

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

Ministère de la Santé publique

Comité National de Lutte contre le SIDA

Groupe Technique Central



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

Ministry of public Health

National AIDS Control Committee

Central Technical Group

Stratégie de Communication

Pour le changement de
Comportement face au

VIH et au Sida

du Cameroun

2011-2015



TABLE DES MATIERES

Table des matières1-2

Données de base sur le Cameroun 3-6

Liste des abréviations et acronymes7-9

Remerciements10

Processus de élaboration de la stratégie11

Définition des concepts opérations12-14

Méthodologie15

Introduction16

Chapitre I : Les Généralités17

a- Rappel du PSN 2011-201517

b- Le concept de stratégie de communication17-18

c- L'information, l'Éducation et la Communication18

d- La CCC19

e- Les contraintes du changement de comportements19-20

f- Les limites de la CCC20

g- Les solutions pour pallier les contraintes de la CCC21

Chapitre II : L'Analyse de la situation23

a- Situation générale du Cameroun22-23

b- Situation générale à l'échelle mondiale23-24

c- Analyse des parties prenantes possibles : les différents acteurs24-25

c- Pertinence de l'analyse25

d- Situation spécifique par aires socioculturels25

e- Situation particulière des minorités : pygmées et bororos25

Chapitre III : Les caractéristiques des publics bénéficiaires des activités CCC26



- a) Les enfants 26
- b) Les travailleurs du sexe 26
- c) Les hommes et femmes en tenue 26-27
- d) Les chauffeurs/camionneurs 27
- e) Les élèves/étudiants 27-28
- f) Le personnel médical 28

Chapitre IV : Le cadre conceptuel et opérationnel de la stratégie de CCC

- a- Cadre conceptuel de la stratégie CCC 29-30
- b- But et objectifs de la stratégie CCC 30-31

Chapitre V : Les axes stratégiques de CCC prioritaires

- Axe stratégique 1 32-35
- Axe stratégique 2 35-37
- Axe stratégique 3 37-38

Chapitre VI : Le Mix de communication

- a- Définition du Mix de Communication 39
- b- Les étapes de la mise en œuvre de la stratégie 39-44

Chapitre VII : Le budget de communication 45-47



I - DONNEES DE BASE SUR LE CAMEROUN

I.1 Contexte géographique

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2^{ème} et 13^{ème} degré de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degré de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 650 km² dont 466 050 km² de superficie continentale et 9 600 km² de superficie maritime. Le Cameroun est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale et au Sud-Ouest par l'Océan Atlantique.

I.2 Contexte politique, administratif et économique

2.1 Organisation politique et administrative

Le Cameroun est un Etat unitaire décentralisé et démocratique à régime présidentiel. La constitution de 1996 consacre la séparation des pouvoirs :

- l'exécutif est exercé par le Président de la République ;
- le législatif bicaméral est exercé par l'Assemblée Nationale et le Sénat ;
- le judiciaire s'exerce à travers différentes juridictions dont la plus haute est la Cour Suprême.

La constitution prévoit la décentralisation de la gestion publique avec la création des Régions et des Collectivités Locales Décentralisées (CLD), l'ouverture démocratique et la libéralisation. Elle prévoit également le principe de l'égalité des droits des citoyens, y compris ceux des femmes.

L'ouverture démocratique et la libéralisation ont favorisé le développement de dynamiques associatives à caractère sociopolitique qui ont donné lieu à l'écllosion d'une société civile fort entreprenante, ainsi qu'à des dynamiques féminines qui constituent une force à capitaliser dans le cadre des grandes batailles contre l'adversité pour le bien-être de tous.

Au plan administratif, le Cameroun a deux langues officielles, le français et l'anglais ; il est composé de 10 Régions subdivisées en 58 Départements et 360 Arrondissements.

1.3 Aperçu économique



Après une période de croissance soutenue jusqu'au milieu des années 1980, avec la chute du cours des produits de rente, le Cameroun a connu une crise économique dès 1986.

D'abord perçue comme conjoncturelle, cette crise est devenue structurelle, affectant ainsi toutes les composantes de la vie nationale. Le choc né du tarissement des principales sources pourvoyeuses des devises s'est amplifié par la dévaluation du franc CFA en 1994. La conséquence la plus perceptible de ce choc fut la généralisation de la pauvreté, la fermeture des entreprises ou leur privatisation, la compression des effectifs dans les secteurs public et privé et les baisses des salaires en 1993 et 1994.

Les mesures prises pour faire face à cette crise ont contribué à exacerber les inégalités, les injustices et les discriminations, accentuant ainsi la vulnérabilité des femmes et d'autres groupes en situation de désavantage. Les principaux indicateurs sociaux, notamment les indicateurs de santé maternelle et infantile, ont connu une dégradation à cause de l'appauvrissement des familles. La vulnérabilité de la femme s'est ainsi accrue, entraînant la précarité de la situation de l'enfant.

L'expansion subséquente de la pauvreté a amené les populations à adopter des stratégies de survie illustrées par des comportements à risque : consommation des produits de moindre qualité, hiérarchisation des dépenses en passant celles de la santé en second ordre. À maints égards, le sexe chez la femme et les jeunes filles ainsi que chez les groupes vulnérables devient un élément fondamental de transactions sociales.

Au terme de la mise en œuvre du Plan d'ajustement Structurel, avec l'admission du Cameroun à l'initiative PPTTE, les efforts du pays vont aujourd'hui vers l'amélioration durable des grands agrégats macro économiques, la poursuite de la mise en œuvre des stratégies de croissance et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

I.4 Contexte démographique et culturel

Sur le plan démographique, la population a été évaluée à 17 123 688 habitants lors du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat en novembre 2005. Avec un taux de croissance démographique de 2,7 % par an, la population du Cameroun est estimée à 19 406 100 d'habitants en 2010. Cette population est répartie en 230 ethnies et 05 groupes :

- au Nord : les Soudanais, Hamites et Sémites, généralement animistes, musulmans ou chrétiens.
- au Sud : les Bantous, semi Bantous et les Pygmées dans la zone de la forêt équatoriale, généralement animistes ou chrétiens.



