11 novembre). Psychosocial theories in HIV/AIDS prevention: A framework to integrate behavioral and societal-level factors to guide policy development. UNAIDS Consultation Meeting on Communications Programming, Genève, Suisse.

Mendoza, A. M. (1997, 7–11 novembre). Bridging information towards transformation: Can it work? UNAIDS Consultation Meeting on Communications Programming, Genève, Suisse.

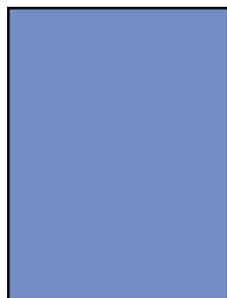
Michal-Johnson and Bowen, S. (1992). The place of culture in HIV education. In T. Edgar, M. A. Fitzpatrick, and V. S. Freimuth (Eds.), *AIDS: A communication perspective* (pp. 147–172). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Mukherjee, B. and Chatterjee, M. (1993, 6–11 juin). HIV-risk in India and challenge towards a better for the future. *Conférence internationale sur le SIDA*, 9 (2), 677. (Abstract no. P0–C08–2759).

ONUSIDA/OMS. (1998). *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève: ONUSIDA/OMS.

- ONUSIDA. (1999). *Communications Programming for HIV/AIDS: An annotated bibliography*. Collection Meilleures Pratiques. ONUSIDA, Genève, Suisse.
- Peltro, P. J. and Peltro, G. H. (1991). Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2), 147–163.
- Reassessing priorities: Identifying the determinants of HIV transmission (1993). *Social Science Medicine*, 36 (4), iii–viii.
- Relv, M. V. (1997). Illuminating meaning and transforming issues of spirituality in HIV disease and AIDS: An application of Parse's theory of human becoming. *Holistic Nursing Practice*, 12 (1), 1–8.
- Rockefeller Foundation. (1999). *Communication for social change*. New York, NY: Rockefeller Foundation.
- Rogers, E. M. (1976). Communication and development: The passing of the dominant paradigm. *Communication Research*, 3 (2), 213–240.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations*, 3rd ed. New York, NY: Free Press.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*, 4th ed. New York, NY: Free Press.
- Shah, I., Thongthai, V., Leoprapai, B., Mundigo, A., Prasartkul, P., and Chamrathirong, A. (1991). Knowledge and perceptions about AIDS among married women in Bangkok. *Social Science and Medicine*, 33 (1), 1287–1293.
- Singhal, A. and Rogers, E. M. (1999). *Entertainment-education: A communication strategy for social change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smith, W. (1998, 17–20 avril). Presentation on social marketing. Fogarty Workshop on International HIV/AIDS Prevention Research Opportunities. University of California, San Francisco AIDS Research Institute, San Francisco, CA.
- Soola, E. O. (1991). Communication and education as vaccine against the spread of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in Africa. *Africa Media Review*, 5 (3), 33–40.

- Ugboajah, F. O. (1985). Oramedia in Africa. In F. O. Ugboajah (Ed.), *Mass communication, culture and society in West Africa* (pp. 165–176). Londres: Hans Zell Publishers.
- World Bank Policy Research Report. (1997). *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. New York: Oxford University Press.
- Yoder, P. S. (1997). Negotiating relevance: Belief, knowledge, and practice in international health projects. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2), 131–146.
- Yoder, P. S., Hornik, R., and Chirwa, B. C. (1996). Evaluating the program effects of a radio drama about AIDS in Zambia. *Studies in Family Planning*, 27 (4), 188-203.



Participants aux ateliers

Genève, Suisse, 5-7 novembre 1997

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, Etats-Unis d'Amérique

Awa Coll-Seck, ONUSIDA, Genève, Suisse

James Deane, Panos Institute, Londres, Royaume-Uni

June A. Flora, Stanford University, Palo Alto, CA, Etats-Unis
d'Amérique

Salvador Herencia, UNICEF, Bogota, Colombie

J. P. Madeira, The Independent, Port of Spain, Trinité-et-Tobago

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Genève, Suisse

Srinivas R. Melkote, Bowling Green State University, Bowling
Green, OH, Etats-Unis d'Amérique

