

Communication sur la santé

À quelle pratique à haut impact correspond la création d'un environnement propice à la planification familiale ?

Mettre en place une stratégie de communication sur la santé systématique et fondée sur les faits, qui s'appuie sur plusieurs moyens de communication, pour que les gens puissent prendre des décisions volontaires et éclairées concernant leurs soins de santé.

« Le problème avec la communication, c'est l'illusion qu'elle entretient. »

— George Bernard Shaw

Contexte

Communiquer sur la santé, c'est utiliser des stratégies de communication (médias de masse, actions communautaires, communication interpersonnelle)¹ afin d'influencer les comportements individuels et collectifs qui concernent la santé². D'après une étude, lorsqu'une communication interactive et basée sur la théorie fait suite à une procédure éprouvée de conception et de mise en œuvre, elle peut enrichir les connaissances, faire évoluer les attitudes et les normes et modifier un large éventail de comportements (Noar et al., 2009).

Dans le contexte des programmes de planification familiale, une communication sur la santé conçue et mise en œuvre avec soin permet d'appuyer et de renforcer les services existants :

- en créant une demande volontaire et éclairée de produits et services de planification familiale ;
- en veillant à ce que chacun sache utiliser les contraceptifs correctement ;
- en aidant les prestataires de soins de santé et leurs clients à communiquer de façon efficace ;
- en traitant des comportements qui contribuent à la maladie ou au bien-être ;
- en faisant progresser les normes susceptibles d'influencer les comportements individuels et collectifs.



2006 Stéphane Janin, avec l'aimable autorisation de Photoshare

Au Cambodge, l'employée d'une ONG explique avec humour et sérieux aux passagers d'un train reliant Battambang à Phnom Penh comment utiliser un préservatif, afin d'informer les jeunes sur le VIH/sida. Le recours à ce genre de technique dans les programmes de communication sur la santé fait appel aux émotions de chacun, tout en incitant à faire des choix bénéfiques pour sa propre santé.

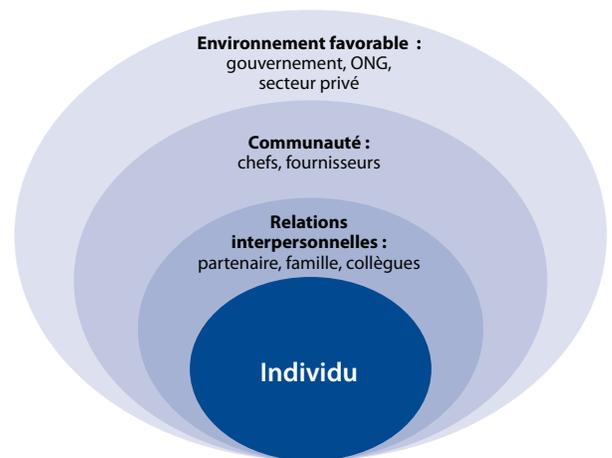
¹ Le plaidoyer représente souvent une quatrième catégorie de programme dans ce domaine, car c'est un prérequis nécessaire à la plupart des actions visant à modifier les comportements. Toutefois, le corpus de données et les processus de programmation n'étant pas tout à fait les mêmes que pour les autres stratégies de communication sur la santé, le plaidoyer n'est pas abordé dans cet aide-mémoire. Pour en savoir plus sur le plaidoyer, voir l'aide-mémoire PHI consacré à la politique de planification familiale.

² Dans cet aide-mémoire, le terme « communication sur la santé » remplace indifféremment des termes connexes, tels que la communication sur le changement de comportement ou la communication sociale sur le changement de comportement. Il est étroitement lié à la catégorie intersectorielle élargie de la communication sur le développement.

Le domaine de la communication sur la santé a beaucoup évolué depuis quelques années. Les programmes se sont diversifiés en termes de contenu et de méthodes de communication. Plus créatifs et mieux élaborés, ils mettent davantage l'accent sur la participation. Par ailleurs, nombre d'agents de mise en œuvre commencent à placer la communication sur la santé dans un cadre socioécologique qui tient compte du fait que les déterminants de la santé et du comportement dans ce domaine concernent de multiples niveaux et dépassent le simple individu (figure 1). En particulier, les modèles socioécologiques reconnaissent l'influence qu'exercent les relations interpersonnelles, les structures communautaires et l'environnement au sens large.