La zone soudano sahéenne couvre les trois Régions septentrionales. Elle présente un relief favorable à la fois à l'érosion et aux inondations, soumettant les populations à des risques de déficits alimentaires exacerbés par des habitudes alimentaires résistant encore à la modernité. Les mouvements de population que cela engendre accroissent la vulnérabilité des populations concernées. Les traditions de la zone, fortement modulées par la religion, régissent les relations de pouvoir entre les différents groupes sociaux et régulent la vie des populations. Les espaces, rôles et statuts des femmes, hommes, enfants, doivent être rigoureusement respectés selon les principes traditionnels. La modernité, avec le développement et la mise en place d'universités et grandes écoles est un élément capital dont l'impact se fait de plus en plus sentir.

Dans les hauts plateaux de l'Ouest, la zone de forêt du Sud et de l'Est et la zone côtière, le vécu quotidien des femmes et des hommes présente une réalité tout à fait différente. La modernité a eu un impact assez poussé malgré une forte présence des pratiques mythiques et rituels liés à la tradition et qui affectent la vie des femmes tout comme la structuration de la société et la division sexuelle du travail.

La densité de la population est de 37,5 habitants au km². Cette population est inégalement répartie sur le territoire national ; la proportion d'urbains étant de 48,8% avec une forte concentration à Douala (environ 1,9 millions d'habitants) et à Yaoundé (1,8 millions d'habitants).

La population du Cameroun est caractérisée par son extrême jeunesse : 43,62% a moins de 15 ans, 46,95% a entre 15 et 49 ans et 9,43% de la population a 50 ans et plus. Les femmes représentent 51% de la population et la proportion des femmes dans la tranche des 15-49 ans est de 24,3%.

Contrairement aux mutilations génitales féminines, il est à relever que la circoncision des garçons est largement pratiquée au sein de la population et constitue une pratique culturelle positive dans le cadre de la lutte contre le VIH et les IST.

I.5 Contexte législatif

Le Cameroun a ratifié plusieurs conventions internationales, notamment celles relatives aux mesures juridiques de la Déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida en 2001. Il convient également de relever la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Convention sur l'Élimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et son Protocole Additionnel, la Convention sur les Droits de l'Enfant, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et la signature de son Protocole Additionnel relatif aux Droits de la femme en Afrique.



En dehors des dispositions contenues dans la Constitution et le code pénal, la protection des personnes vivant avec le VIH demeure insuffisante. Les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées persistent à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail. Les projets de lois relatifs au Code des Personnes et de la Famille et aux violences basées sur le genre, ainsi que ceux concernant spécifiquement la protection des PVVIH (avant projets de loi du Ministère de la Santé Publique et celui de la Société Civile) ont été élaborés et suivent leur cours.

Ces dernières années, une attention particulière est portée sur les violences faites aux femmes, à l'instar du viol et l'inceste, et sur les mutilations génitales féminines. Selon une étude menée en 2009 par la GIZ, la prévalence des viols pour l'ensemble du pays est de 5,2%, ce qui revient à dire qu'une femme sur 19 est victime de viol au Cameroun, surtout dans les Régions du Nord (7,5%), du Nord-Ouest (7,1%) et de l'Extrême Nord (6,8%).

I.6 Secteurs prioritaires

Le découpage sectoriel est inspiré du Document de Stratégie de la Croissance et de l'emploi (DSCE) qui prend en compte la nomenclature fonctionnelle en vigueur. Ainsi, dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, les secteurs prioritaires sont : le secteur Education qui inclut le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP et le MINRESI, le Secteur Santé qui concerne principalement le MINSANTE et le Secteur Social qui concerne les aspects sociaux hors éducation et santé. Ce dernier couvre le MINJEUN, le MINAS, le MINPROFF, le MINSEP, le MINTSS et le MINEFOP.



LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AGR	Activité Génératrice de Revenus
ARC	Agent de Relais Communautaire
ARV	Antirétroviral
CCC	Communication pour le Changement de Comportements
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CIRCB	Centre International de Référence Chantal Biya pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/sida
CLLS	Comité Local de Lutte contre le Sida
CMS	Centre Médico-Scolaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CPDV	Centre de Promotion du Dépistage Volontaire
CPN	Consultation Périnatale
CTA	Centre de Traitement Agréé
CLD	Collectivités Locales Décentralisées
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FM	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GTC	Groupe Technique Central
GTR	Groupe Technique Régional
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes
IEC	Information, Education et Communication
IO	Infection Opportuniste
IST	Infection Sexuellement Transmissible



MINEDUB	Ministère de l'Éducation de Base
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de la Citoyenneté
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
S-E	Suivi -Évaluation
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquisé
SNU	Système des Nations Unies
SP/GTC/CNLS	Secrétaire Permanent du Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida
SPSE	Section Planification, Suivi et Evaluation
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TME	Transmission Mère Enfant
TS	Travailleur du Sexe
UNDP	United Nations Development Program
UNESCO	United Nations for Education, Science and Culture organization
UNFPA	United Nations Fund for Population Agency
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus de l'Immunodéficiência Humaine



REMERCIEMENTS

La présente stratégie nationale de communication en matière de lutte contre le VIH et le Sida est le fruit des efforts consentis par l'ensemble des acteurs de la lutte contre cette pandémie et des partenaires techniques et financiers.

Les différents ateliers et séances de travail organisés dans le cadre de son élaboration, ont été des occasions d'échanges fructueux autour de la problématique de la communication sur les IST, le VIH et le Sida au Cameroun. Ces rencontres de concertation ont aussi permis de dégager des axes stratégiques dont la mise en œuvre va entraîner des changements de comportement au niveau des populations bénéficiaires.

Les remerciements vont :

- aux partenaires techniques et financiers notamment : l'UNESCO, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, l'ACMS, le Cabinet Conseil en communication SML Consulting, à la branche camerounaise du Réseau des Médias Africains contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (REMASTP), les Ministères de la Communication, la CRTV, la SOPECAM, le Messenger, des Enseignements Secondaires, de la Jeunesse et de la Citoyenneté, de l'Enseignement Supérieur, et de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
- aux membres du comité technique de relecture de ce document de référence
- à l'ensemble des acteurs et des structures qui ont bien voulu collaborer à l'élaboration de cet outil de travail et de plaidoyer
- à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont apporté leur concours à cette œuvre de convergence nationale.