Aurorita M. Mendoza, ONUSIDA, Genève, Suisse

Taina Nakari, ONUSIDA, Genève, Suisse

Otula Owuor, Editeur/Journaliste, Dakar, Sénégal

Beatrice O. Randrianarison, OMS, Antananarivo, Madagascar

Agnes M. Ridley, Consultante privée, Genève, Suisse

Sirichai Sirikaya, Chulalongkorn University, Bangkok, Thaïlande

Werasit Sittitrai, ONUSIDA, Genève, Suisse

Abidjan, Côte d'Ivoire, 9–12 décembre 1997

Mujawayezu Agne, ACORD, Kigali, Rwanda

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, Etats-Unis d'Amérique

Lanke Akintemi, ELMAIDS, Lagos, Nigéria

Monica I. Aoko, Office of the Vice-president and Ministry of
Planning and National Development, Nairobi, Kenya

Louisa Ayonote, Tell Magazine, Lagos, Nigéria

Khady Barry, Association FAFS, NLE, Dakar, Sénégal

Fekerte Belete, ISAPSO, Addis-Abeba, Ethiopie

Roger-Paul Bernard, AIDS Feedback, Genève, Suisse

Tayo Bolu, SFH/PSI, Lagos, Nigéria

Robert Clark, AIDSMARK/PSI, New York, NY, Etats-Unis
d'Amérique

Mougnuton Paul Delon, PNLs, Ministère de la Santé, Yaoundé,
Cameroun

Waly Diop, Projet SIDA Afrique de l'Ouest, CCISD,
Ouagadougou, Burkina Faso

Ramatoulaye Dioume, Family Health International (FHI),
Sénégal

Beatrice Elom, Consultante en communication, Yaoundé,
Cameroun

Sina Falana, Family Health International (FHI), Lagos, Nigéria

Alion Fall, Projet SIDA, Dakar, Sénégal

Akin Fatoyinbo, Banque mondiale, RCI, Abidjan, Côte d'Ivoire

Donna Flanagan, Family Health International (FHI), Research
Triangle Park, NC, Etats-Unis d'Amérique

Sicard Frederic, Union européenne, Cotonou, Bénin

Kees Kostermans, Banque mondiale, Maputo, Mozambique

Dede Kugbe, Siège de la Fédération internationale pour la
Planification familiale (FIPF), New York, NY, Etats-Unis
d'Amérique

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Genève, Suisse

Absalom Mutere, University of Zimbabwe, Harare, Zimbabwe

Fassa Namiene, Project HIV/AIDS Impact on Educational
Systems

Gordon Nyanjom, Kenya-Belgium STD Project, NASCOP,
Nairobi, Kenya

Dorothy Nyongo, Fédération internationale pour la Planification
familiale (FIPF), Nairobi, Kenya

Emily Obwaka, JHU/PCS, Nairobi, Kenya

Wole Odutola, Life Vanguard, Lagos, Nigéria

Pascal Revault, GRAR, France-Mali

Tobi J. Saidel, Family Health International (FHI), Research
Triangle Park, NC, USA

Aurora Stally, SAfAIDS (Southern Africa AIDS Information
Dissemination Service), Harare, Zimbabwe

Julie Victor-Ahuchogu, Programme SIDA/MST, Nairobi, Kenya

Berg Voetberg, Banque mondiale, Washington, DC, Etats-Unis
d'Amérique

Washington, DC, USA, 27 février 1998

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, Etats-Unis d'Amérique

Dominique DeSantis, UNICEF, New York, NY, Etats-Unis
d'Amérique

Barbara de Zalduondo, ONUSIDA, Washington, DC, Etats-Unis
d'Amérique

Mary Lynn Field, Family Health International (FHI), Research
Triangle Park, NC, Etats-Unis d'Amérique

Kristina Gryboski, PATH, Washington, DC, Etats-Unis
d'Amérique

Robert Hornik, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA,
Etats-Unis d'Amérique

Silvia Luciani, UNICEF, New York, NY, Etats-Unis d'Amérique

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Genève, Suisse

Aurorita Mendoza, ONUSIDA, Genève, Suisse

Steven Mobley, HORIZONS/Population Council, New York,
NY, Etats-Unis d'Amérique

Elaine Murphy, PATH, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique

Arvind Singhal, Ohio University, Athens, OH, Etats-Unis
d'Amérique

Werasit Sittitrai, ONUSIDA, Genève, Suisse

Linda Sussman, USAID, Washington DC, Etats-Unis
d'Amérique

Bangkok, Thaïlande, 6–8 juillet 1998

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA State College, PA, Etats-Unis d'Amérique