La mise en œuvre d'une stratégie de communication sur la santé systématique et fondée sur des faits est l'une des « pratiques à haut impact dans la planification familiale » (PHI) recensées par un groupe consultatif technique d'experts internationaux. Lorsqu'elles sont déployées à grande échelle et institutionnalisées, les pratiques décisives permettent de maximiser les investissements en faveur d'une stratégie complète de planification familiale (USAID, 2011). Pour en savoir plus sur les autres pratiques décisives, voir <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/apercu/>.

Figure 1. Cadre socioécologique de la communication sur la santé



Source : d'après McKee et al. (2000).

Pourquoi cette pratique est-elle importante ?

La méconnaissance des méthodes contraceptives peut empêcher les femmes et les couples de gérer efficacement leurs grossesses. D'après une étude des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 36 pays, la méconnaissance des méthodes de planification familiale reste un obstacle majeur à l'utilisation de la contraception, en particulier en Afrique subsaharienne (Sedgh et al., 2007). Dans les sept pays d'Afrique où les connaissances sur la planification familiale sont les plus faibles, 10 à 15 % des femmes mariées citent cette méconnaissance comme la raison principale pour laquelle elles n'utilisent pas de contraception. La méconnaissance peut jouer un rôle plus important en ce qui concerne certaines méthodes (notamment les méthodes de longue durée et les méthodes irréversibles) ou certains groupes de population (chez les jeunes, en milieu rural ou parmi les femmes moins instruites). La communication sur la santé peut stimuler la demande de services de planification familiale chez les utilisateurs informés en les sensibilisant davantage aux méthodes appropriées, à leur existence et aux moyens d'y accéder (Mwaikambo et al., 2011).

Les peurs et les préoccupations médicales relatives aux modes de contraception et à leurs effets secondaires persistent.

Même lorsque la planification familiale est bien connue, les mythes, les idées fausses et les informations erronées peuvent freiner la demande (Sedgh et al., 2007 ; Campbell et al., 2006). Dans 26 pays sur 36 pour lesquels on dispose de données EDS, 20 à 50 % des femmes mariées présentant des risques de grossesse non désirée citent les effets secondaires ou les préoccupations pour leur santé comme la principale raison pour laquelle elles n'utilisent pas la planification familiale (Sedgh et al., 2007). Ces obstacles semblent particulièrement répandus dans les pays du Sud et du Sud-est de l'Asie, ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Les programmes de communication sur la santé peuvent dissiper les mythes concernant les méthodes contraceptives, corriger les idées fausses relatives à leur utilisation et à leurs effets secondaires et faciliter le recours des clientes à des services de conseil sur la contraception (Kim et al., 2006-2007).

Les normes sociales et basées sur le genre qui s'opposent à la planification familiale peuvent freiner l'utilisation de méthodes contraceptives.

La peur de la réprobation sociale ou de l'opposition aux méthodes contraceptives de la part du partenaire ou d'une autre personne influente peut limiter leur utilisation. D'après les données EDS de 53 pays couvrant la période 1995-2000, environ 12 % des femmes mariées n'habitant pas en Afrique subsaharienne et 23 % des femmes mariées d'Afrique subsaharienne citent l'opposition à la planification familiale (de la femme elle-même, de son conjoint ou d'un autre proche) comme la raison principale pour laquelle elles n'utilisent pas de contraception (Sedgh et al., 2007).

La communication sur la santé peut contribuer à introduire ou à consolider la place de la planification familiale dans les normes sociales du couple, de la famille ou entre pairs, en alimentant la discussion sur les avantages de la planification familiale, de l'espacement des naissances et des familles de plus petite taille, ainsi que sur le droit de tout être humain à décider de sa propre vie.