II - PROCESSUS DE LABORATION DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION

II É 1 PROCESSUS DE LABORATION DE LA STRATEGIE

La élaboration du présent document de stratégie nationale de communication pour le changement de comportements face au VIH et au Sida a suivi une démarche participative. Le couronnement du processus est matérialisé par l'adoption du document le 14 mars 2012.

Les principales phases de ce processus sont les suivantes :

- l'élaboration d'un draft 0 du projet de document de stratégie par la Section Communication pour le Changement de Comportements et le Marketing Social du Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida ;
- l'organisation d'un atelier de consultation de deux jours des experts en communication en vue d'enrichir le draft 0 présenté par la SCCC, appuyé pour la circonstance par le Cabinet Conseil en Communication SML Consulting ;
- la mise en place d'une task force conduite par la SCCC et comprenant, outre le CNLS, l'UNESCO, l'UNFPA, l'OMS, l'ACMS, le MINRESI, la DLM/MINSANTE et le Cabinet Conseil en Communication SML Consulting;
- l'organisation d'une séance de travail de la task force en vue d'enrichir le projet de document ;
- la relecture du projet de document par les différentes sections du GTC/CNLS sous la présidence du Secrétaire Permanent ;
- la mise en place d'un Comité Technique de finalisation du projet de stratégie de communication, comprenant, le CNLS, l'OMS, l'UNESCO, l'UNICEF, l'UNFPA, le Cabinet Conseil en Communication SML Consulting, l'ACMS, et la branche Camerounaise du Réseau des Médias Africains contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ;
- l'enrichissement et la pré-validation du projet de document par le comité technique de finalisation ;
- la validation du projet de stratégie de communication le 12 mars 2012.

10



II È 2 DEFINITION DES CONCEPTS OPERATOIRES

Action prioritaire: C'est une intervention dont la réalisation est fondamentale pour améliorer une situation.

Approche participative communautaire : Elle consiste à faire en sorte que la communauté prenne conscience qu'elle dispose des ressources nécessaires pour entreprendre une action susceptible d'améliorer ses conditions de vie et s'implique dans la planification, l'exécution et l'évaluation de cette action. L'appui extérieur peut être nécessaire, mais il doit contribuer à l'autonomie de la communauté et l'amener à terme à l'auto-développement.

Canal : c'est la voie, le circuit ou le système que emprunte le message pour parvenir aux groupes cibles. Ce système met en interaction des ressources humaines, matérielles et techniques. Le message arrive à l'audience grâce au support de communication sur lequel il est matérialisé.

Communication : La communication consiste à motiver et convaincre un individu ou un groupe afin qu'il adopte le comportement souhaité en prenant en compte ses besoins, sa perception, sa culture et son expérience à travers un processus basé sur la participation, l'échange et le respect mutuel.

Education ; L'éducation consiste à faire acquérir à un individu ou à un groupe d'individus des connaissances, des attitudes ou des pratiques jugées désirables, de manière systématisée et souvent progressive. Elle permet de rendre capable d'agir. Exemples de techniques propres à l'éducation : pédagogie, andragogie et initiation traditionnelle.

Groupes cibles: Ce sont les personnes concernées par une intervention de communication, qu'il s'agisse deacteur (s) direct (s) ou indirect (s).

Information : On parle d'information lorsqu'on porte à l'attention d'un individu ou d'un public des connaissances, des faits, des idées ou des problèmes que celui-ci ignorait auparavant dans l'espoir qu'il les exploitera de manière positive. Exemples de techniques propres à l'information : journalisme, documentation, oralité, tambour parleur et internet.



Information-Education-Communication (IEC): C'est l'ensemble des interventions qui utilisent de manière planifiée et souvent intégrée les démarches, techniques et ressources de l'information, de l'éducation et de la communication pour opérer un changement de comportement volontaire (ou une consolidation) au niveau d'un individu, d'un groupe, d'une communauté ou d'une population donnée en vue d'une amélioration individuelle et/ou collective de la qualité de vie.

Média : C'est un canal de communication par lequel le message est transmis pour atteindre des cibles. Il peut s'agir d'une radio, télévision, presse écrite, Internet ou encore des canaux informels tels que des causeries, des leçons à l'école et autres. Il importe ici d'identifier le média le plus accessible possible et définir le type de programme à diffuser (magazine, documentaire, reportage, etc.)

Message : C'est la formulation d'une idée ou d'un concept à transmettre ou à communiquer. Dans la formulation du message, il importe de faire attention au choix des mots, leur ordre. Certains mots étant polysémiques, il importe de faire attention aux interprétations que la cible pourrait en faire. Donc choisir des expressions simples et si possible dans un langage familier en fonction de la cible. Par ailleurs les messages doivent être fonction des besoins en information et en communication des différentes communautés.

Mobilisation sociale : La mobilisation sociale peut être définie comme un processus qui consiste à rassembler tous les partenaires et alliés sociaux intersectoriels possibles en vue de déterminer les besoins ressentis et de sensibiliser à un objectif de développement particulier et d'accroître la demande les concernant. Cela consiste à gagner la participation d'acteurs tels que des institutions, des groupes, des réseaux et des communautés à l'identification, à la mobilisation et à la gestion de ressources humaines et matérielles, augmentant et renforçant ce faisant, l'autosuffisance et la durabilité des résultats obtenus.

Plaidoyer : Le plaidoyer est un processus (ou un ensemble d'actions) mené généralement par un groupe d'individus ou d'organisations pour obtenir un soutien ou une adhésion à une idée, une cause, un programme ou une institution, à la prise en charge d'un problème de la part de personnes, de groupes ou d'institutions ayant une capacité de décision, de facilitation ou de nuisance. Il permet ainsi d'influencer le



processus de élaboration et de application des décisions dans un domaine donné, de créer les conditions favorables à l'introduction, au changement ou à l'abrogation d'une politique, d'un texte, d'une coutume, d'un programme. Il utilise les stratégies et les techniques de CCC pour atteindre son but.

Objectif comportemental: C'est le résultat escompté au terme d'une intervention, laquelle intervention vise un changement de comportement.

Opportunité: C'est une situation favorable à l'atteinte des objectifs.