Fekerte Belete, ISAPSO, Addis-Abeba, Ethiopie

Tony Bennett, Family Health International (FHI), Bangkok,
Thaïlande

Usha Bhasin, All India Radio, New Delhi, Inde

Susan Cheng Sim Chong, Malaysian AIDS Council, Kuala
Lumpur, Malaisie

Waly Diop, Projet SIDA Afrique de l'Ouest, CCISD,
Ouagadougou, Burkina Faso

Somboon Khorskul, Ministry of Health, Bangkok, Thaïlande

Kangmai Liu, Chinese Association of STD/AIDS, Beijing, Chine

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Genève, Suisse

Seri Phongphit, ONUSIDA, Bangkok, Thaïlande

Arunsi Photong, Family Health International (FHI), Bangkok, Thaïlande

Elena N. Sherstyuk, UNICEF, Kiev, Ukraine

Sirichai Sirikaya, Chulalongkorn University, Bangkok, Thaïlande

Ittirak Smithsuwan, The Life and Hope Club in Thailand, Bangkok, Thaïlande

Benchun Tian, National Health Education Institute, Beijing, Chine

Dang Van Khoat, National AIDS Committee of Viet Nam, Hanoi, Viet Nam

Baurzhan Zhusupov, Republican Center for Study of Public Opinion, Almaty, Kazakhstan

Saint-Domingue, République dominicaine, 20–22 janvier 1999

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, Etats-Unis d'Amérique

Ceneyda Brito, AccionSIDA (AED), Saint-Domingue,
République dominicaine

Tito Coleman, AccionSIDA (AED), Saint-Domingue,
République dominicaine

Edgar Jimenez Cruz, Programa SIDA, Ministerio de Salud,
Bogota, Colombie

Juan Diaz, Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH/
SIDA (REDOVIH+), Saint-Domingue, République
dominicaine

Ann Marie Fitzgerald, Proyecto Accion SIDA, Guatemala City,
Guatemala

Berl Francis, Berl Francis & Co. Ltd., Kingston, Jamaïque

Tim Frasca, Corporacion Chilena de Prevencion del SIDA,
Santiago de Chile, Chili

- Irma Gallegos, Secretaria de Salud, Mexico City, Mexique
- Felipa Garcia, Réseau dominicain de personnes vivant avec le VIH/SIDA (REDOVIH+), Saint-Domingue, République dominicaine
- Sarah Gordon, Ministry of Health, Georgetown, Guyana
- Ernesto Guerrero, ONUSIDA, Saint-Domingue, République dominicaine
- Juan Hernandez, Xochiquetzal, Centro de Estudios Sociales, Veracruz, Mexique
- Oswaldo Legon, UNICEF, Saint-Domingue, République dominicaine
- Bunmi Makinwa, UNAIDS, Genève, Suisse
- Barbara Martinez, Fundacion Marozo, Caracas, Venezuela
- Peggy McEvoy, UNAIDS, Port of Spain, Trinité-et-Tobago
- Lisette Mendoza, Réseau dominicain de personnes vivant avec le VIH/SIDA (REDOVIH+), Saint-Domingue, République dominicaine
- Susan Muska, Communications Consultant, New York, NY, Etats-Unis d'Amérique
- Rafael Obregon, Pennsylvania State University/ Universidad del Norte, Barranquilla, Colombie
- Pilar Planet, Comision Nacional de SIDA, Santiago de Chile, Chili
- Marcio Ruiz Schiavo, Programme national SIDA/MST, Rio de Janeiro, Brésil
- Ramon Jeremias Soto, Ministerio de Salud, Tegucigalpa, Honduras
- Veriano Terto, Asociacao Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Sao Paulo, Brésil
- Gisela Ventura, National STD/AIDS Control Education, Saint-Domingue, République dominicaine
- Jahel Vidal, Programme national de lutte contre le SIDA, Montevideo, Uruguay



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANGUAC/ACNEBAE

Programme commun
des Nations Unies sur le
VIH/SIDA

20, Avenue Appia

CH-1211

Genève 27, Suisse

Téléphone:

(+41.22) 791.46 51

Fax:

(+41.22) 791.41 87

Internet:

<http://www.unaids.org>



The Pennsylvania
State University

201 Old Main

University Park, PA

16802-1589

Etats-Unis d'Amérique

Téléphone:

(814) 865.7611

Fax:

(814) 863.8586

Internet:

<http://www.psu.edu>