Les attitudes et les pratiques des prestataires peuvent influencer la demande de services de planification familiale et le choix de la méthode à employer. Les actions de communication sur la santé peuvent lutter contre les préjugés des prestataires à l'égard de la contraception et améliorer leur capacité à conseiller leurs clientes. Les études de plusieurs pays révèlent que les préjugés des prestataires peuvent nuire à l'accès aux services de planification familiale (Campbell et al., 2006 ; Abdel-Tawab et Roter, 2002). Des échanges de meilleure qualité entre clientes et prestataires peuvent accroître la satisfaction et l'autonomie des clientes, qui sont alors mieux à même de faire des choix éclairés et efficaces en matière de planification familiale (Campbell et al., 2006 ; Abdel-Tawab et Roter, 2002 ; Ramchandran, 2007).

Quel est son impact ?

Tout porte à croire que des programmes de communication sur la santé conçus et mis en œuvre avec soin peuvent influencer les normes et les comportements, encourageant l'apparition d'un environnement propice au déploiement à grande échelle de services de santé (Noar et al., 2009 ; Mwakaambo et al., 2011 ; JHU CCP, 2009 ; Snyder et al., 2003 ; Storey et al., 2011 ; Westoff et al., 2011). D'après l'examen systématique de 63 évaluations d'interventions en matière de planification familiale³, les interventions ont entraîné une augmentation du recours à la contraception (46 cas sur 63) et une amélioration des connaissances, des attitudes, de la discussion et des intentions d'utiliser des méthodes contraceptives dans 54 cas (Mwakaambo et al., 2011). Une autre méta-analyse similaire portant sur 52 études révèle l'influence positive de 15 campagnes de planification familiale sur les comportements (Snyder et al., 2003). Pendant ces campagnes, quelque 31 % des personnes interrogées déclaraient utiliser des méthodes contraceptives modernes avant intervention, contre 37 % après intervention. (Voir le tableau 1 pour des exemples sélectifs des cas étudiés.)

Outre ces grands axes d'influence, les évaluations des programmes suggèrent les éléments suivants :

- Une exposition directe ou indirecte⁴ aux programmes de communication sur la santé contribue à améliorer le recours à la planification familiale de plus de 150 % dans certains cas (Boulay et al., 2002).
- Les programmes intégrés reposant sur plusieurs moyens de communication produisent en général plus d'effets que ceux s'appuyant sur un seul moyen (Noar et al., 2009 ; JHU CCP, 2009).
- Les programmes impliquant les médias de masse ont en général un effet proportionnel à la dose employée : plus l'exposition aux messages est importante, plus les comportements évoluent dans le bon sens (Van Rossem et Meekers, 2007).
- La communication sur la santé est rentable ; les coûts peuvent descendre jusqu'à 1,57 USD par personne adoptant une méthode contraceptive dans le cadre de programmes impliquant les médias de masse (JHU CCP, 2009).

De nouvelles recherches sont nécessaires, en particulier concernant les programmes de communication sur la planification familiale utilisant plusieurs moyens de communication. En outre, pour comprendre la contribution des programmes de communication sur la santé aux résultats sanitaires d'ordre démographique (comme l'incidence du VIH ou le taux global de fécondité), des études rigoureuses devront être menées afin d'évaluer les programmes de terrain sur plusieurs années et de prendre en compte les évaluations des processus et des résultats et ainsi mesurer les changements de comportement (Mwakaambo et al., 2011).

³ Sur les 63 interventions de planification familiale réalisées, 47 étaient des actions de communication sur la santé (médias de masse, communication interpersonnelle, communication prestataire/client) et sept environ intégraient une composante de communication sur la santé dans le cadre d'une action plus générale.

⁴ On parle d'exposition indirecte aux programmes de communication sur la santé lorsqu'une personne est influencée par le message du programme par l'intermédiaire de quelqu'un ayant été directement exposé à ce message.