Outils de communication : Ce sont des moyens d'intervention relevant de l'écrit, de l'audio et de l'image, produit, diffusé et exploité dans le but de transmettre un message à une cible identifiée. Ces outils sont définis en fonction des objectifs de la communication. Il peut s'agir d'informer, sensibiliser, former, éduquer, motiver ou mobiliser.

Support : Le support de communication est l'instrument sur lequel on fixe le message pour le transmettre au groupe cible. C'est l'élément physique sur lequel le message est transmis. Il peut s'agir d'une affiche, une émission radio ou un tableau en flanelle. Tenir compte des images, couleurs et intensité sonore.

Stratégie : C'est un cadre d'orientation des actions prioritaires, c'est-à-dire celles qui sont les plus susceptibles d'avoir un impact sur des problèmes liés aux changements d'attitudes et de comportements de groupes cibles déterminés, en tenant compte des ressources humaines, institutionnelles et des priorités de la politique du domaine concerné.

En tant que cadre d'orientation des actions prioritaires de communication, la stratégie nationale pourra être régulièrement mise à jour au fur et à mesure de sa mise en œuvre et de l'apparition de nouveaux besoins.



III - METHODOLOGIE

Pour réaliser la présente stratégie de communication, la méthode d'analyse dite du champ de force a été utilisée. Elle permet de diagnostiquer des problèmes, d'analyser des situations et d'identifier les forces qui sont propices à la réalisation du changement souhaité (les forces motrices) et celles qui ne le sont pas (forces d'obstruction).

Cette méthode se résume en six points comme suit :

1. décrire la situation qu'on veut modifier ;
2. décrire la situation souhaitée (qu'est-ce qui devrait se produire différemment ?) ;
3. indiquer clairement, sous forme d'objectifs de comportement, les changements à entreprendre ;
4. identifier les forces motrices (quelques facteurs: personnes/conditions/lois et règles, structures organisationnelles, méthodes, attitudes personnelles) qui peuvent aider à aller dans le sens de la situation souhaitée et à atteindre le but ;
5. identifier les forces d'obstruction (quelques facteurs: personnes / conditions / choses) qui gêneront si l'on veut aller dans le sens de la situation souhaitée ou vous empêcheront d'y parvenir ;
6. envisager certaines mesures (objectifs de comportement) qui pourraient être prises pour: accroître ou renforcer les forces motrices, éliminer ou affaiblir les forces d'obstruction; transformer les forces d'obstruction en forces motrices.

Ces forces sont analysées au niveau de l'ensemble des parties prenantes à la lutte contre le VIH et le Sida, préalablement segmentées: gouvernement, secteur privé, secteur public, organisations de la société civile, communautés, partenaires extérieurs, etc.)

La stratégie de CCC la plus efficace vise à éliminer ou à affaiblir les forces d'obstruction, et à laisser s'imposer les forces motrices, en identifiant les mesures précises qu'il convient de prendre, d'encourager d'autres personnes ou institutions à prendre. Bien qu'il soit plus facile de prendre des mesures qui se fondent sur des forces, motrices ou positives, il peut être plus efficace d'essayer d'affaiblir les forces d'obstruction.



INTRODUCTION

Lors de conférence internationale sur le Sida tenue en 2000 en Afrique du Sud, il a été recommandé que l'éducation en matière de VIH et de Sida commence tôt, et se concentre sur les enfants dès l'âge de 5 ans. Par la suite, en juin 2001, pendant la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida, les Etats membres sont convenus de veiller à ce qu'au moins 90 % des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, aient accès aux informations et à l'éducation nécessaires pour acquérir les connaissances leur permettant de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH. Une façon d'atteindre ce but fixé par l'ONU, consiste à recourir à la communication pour le changement de comportements (CCC) et au système d'éducation scolaire et non formelle, puisque les programmes doivent toucher les élèves à un jeune âge, avant que certains d'entre eux ne deviennent sexuellement actifs.

Au Cameroun, la grande vitesse de la propagation du VIH est rapidement apparue comme un problème majeur de santé publique. Cette évolution de la pandémie a fait ressortir l'importance du renforcement des actions de lutte contre les IST, le VIH et le Sida. Ainsi, la réduction de la séroprévalence de la pandémie au sein de la population camerounaise est l'un des objectifs majeurs du Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le Sida 2011-2015. La volonté de mener la lutte contre le VIH et le Sida dans une approche participative se traduit par l'implication de tous les secteurs et la décentralisation du niveau opérationnel de la lutte. Cette volonté de lutte s'appuie sur le document de Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) qui affirme que « l'état de santé de la population est largement déterminé par son comportement vis-à-vis des situations de risque », et que « l'éducation pour la santé permet d'agir sur ce comportement et doit de ce fait, être intégrée dans tous les programmes de santé. »

La stratégie nationale de communication pour le changement de comportements face au VIH et au Sida fait partie intégrante de la SSS. Elle contribue à l'atteinte de l'objectif général du sous-programme: Information, Education et Communication (IEC) pour la santé qui est d' "amener l'ensemble de la population à adopter des comportements favorables à la santé." D'où la raison d'être de ce document de stratégie de communication pour le changement de comportement face au VIH et au Sida.



CHAPITRE I : GENERALITES

a. Rappel du Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le Sida pour la période 2011-2015

Le Plan Stratégique National de Lutte contre les, IST, le VIH et le Sida pour la période 2011-2015, dit de 3^{ème} génération a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays. De façon spécifique, les objectifs stratégiques pour la période 2011-2015 visent à :

1. réduire la propagation du VIH dans la population générale et dans les groupes à haut risque par la mise en œuvre des mesures de prévention efficaces et efficientes ;
2. améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une prise en charge globale de qualité ;
3. réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les OEV et les autres personnes affectées ;
4. renforcer la mobilisation sociale, et la disponibilité des ressources pour la riposte au Sida ;
5. renforcer les systèmes de santé et communautaire en vue de pérenniser les interventions ;
6. renforcer la disponibilité d'une information stratégique et son utilisation adéquate pour la prise de décision et l'amélioration des interventions ;
7. renforcer la coordination et la gestion de la réponse nationale.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente Stratégie de Communication pour le changement de comportements face au VIH et au Sida du Programme National de Lutte contre le Sida dont les opérations s'étaleront sur une période de 05 ans.

b. Le concept de stratégie de communication

La stratégie de communication se définit comme :

- un plan d'ensemble coordonné servant à guider de multiples actions et activités de communication pour atteindre le but, les objectifs de comportements visés et les résultats attendus par un programme donné. Cette

MOBILISATION POUR UNE GENERATION SANS SIDA



démarche stratégique est rendue nécessaire par les données de l'analyse situationnelle, notamment les problèmes de comportements mis en évidence et à la solution desquels la communication peut contribuer. La Stratégie de Communication apporte plusieurs contributions, qui sont en fait interdépendantes au succès d'un programme de développement. Cette nouvelle représentation du rôle de la communication bénéficie d'une forte reconnaissance dans les politiques publiques de développement en général, malgré les contraintes liées au processus de changement de comportements ;

- un cadre cohérent des interventions en communication sociale menées dans le contexte du programme considéré. Il s'agit d'un plan d'ensemble coordonné servant à guider de multiples actions et activités de communication pour atteindre le but et les objectifs de comportements fixés ;
- un engagement à produire des résultats spécifiques, mesurables et durables ;
- un plan multisectoriel intégré avec des composantes spécifiques au niveau sectoriel, national, régional, intermédiaire, local et ayant chacune ses stratégies d'action détaillées ;
- un cadre stratégique associé d'un plan de communication opérationnel ;
- une composante à part entière (transversale et intégrée) du programme de développement. A ce titre, la Stratégie de Communication relève de la communication publique menée dans le cadre des activités de développement et de changement social;
- une nouvelle représentation du rôle de la communication sociale, qui bénéficie d'une forte reconnaissance dans les politiques publiques malgré les contraintes liées au processus de changement de comportements ;
- un cadre stratégique associé à un plan de communication opérationnel.

c. L'Information, l'Education et la Communication

L'IEC utilise en principe un faisceau de méthodes, de techniques et processus de communication souples, systématiques et favorables à la participation et au partage des compétences. L'IEC est une stratégie d'information individuelle, peu adaptée à des phénomènes explosifs comme le VIH et le Sida. Le manque de performance observé a conduit à une réorientation vers des approches moins unilatérales et plus

MOBILISATION POUR UNE GENERATION SANS SIDA



participatives. C'est dans ce contexte qu'apparaît le concept de CCC, destinée explicitement à promouvoir les comportements souhaités par les programmes de développement avec l'implication effective des partenaires dans le processus.

d. La Communication pour le Changement de Comportement

La CCC doit dépasser à la fois la simple apologie des comportements sans ou à moindre risques et la stigmatisation plate des comportements néfastes, pour mettre l'accent sur les avantages que procure le comportement souhaité à ceux qui l'adoptent.

e. Les contraintes du changement de comportements

Obstacles sociopolitiques et institutionnels

Certains contenus et publics de la CCC ne font pas l'unanimité. Ainsi, en matière de VIH et de Sida, l'éducation sexuelle suscite encore des désaccords, y compris ce qui doit être enseigné, à quel âge, dans quel cadre, par qui et dans quel but. Souvent, des pressions politiques empêchent l'éducation en matière de sexualité de franchir la porte des classes. Maintes fois, la gêne que suscitent la sexualité et le comportement

Parmi les autres obstacles, on peut mentionner le coût de ces interventions, le manque de personnel formé, la peur de la stigmatisation, la difficulté à couvrir l'ensemble de la population, la faiblesse de l'offre de services, la pauvreté. Au Cameroun, la diversité géographique, culturelle et démographique est telle qu'elle peut compliquer les activités de CCC. Les distances à parcourir par les personnels de sensibilisation sont très longues, de multiples langues nationales généralement non écrites et /ou peu lues, rendent incertain la prise en charge totale et performante des problèmes de comportements par la communication.

Contraintes psychologiques

Le changement de comportements n'est pas linéaire. Que ce soit au niveau individuel, communautaire ou institutionnel, l'acquisition d'un nouveau comportement peut être réversible. Une fois le comportement adopté, il arrive que, dans certaines



circonstances, la personne, la communauté ou l'institution revienne à ses anciennes habitudes. Compte tenu de tous ces déterminants externes, il est souvent très difficile de distinguer avec exactitude les effets d'un programme de ceux d'autres facteurs (notamment des facteurs de confusion) sur le comportement d'une personne.

f) Les limites de la CCC

Les programmes de communication contribuent probablement à la solution des problèmes de comportements mais, en réalité, de nombreux facteurs influencent le comportement des populations en matière de changement social. On peut citer le niveau de soutien et d'approbation des pairs, l'estime de soi et d'autres caractéristiques individuelles, la publicité et la place qu'occupent les questions sociales considérées dans les médias, ainsi que d'autres facteurs communautaires et sociétaux. La communication pour le changement de comportements ne peut en aucun cas:

- combler les lacunes d'une mauvaise programmation et d'une planification approximative des activités de lutte contre le VIH et le Sida ;
- trouver des solutions à des problèmes causés par des choix inopportuns ou par la mauvaise qualité des prestations ;
- transmettre efficacement tous types de messages ;
- faire accepter des messages contradictoires dans la lutte contre le VIH et le Sida ;
- procéder à un changement radical et durable des normes culturelles et des comportements individuels et collectifs face à la pandémie du Sida ;
- supprimer les tabous, la gêne que suscitent la sexualité et le comportement des jeunes empêche de parler du Sida ;
- modifier le mécanisme psychosociologique du changement de comportement

19

g) Solutions pour pallier les contraintes observées



La conception d'une stratégie de CCC, sa mise en œuvre et son succès sont d'autant meilleurs que les populations, les organismes et les parties intéressées y collaborent effectivement à toutes les phases. Il faut alors savoir combiner diverses approches du développement participatif pour intéresser les partenaires et pour inciter à l'action tout en la rendant possible. Les changements souhaités dans le domaine de la lutte contre le VIH et du Sida sont en effet difficilement atteints sans l'implication effective des communautés concernées aux côtés des autres partenaires du développement de la lutte contre le VIH et du Sida. Cela suppose l'appropriation et l'opérationnalisation des objectifs du PNLIS par les partenaires. Le passage de ce partenariat de la théorie à la pratique, doit s'appuyer sur la communication effective entre différents niveaux et au sein de chaque instance. Elle est alternativement et simultanément hiérarchique et horizontale.



CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION

a. Situation générale au Cameroun

La pandémie du Sida au Cameroun a connu au cours de ces dernières années un développement considérable. La séroprévalence est de 5,1% dans la population générale, mettant ainsi le pays dans un contexte d'épidémie généralisée. 560 000 personnes vivent avec le VIH dans le pays. Selon les projections, ce chiffre pourrait être atteint 630 000 en 2015 et 726 000 à l'horizon 2020.

Au Cameroun, plus de 98 % des populations savent que le VIH existe, 87% des camerounais ont connaissance au moins d'un moyen de prévention de cette maladie. En dépit de ces avancées considérables en matière de sensibilisation, de nombreux gaps persistent. Ainsi 60% de femmes continuent à avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels et 40% d'hommes quant à eux adoptent ce même comportement.

- Contexte de l'Intervention

Niveau national :

Le Cameroun a l'un des taux de prévalence le plus élevé en Afrique Centrale, avec de fortes prévalences dans certains groupes spécifiques (exemple : femmes enceintes, 6.7% ; travailleurs du sexe, 36.8%, hommes en tenue 11.2%). Par ailleurs, en matière de prévention, seulement 13% de la population (15- 49 ans) connaît son statut sérologique au VIH, cependant que 31% des besoins en préservatifs et 13% en sang sécurisé sont couverts. Chez les jeunes de 15- 24 ans, le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risques reste faible (58.5% chez les hommes et 45.8% chez les femmes). Pour ce qui est du traitement, moins de 20% des enfants et moins de 50% des patients adultes éligibles ont accès au traitement ARV.

Entre 2006 et 2009, le nombre d'OEV soutenus annuellement a progressé de façon remarquable : de 20 750 à 78 001 sur les 183 523 OEV identifiés. Sur un effectif total de 304 210 des orphelins du Sida estimé en 2010, seul 25 % ont été pris en charge.



En 2011, par exemple, 54 000 nouvelles infections ont été enregistrées au Cameroun, soit 4 276 par mois ou 141 par jour. De même, 7 300 bébés sont nés séropositifs à cause de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Parmi les causes profondes liées au comportement des populations, le poids des cultures et des traditions n'est pas négligeable (cérémonies rituelles de masse telles que la circoncision, l'excision ou le tatouage de groupe, la pratique du lévirat). Ces gaps sont liés à la faiblesse du système sanitaire (ressources humaines et matérielles limitées) et du système communautaire (peu organisé) et même à la faiblesse des liens entre les deux systèmes.

De ces constats, découle un certain nombre de préoccupations : la nécessité, voire le souci de ralentir la progression de la pandémie, d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, de réduire l'impact social et économique de la maladie, de procéder au renforcement de la mobilisation sociale, de la disponibilité des ressources. Il s'agit de renforcer le système de santé communautaire, tout ceci à travers une pertinente et efficace communication pour un changement de comportement.

b) Situation générale à l'échelle mondiale

A l'échelle mondiale, la situation du VIH se caractérise par la pertinence du problème que exprime l'Objectif du Millénaire pour le Développement-OMD- N°6 : « *Combattre le VIH, le Sida, le paludisme et les autres maladies* ». Sur les trois cibles de l'OMD N°6, les deux premières concernent précisément la pandémie. Il s'agit de la cible 1 (endiguer, voire faire reculer la pandémie du VIH et du Sida) et la cible 2 (rendre accessible à tous d'ici 2015 les traitements disponibles contre le VIH et le SIDA)

En 2009, le programme Commun des Nations Unies (ONU SIDA) sur le VIH et le Sida a estimé que presque 70% des 33.400.000 personnes infectées par le VIH dans le monde vivent en Afrique subsaharienne. Ce qui s'apparente à une grave menace pour l'Afrique.

Depuis l'apparition des premiers cas de Sida au Cameroun au cours de l'année 1985, le gouvernement a fait de cette lutte une priorité nationale. Cet engagement au plus haut niveau de l'Etat s'est matérialisé par la mise en œuvre des plans d'urgence de lutte contre le VIH et le Sida des années 90, et de deux plans



stratégiques nationaux (2000-2005 et 2006-2010). Cette politique volontariste de l'État, avec le soutien des partenaires au développement et l'implication effective du secteur privé, de la société civile, des organisations professionnelles et des PVVIH, a abouti à des résultats concrets, notamment l'accroissement de l'offre de services de prévention du VIH, et de prise en charge des personnes infectées et affectées par cette pandémie.

c) Analyse des parties prenantes possibles : les différents acteurs

Dispositif organisationnel et institutionnel

Grâce au leadership des pouvoirs publics, la réponse nationale au VIH et au Sida au Cameroun est organisée autour d'un cadre d'intervention: le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida qui se veut multisectoriel et décentralisé, et qui vise à impliquer tous les secteurs et acteurs dans la lutte contre cette maladie en vue de mettre en œuvre des interventions adéquates. Différentes formes de partenariats ont été élaborées à l'instar du partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH. A cet effet, au niveau national sont impliqués :

- “ les entreprises privées et parapubliques (88 conventions avec le CNLS) ;
- “ les organisations et associations non gouvernementales ;
- “ les confessions religieuses ;
- “ les ministères qui disposent des plans sectoriels et de points focaux spécialisés sur les questions du VIH ;
- “ les coopérations bi et multilatérale ;
- “ les organisations et associations non gouvernementales ;
- “ le Système des Nations Unies.