Tableau 1. Impact des programmes de communication sur la santé sur les résultats de la planification familiale (études choisies)

Moyen	Principales conclusions
Meilleure connaissance des méthodes de contraception	
Multiple	<p>Projet de promotion de la responsabilité des jeunes au Zimbabwe (Kim et al., 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : campagne multimédia d'une durée de six mois répartie sur cinq sites pilotes ; promotion de la responsabilité sexuelle et de la santé reproductive auprès des jeunes. Résultats : les jeunes exposés au programme sont deux à quatre fois mieux informés que leurs pairs sur la plupart des méthodes contraceptives et environ huit fois mieux informés sur les préservatifs féminins.
Multiple	<p>Projet d'espacement des naissances chez les Quichés au Guatemala (Bertrand et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : intervention complète, comprenant amélioration de l'accès au service, communication interpersonnelle, médias de masse et plaidoyers au niveau communautaire, dans le but d'améliorer les attitudes à l'égard de l'espacement des naissances et d'augmenter la connaissance et l'utilisation de méthodes contraceptives au sein d'une population difficile à atteindre. Résultats : meilleure connaissance des méthodes contraceptives (de 42 % à 95 %) chez les femmes mayas.
Discussion plus fréquente sur la planification familiale entre époux, en famille ou entre amis.	
Médias de masse	<p>Projet Fakube Jarra en Gambie (Valente et al., 1994)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : formation de prestataires en planification familiale, distribution de brochures d'information aux destinataires de ces services, diffusion de messages et d'une pièce radiophoniques, création de groupes d'écoute pour répondre aux craintes et aux préoccupations des femmes des milieux ruraux concernant les méthodes contraceptives modernes et pour améliorer la discussion autour de la planification familiale entre époux. Résultats : les femmes qui ont écouté la pièce radiophonique sont beaucoup plus nombreuses que les autres à parler de la planification familiale avec leur conjoint (36 % contre 16 %) et leurs amies (26 % contre 15 %) au bout de deux ans.
IPC	<p>Étude de l'institution des sengas en Ouganda (Muyinda et al., 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : événements communautaires et communication interpersonnelle (IPC) sur les relations sexuelles et la reproduction par l'intermédiaire des sengas (canal traditionnel de communication en matière de relations sexuelles et de reproduction), à l'intention des adolescentes des régions rurales ougandaises. Résultats : augmentation de la communication avec les partenaires sur les questions sexuelles au bout de 12 mois (de 46 % à 54 %), ainsi qu'avec d'autres personnes (de 23 % à 31 %).
Attitude plus positive à l'égard de la planification familiale	
Médias de masse	<p>Projet Twende na Wakati en Tanzanie (Rogers et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : feuilleton radiophonique national de promotion de la planification familiale, diffusé de 1992 à 1997. Résultats : les attitudes plus positives à l'égard de la planification familiale ont été calculées à partir du nombre idéal d'enfants (passé de 4,9 à 4,4), de l'âge idéal d'une femme pour se marier (passé de 18,1 ans à 19,3 ans) et de l'approbation de la planification familiale (passée de 80 % à 85 %).
Renforcement du soutien des prestataires concernant la planification familiale	
Multiple	<p>Projet de radiocommunication (RCP) au Népal (Storey et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : campagne multimédia nationale de promotion de la santé reproductive (1994-1997) comprenant deux feuillets radiophoniques de divertissement pédagogique s'adressant au grand public et aux agents de santé, afin d'améliorer les services de planification familiale, notamment les compétences en matière de conseil des agents de santé. Résultats : amélioration des connaissances des prestataires (7 %), de l'attitude des prestataires à l'égard de la planification familiale (2 %) et des aptitudes à la communication interpersonnelle (8 %).
Signalement plus fréquent de normes équitables entre les sexes	
Multiple	<p>Projet African Transformation (AT) en Ouganda (Underwood et al., 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : programme de développement communautaire (de 2005 à 2006) dans quatre zones rurales de la région centale de l'Ouganda afin de mesurer si la participation à des débats communautaires sur les questions d'égalité des sexes influence le sentiment d'efficacité personnelle des participants, les normes relatives au genre et les organisations concernées. Résultats : nombre de participants susceptibles de rapporter des attitudes d'égalité entre les sexes plus importants que ceux non exposés au programme : 65 % contre 60 % chez les hommes et 60 % contre 56 % chez les femmes.
Généralisation de la planification familiale moderne	
Médias de masse	<p>Analyse des données EDS au Kenya (Westoff et Rodriguez, 1995)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé (EDS) menée au Kenya en 1989. Résultats : on observe une forte corrélation statistique entre les femmes qui déclarent avoir entendu parler de la planification familiale dans les médias de masse et celles qui utilisent des méthodes contraceptives, même après vérification de différents contrôles liés au cycle de vie, au lieu de résidence et au niveau socioéconomique. Au total, 15 % des femmes qui n'avaient pas entendu parler de planification familiale utilisaient une méthode contraceptive. Ce chiffre est passé à 25 % chez les femmes ayant entendu des messages radiophoniques, à 40 % chez celles ayant été exposées aux messages radiophoniques et imprimés et à 50 % chez celles ayant été exposées aux messages diffusés par la radio, la presse et la télévision.
Médias de masse	<p>Projet Twende na Wakati en Tanzanie (Rogers et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> Description : voir ci-dessus Résultats : augmentation du recours à la planification familiale moderne de 29 % à 39 % sur une période de deux ans chez les personnes se trouvant dans les régions d'intervention. L'analyse des données EDS de la Tanzanie révèle par ailleurs que l'exposition au feuilleton radiophonique national a entraîné une augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Mode d'emploi : conseils pratiques tirés des expériences de mise en œuvre

La liste suivante présente quelques éléments essentiels à la réussite des actions de communication sur la santé. On notera qu'il n'est pas nécessaire que tous ces éléments soient réunis pour que l'intervention réussisse.

- **Appliquez une approche systématique.** Les actions de communication sur la santé doivent être conçues, mises en œuvre et évaluées à partir d'un processus systématique et éprouvé. Le fait d'appliquer cette procédure permet de garantir que les interventions complexes sont fondées sur des preuves, organisées et rentables. Cela renforce également l'engagement actif du public visé et des autres parties concernées. En général, les processus comprennent une série d'étapes telles que :
 - analyse de la situation et du public,
 - conception stratégique (définition des objectifs, choix des moyens de communication, etc.),
 - élaboration et test préalable des réalisations de la communication,
 - mise en œuvre et suivi,
 - évaluation et nouvelle planification.

Pour en savoir plus, voir les descriptions des méthodes dites de « C-planning » (<http://www.c-changeproject.org/>) ou de « P Process » (www.jhuccp.org).

- **Fondez la conception et l'évaluation du programme sur la théorie.** Des théories du comportement, telles que le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock et al., 1988), les étapes du changement (Prochaska et DiClemente, 1992) et la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), décrivent un grand nombre de facteurs susceptibles d'influencer les comportements, à savoir les connaissances, le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes, la perception des risques, les normes sociales ou encore l'accès aux produits et services. Il est essentiel de comprendre comment mesurer et intégrer ces facteurs dans les messages et les méthodes pour que la communication sur la santé porte ses fruits.
- **Prévoyez et appliquez recherches, suivi et évaluation.** La recherche, le suivi et l'évaluation, lorsqu'ils sont réguliers et applicables, permettent de s'assurer que la communication sur la santé est conçue et mise en œuvre selon les normes les plus strictes, ce qui contribue à intensifier les effets de l'intervention. La recherche (aussi bien principale que secondaire) permet aux agents de mise en œuvre de comprendre le public qu'ils visent lorsqu'ils conçoivent une action de communication, en élaborant des messages pertinents et convaincants et en choisissant des moyens de communication adaptés. L'évaluation de la procédure, comme le suivi, permet d'améliorer la qualité de la mise en œuvre, ce qui est primordial en matière de communication interpersonnelle et d'activités communautaires. Des activités qualitatives ou des tests du concept réalisés périodiquement et à petite échelle permettent d'affiner le contenu du programme et d'introduire de nouveaux thèmes – ou de faire évoluer les autres. Il est indispensable d'évaluer l'impact, de préférence avec la possibilité de démontrer l'effet relatif des activités selon les différents moyens employés, pour en tirer des enseignements susceptibles d'être réutilisés par d'autres programmes.
- **Tenez compte du contexte socioculturel, y compris des questions d'égalité des sexes.** Traditionnellement, la communication en matière de santé vise à modifier les intentions et les comportements de chacun. Cependant, on s'accorde désormais à reconnaître qu'elle doit également tenir compte des normes sociales existantes (et parfois les faire évoluer) afin de parvenir à un changement durable des comportements collectifs. Les recherches préparatoires devraient porter non seulement sur les connaissances, les attitudes et les pratiques du public principal et secondaire, mais aussi sur le contexte social et environnemental dans lequel les programmes sont mis en œuvre.
- **Segmentez votre public.** La segmentation du public consiste à définir des sous-groupes en fonction de caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'origine ethnique, la religion, le statut matrimonial ou la profession, dans le but de personnaliser les messages. C'est un élément essentiel à l'efficacité de la communication sur la santé. Les facteurs qui exercent une influence sur le comportement varient souvent d'un groupe à l'autre. C'est la raison pour laquelle les actions de communication doivent être adaptées aux besoins de chaque sous-groupe.
- **Déterminez des calendriers et des budgets réalistes.** Les agents de mise en œuvre doivent se fixer des objectifs de communication réalistes, mesurables et spécifiques présentant clairement les relations entre les objectifs à court terme et les objectifs de changement de comportement à long terme, ces derniers exigeant souvent plus de temps et de ressources.