Certains groupes cibles semblent particulièrement exposés. Il s'agit :

1. des professionnels du sexe
2. des hommes en tenue
3. des transporteurs
4. des jeunes
4. des femmes
5. des enfants
6. des prisonniers



d) Pertinence de l'Analyse

L'analyse ci-dessus est d'autant plus pertinente qu'elle offre un certain nombre d'opportunités, notamment :

- avoir une bonne connaissance des différents groupes cibles ;
- exploiter suffisamment les sources, pour un sujet aussi sensible que le VIH et le Sida
- ressortir l'apport de la communication dans la gestion du problème lié au VIH et au Sida;
- trouver de bonnes solutions pour la bonne information relative à l'impact du VIH et du Sida.

e) Situations spécifiques par aires socioculturelles

- Le Sud du pays. Us et coutumes outre certaines pratiques socioculturelles : lévirat, polygamie.
- Le grand Nord : polygamie. Us et coutumes outre certaines pratiques socioculturelles : polygamie, lévirat, tatouages rituels, ignorance de certaines populations due à la sous-scolarisation
- Les zones de pratique de l'excision : Régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-nord.

f) Situations particulières des minorités : pygmées et Bororos

- L'analphabétisme, la sous-scolarisation, l'éloignement des centres de santé constituent des facteurs majeurs de marginalisation de certains peuples autochtones tels que les pygmées et les Bororos.
- Le nomadisme de certaines de ces populations en fait des cibles particulières, eu égard aux risques dus à la mobilité, voire aux difficultés que peuvent rencontrer des équipes de CCC dans la lutte contre le VIH et et le Sida. Si les pygmées du Cameroun ont la réputation d'être considérés comme des « maîtres de la forêt », les nomades Bororos sont reconnus comme de grands bergers et bouviers en quête permanente des pâturages pour leurs troupeaux.



CHAPITRE III : CARACTERISTIQUES DES PUBLICS BENEFICIAIRES DES ACTIVITES CCC

a. Les enfants

L'ignorance, l'insouciance et l'inconscience face aux problèmes de la société sont les caractéristiques des enfants. Ils dépendent de leurs parents qui leur donnent tout : nutrition, soins de santé, éducation. La personnalité des enfants est généralement forgée par leur environnement qui a une forte influence sur eux. En clair, les enfants qui sont généralement à la solde des parents copient très rapidement de ces derniers et agissent dans le sens voulu par les parents.

b. Les travailleuses du sexe

Elles tirent leur principal revenu de leur activité qui consiste à offrir les services sexuels aux tierces personnes moyennant de l'argent. Elles mènent une intense activité sexuelle à risque .car pour avoir de l'argent elles sont prêtes à entretenir des rapports sexuels avec n'importe qui et à se soumettre parfois aux conditions qui ne leur sont pas du tout favorables : les rapports sexuels non protégés. Ce qui les expose considérablement au VIH. En dehors d'être des réceptacles potentiels, elles sont aussi des distributrices potentielles du virus.

c. Les hommes et femmes en tenue

Les hommes en tenue en raison de leur métier sont caractérisés par une grande mobilité. Passent peu de temps avec leurs familles, se donnent à la consommation abusive d'alcool qui s'accompagne aussi de plusieurs conquêtes sexuelles. Ils sont réputés avoir plusieurs partenaires sexuelles et pour la plupart de temps sans protection. Ils ont des comportements sexuels à risque.

Les femmes en tenue s'inscrivent aussi dans ce registre. Au nom du commandement militaire, elles sont souvent soumises à la solde des différents chefs qui viennent chacun assouvir ses besoins sexuels, moyennant certains avantages : avancement de grade, etc. Tout ceci sans la moindre protection.



En clair les femmes en tenue ont plusieurs partenaires sexuels.

d. Les chauffeurs/camionneurs

Ils se caractérisent par une grande mobilité. Ils sont constamment en transit dans plusieurs localités qu'ils traversent sans laisser de traces. Autant d'aires de repos, autant de partenaires sexuelles. Ils passent très peu de temps en famille. La majeure partie de leur temps étant consacrée aux multiples voyages. Ils participent très peu à l'éducation de leurs enfants, car ils sont toujours partis. Ils sont à la fois sujets à risque et distributeurs potentiels des maladies sexuellement transmissibles.

e. Les commerçantes/Bayam-sellam

La mobilité est leur principale caractéristique. Elles quittent leur domicile des jours durant pour des villages proches ou lointains pour leur approvisionnement. Dans ces localités, elles bénéficient parfois des services des tierces personnes qui leur offrent des lieux d'hébergement. A la longue elles finissent par entretenir des rapports sexuels avec ces personnes avec qui elles passent d'ailleurs plus de temps que les membres de la famille. Pour avoir certains avantages sur le terrain, elles n'hésitent pas à céder aux avances de leurs partenaires commerciaux locaux.

f. Les élèves et étudiants

Les statistiques disponibles montrent que la pandémie du VIH se juvénalise et se féminise davantage. Le tiers des personnes infectées est jeune. Ce groupe se caractérise par le désir de découverte et d'affirmation de soi qui pousse ces élèves et étudiants à multiplier les partenaires sexuels. Ce groupe se caractérise aussi par la précarité des moyens financiers qui rend le vulnérable face aux propositions des « sponsors. » Les jeunes élèves et étudiantes sont des proies faciles de plusieurs hommes qui leur imposent parfois des rapports sexuels non protégés. La multitude de partenaires sexuels (camarades et sponsors) est la chose la mieux partagée dans ce groupe. Ce qui présente un haut risque de propagation des IST, y compris le VIH.

g. Le personnel médical



Ils ignorent rien sur la santé, du moins dans leurs spécialités respectives. Ils sont au contact des malades dont ils maîtrisent par ailleurs les secrets. Ils ont une forte influence sur les malades qu'ils encadrent et conseillent en cas de besoin. Ils manipulent les outils médicaux et sont de ce fait, victimes d'accidents de exposition au sang qui peuvent leur transmettre le VIH. Certains d'entre eux trahissent le serment d'Hippocrate en divulguant le statut sérologique de leurs patients à des tierces personnes.

h. Les populations du milieu carcéral



CHAPITRE IV : CADRE CONCEPTUEL ET OPERATIONNEL DE LA STRATEGIE DE CCC

a. Cadre conceptuel de la stratégie CCC

Il est admis que le secteur santé ne peut, à lui seul, surmonter cette pandémie. Cela appelle des solutions communicationnelles, qui fondent le rôle central et transversal de la présente stratégie de communication.

Cette démarche stratégique de communication est rendue nécessaire par les données de l'analyse situationnelle qui précède, notamment l'écart entre les niveaux de connaissance et les attitudes et les compétences de vie des populations. Des problèmes de comportements qui sont à la base de cet écart appellent des solutions par la communication sociale. En d'autres termes, la stratégie de CCC est nécessaire dans la lutte contre le VIH et le Sida, car elle contribue à améliorer la performance du système de lutte en vue de contribuer à réaliser les orientations stratégiques fixées par axe pour la modification de comportements:

La prévention de la transmission sexuelle

Elle se fait à travers l'IEC en direction du grand public et des jeunes. Ces interventions qui relèvent de la communication pour le changement de comportements sont nécessaires pour sensibiliser certaines populations à risque et/ou vulnérables (les routiers et leurs partenaires sexuels, les prostituées, les jeunes, etc.).