Dans certains cas, des initiatives cycliques de longue haleine peuvent se révéler plus rentables, plus flexibles et plus efficaces que des modèles de campagne plus traditionnels. En outre, les budgets doivent prendre en compte les dépenses associées à la conception (y compris les recherches préparatoires et les tests préalables), à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation. Ces dépenses, très variables selon les pays et les moyens de communication utilisés, doivent s'appuyer sur une étude de marché rigoureuse.

- **Harmonisez les messages des différents canaux.** Les études montrent que la diffusion de messages complémentaires sur plusieurs canaux renforce l'impact de la communication sur la santé. Cela implique de coordonner les actions des agents de mise en œuvre. Ces derniers doivent appliquer les mêmes procédures et la même rigueur dans la conception et la mise en œuvre des activités de tous les canaux.
- **Encouragez l'engagement et l'interaction du public.** Dans l'environnement contemporain de la communication, il ne s'agit pas seulement de mobiliser son public et de stimuler les échanges. Ce sont des conditions indispensables aux changements normatifs. Les actions doivent prévoir de faire participer le public au niveau de la conception (recensement des problèmes prioritaires et des solutions adaptées au contexte local pour influencer les messages), de la mise en œuvre (garantir l'engagement et les retours continus du public) et du suivi et de l'évaluation (répercussion des résultats pour produire un nouveau contenu).
- **Alignez l'offre et la demande.** La communication sur la santé est d'autant plus efficace qu'elle est étroitement liée à la fourniture de produits et services. Les agents de mise en œuvre doivent coordonner leurs efforts avec les prestataires de services de santé ou de marketing social afin de calibrer efficacement l'offre et la demande. Cette coordination peut impliquer l'élaboration de stratégies communes de communication ou l'harmonisation des messages ; l'échelonnement de la communication et des activités d'offre pour s'assurer que la demande est adéquate et correspond aux produits de base et services disponibles ; ou le développement et la gestion de marques de service, entre autres activités.
- **Faites jouer les synergies entre les secteurs de la santé et du développement.** Toutes les actions de communication de qualité en matière de santé et de développement ont en commun certaines caractéristiques et procédures. Dans le domaine de la communication sur la santé, les agents de mise en œuvre doivent créer des possibilités d'échanges avec leurs homologues d'autres secteurs de la santé et du développement, mais aussi avec des experts en communication du secteur privé, dans le but de renforcer l'innovation et de générer des économies d'échelle.

Innovations et tendances émergentes en matière de communication sur la santé

Les interventions doivent être adaptées au contexte en pleine évolution de la communication et du changement de comportement, en intégrant non seulement les nouveaux moyens et formats de communication, mais aussi les approches prometteuses en matière d'évolution du comportement issues de domaines variés. Les agents de mise en œuvre se tournent de plus en plus vers des disciplines telles que le marketing, l'économie comportementale et la conception centrée sur l'être humain pour trouver de nouvelles idées et des stratégies capables d'intensifier les effets de la communication en matière de santé.

Voici quelques exemples de pratiques prometteuses, dont la liste est loin d'être exhaustive :

- Utilisation systématique des médias mobiles et numériques
- Application des principes des réseaux sociaux
- Amélioration de la stratégie de marque et conception créative
- Méthodes de recherche innovantes et immersives
- Renforcement du dialogue et de l'engagement du public
- Partage d'expérience
- Crowdsourcing
- Visualisation des données

OUTILS ET RESSOURCES

- A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy http://www.jhuccp.org/resource_center/publications/field_guides_tools/field-guide-designing-health-communication-strategy-
- C-Capacity Online Resource Center <http://www.comminit.com/c-change-orc>.
- Tools for Behavior Change Communication, in INFO Reports, n° 16 <http://www.k4health.org/toolkits/info-publications/tools-behavior-change-communication>.
- The Communication Initiative <http://www.comminit.com/>

Pour en savoir plus sur les changements sociaux et la modification des comportements, voir également les aide-mémoire PHI consacrés à la politique, aux agents de santé communautaires et au marketing social. Pour en savoir plus sur les PHI, contactez l'équipe dédiée d'USAID à l'adresse : fhip@k4health.org.

Bibliographie

Abdel-Tawab N., Roter D., The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. *Social Science & Medicine*, 2002, vol. 54, p. 1357-1368.

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale, Washington, USAID, 22 avril 2011, 2 pages. Disponible à l'adresse suivante : <http://fphighimpactpractices.org/high-impact-practices-in-family-planning-list-2/>

Bandura A., *Social learning theory*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1977.

Bertrand J., de Salazar S. G., Mazariegos L., Salanic V., Rice J., Kolars Sow C., Promoting birth spacing among the Maya-Quiché of Guatemala, *Perspectives internationales sur le Planning Familial*, 1999, vol. 25, n° 4, p. 160-167. Disponible (en anglais et en espagnol) à l'adresse suivante : <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/2516099.html>.

Boulay M., Storey D., Sood S., Indirect exposure to a family planning mass media campaign in Nepal, *Journal of Health Communication*, 2002, vol. 7, n° 5, p. 379-399.

Campbell M., Sahin-Hodoglugil N. N., Potts M., Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, 2006, vol. 37, n° 2, p. 87-98.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Initiative de santé urbaine, Inde, Summary report: reviewing existing evidence on the contribution of communication interventions to increasing family planning use. Baltimore, MD, JHU CCP, 2009.

Kim Y. M., Bazant E., Storey D., Smart patient, smart community: improving client participation in family planning consultations through a community education and mass-media program in Indonesia, *International Quarterly of Community Health Education*, 2006-2007, vol. 26, n° 3, p. 247-270.

Kim Y.M., Kols A., Nyakauru R., Marangwanda C., Chibatamoto P., Promotion de la responsabilité sexuelle des jeunes au Zimbabwe, *Perspectives internationales sur le Planning Familial*, 2001, vol. 27, n° 1, p. 11-19. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/2701001F.pdf>

McKee N., Manoncourt E., Yoon C. S., Carnegie R. (dir.), *Involving people, evolving behaviour*, Penang, Malaisie, Southbound et UNICEF, 2000.

Muyinda H., Nakuya J., Pool R., Whitworth J., Harnessing the Senga institution of adolescent sex education for the control of HIV and STDs in rural Uganda, *AIDS Care*, avr. 2003, vol. 15, n° 2, p. 159-167.

Mwaikambo L., Speizer I. S., Schurmann A., Morgan G., Fikree F., What works in family planning interventions: a systematic review, *Studies in Family Planning*, 2011, vol. 42, n° 2, p.67-84. (Tableau annexe disponible à l'adresse suivante : http://www.urbangateway.org/sites/default/ugfiles/What%20Works%20in%20Family%20Planning%20Interventions_Appendix_051711-1.final2_.pdf)

Noar S. M., Palmgreen P., Chabot M., Dobransky N., Zimmerman RS., A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: have we made progress? *Journal of Health Communication*, 2009, vol. 14, n° 1, p. 15-43.

Prochaska J. O., DiClemente C. C., Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 1992, vol. 28, p. 183-218.

Ramchandran D., Élaborer une stratégie de continuité du suivi des clientes, Population Reports, Series J, 2007, vol. 55, p. 1-27, Disponible à l'adresse suivante : http://www.k4health.org/sites/default/files/continuing%20client%20strategy_fre.pdf

Rogers E. M., Vaughan P. W., Swalehe R. M. A., Rao N., Svenkerud P., Sood S., Effects of an entertainment-education radio soap opera on family planning behavior in Tanzania, Studies in Family Planning, 1999, vol. 30, n° 3, p. 193-211.

Rosenstock I.M., Strecher V.J., Becker M.H., Social learning theory and the Health Belief Model, Health Education Quarterly, été 1988, vol. 15, n° 2, p. 175-83.

Sedgh G., Hussain R., Bankole A., Singh S., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, Occasional Report n° 37, New York, Guttmacher Institute, juin 2007. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/or37.pdf>.

Snyder L.B., Diop-Sidibé N., Badiane L., A meta-analysis of the effectiveness of family planning campaigns in developing countries. Document présenté à la réunion annuelle de l'International Communication Association à San Diego, Californie, 2003.

Storey D., Lee K., Blake C., Lee P., Lee H., Depasquale N., Social and behavior change interventions landscaping study 2000-2010: a global review. Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, 2011. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.comunicacionparaalcambio.org/c-change/files/file/SBC_Landscaping_Report_Oct_2011\[1\].pdf](http://www.comunicacionparaalcambio.org/c-change/files/file/SBC_Landscaping_Report_Oct_2011[1].pdf).

Storey D., Boulay M., Karki Y., Heckert K., Karmacha D. M., Impact of the Integrated Radio Communication Project in Nepal, 1994-1997, Journal of Health Communication 1999, vol. 4, n° 4, p. 271-294.

Underwood C., Brown J., Sherard D., Tushabe B., Adur-Rahman A., Reconstructing gender norms through ritual communication: a study of African Transformation, Journal of Communication, 2011, vol. 61, n° 2, p. 197-218.

Valente T. W., Kim Y. M., Lettenmaier C., Glass W., Dibba Y., Radio promotion of family planning in the Gambia, Perspectives internationales sur le Planning Familial, 1994, vol. 20, n° 3, p. 96-100.

Van Rossem R., Meekers D., The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia, BMC Public Health, 2007, vol. 7, n° 1, p. 352. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/352>.

Westhoff C., Koffman A., Moreau C., The impact of television and radio on reproductive behavior and HIV knowledge and behavior, DHS Analytical Studies, vol. 24, Calverton, MD : ICF International, 2011. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://measuredhs.com/publications/publication-as24-analytical-studies.cfm>.

Westoff C.F., Rodriguez G., The mass media and family planning in Kenya, Perspectives internationales sur le Planning Familial, 1995, vol. 21, n° 1, p. 26-31 et 36. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2102695.pdf>.

Référence suggérée :

Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale (PHI). Communication sur la santé : favoriser des décisions volontaires et éclairées. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/communication-sur-la-sante/>

Remerciements : La première version de ce document a été rédigée par Geeta Nanda, Hope Hempstone et Zarnaz Fouladi. Nous tenons à remercier Arzum Ciloglu, Gloria Coe, Selam Desta, Peggy D'Adamo, Mario Festin, Sandra Jordan, Azza Karam, Shawn Malarcher, Alice Payne Merritt, Juncal Plazaola-Castaño, Suzanne Reier, Ruwaida Salem, Jeff Spieler, Nandita Thatte et John Townsend pour leur analyse critique et leurs commentaires très utiles.

Cet aide-mémoire PHI a été approuvé par : Abt Associates, l'Agence des États-Unis pour le développement international, EngenderHealth, la Fédération internationale pour la planification familiale, FHI 360, le Fonds des Nations Unies pour la population, Futures Group, l'Institut de la Santé Reproductive de Georgetown University, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Pathfinder International, le Population Council, Population Services International, University Research Co., LLC et Venture Strategies Innovations.

Traduction en français par UNFOA.