Les jeunes

En empêchant l'infection à VIH de se diffuser parmi les jeunes grâce à la sensibilisation, on aiderait aussi à réduire la spirale des coûts de traitement et à libérer des ressources susceptibles d'être employées pour répondre à d'autres besoins des jeunes. La stratégie est nécessaire pour offrir aux jeunes les bonnes informations, le savoir et le savoir-faire sur la pandémie et sur les avantages de vivre dans un environnement sain, susceptible de les préserver du VIH et du Sida.



La lutte contre la stigmatisation

Des actions de CCC appropriées sont nécessaires, pour relever le défi de la stigmatisation et de gérer les problèmes nombreux et graves dont elle est la cause.

La prévention de la transmission Mère-Enfant (PTME)

Les stratégies de CCC visant la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH deviennent une priorité élevée dans les programmes de lutte contre le VIH et le Sida. Elles doivent, notamment expliquer que la norme majorité des enfants séropositifs ont été infectés par leur mère, durant la grossesse, à l'accouchement ou pendant qu'ils prenaient le sein.

La promotion de l'usage des préservatifs

La stratégie de CCC est nécessaire pour dissiper les rumeurs, réduire la perception négative des préservatifs masculins et féminins.

La problématique genre

La nécessité de la CCC dans le genre découle de l'impératif de susciter une compréhension globale des relations entre les genres qui prévalent dans le pays, afin d'amener les hommes et les femmes à prendre des décisions informées et libres en ce qui a trait à leurs vies et leurs familles.

b. But et objectifs de la stratégie CCC

Déoulant du "Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le Sida 2011-2015, le but de la présente stratégie de communication est de contribuer à la réduction de la prévalence des IST, du VIH et du Sida au sein de la population générale par la promotion des actions de communication pour le changement de comportement et de plaidoyer.

Quant à ses objectifs généraux, il est question de contribuer à la réduction des nouvelles infections à VIH, à la prise en charge des PVVIH et au soutien aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du VIH et du Sida.



Pour atteindre ces objectifs, trois objectifs spécifiques seront conduits à savoir : les activités liées à la prévention, aux soins et traitements des PVVIH éligibles, et le soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables.

Les objectifs spécifiques de communication de la présente stratégie de communication vise la promotion de la vie des enfants, des femmes, des hommes, à la maison, au travail, sur les lieux de loisir et à l'hôpital en:

- minimisant les risques de contamination du VIH chez les enfants de 5 à 14 ans par l'apprentissage de styles de vie sains et le développement de comportements sexuels responsables ;
- développant des mécanismes d'information des populations sexuellement actives pour un changement de comportements ;
- réduisant le risque de transmission mère-enfant du VIH,
- minimisant le risque de contamination à VIH par la transfusion sanguine
- développant un mécanisme national de solidarité vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et leurs familles par l'assurance d'une prise en charge médicale et psycho-affective, la protection et la promotion de leurs droits et par l'implication des mouvements associatifs.



CHAPITRE V : AXES STRATEGIQUES DE CCC PRIORITAIRES

1. **Axe stratégique 1** : Promouvoir les bonnes pratiques en communication parmi les différents intervenants au Cameroun

- **Stratégie 1** : Développer la cohérence dans la CCC au niveau des intervenants sur le terrain, par le renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées

- **Populations participantes/Bénéficiaires**

- Responsables au sein du CNLS
- GTC (Groupe Technique Central)
- Agences d'exécution des secteurs public et privé, ONGs intermédiaires ou de encadrement, ONGs et OSCs mettant en œuvre les activités de CCC
- Autorités locales, leaders communautaires et religieux
- Parties prenantes

- **Effet attendu**

- L'impact psychologique, social et économique du VIH sur les PVVIH, les OEV et autres personnes affectées est atténué au cours de la période 2011-2015.

- **Activités clés**

- Développer une série de présentations montrant des exemples concrets pour faire le plaidoyer de la communication
- Former aux techniques du plaidoyer
- Publier dans le bulletin du GTC/CNLS et sur son site internet, des articles sur les différentes approches en matière de communication
- Sensibiliser les autorités locales et nationales pour leur engagement politique sur les questions des IST, VIH et Sida



- Former les leaders communautaires en matière de planification stratégique et de gestion

- **Stratégie 2** : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs : impliquer les autorités administratives et les collectivités territoriales décentralisées, les leaders d'opinion et les leaders communautaires dans la planification et la coordination des activités de communication
 - **Populations participantes/Bénéficiaires**
 - Autorités administratives, leaders politiques, du maintien de l'ordre
 - Chefs traditionnels
 - Leaders d'opinion, leaders communautaires et religieux
 - Artistes : chansonniers, musiciens, plasticiens

 - **Effet attendu**
 - La lutte contre le VIH est consolidée dans les différents secteurs publics, privé formel et informel et les collectivités territoriales décentralisées grâce à la création d'un environnement favorable à la riposte au Sida.

 - **Activités clés**
 - Faciliter l'accès à l'information concernant la stratégie CCC du CNLS
 - Développer un matériel imprimé illustrant la stratégie CCC du CNLS
 - Encourager les autorités locales à s'impliquer dans la lutte contre le VIH et le Sida
 - Former les leaders d'opinion, les leaders communautaires et les responsables des ONGs de PVVIH aux techniques de planification et de coordination des activités de communication

- **Stratégie 3** : Renforcement de l'information stratégique (renforcement des capacités des médiateurs professionnels)



(journalistes, animateurs, réalisateurs de télévision) en communication sur le VIH et le Sida.

- **Populations participantes/Bénéficiaires**

- Médiateurs professionnels (journalistes et animateurs) des radios rurales, communautaires ou de proximité
- Managers et propriétaires des stations de radios communautaires
- Réseaux des médiateurs professionnels (journalistes, animateurs) spécialistes des questions de VIH et du Sida
- Associations et réseaux d'artistes (musiciens, comédiens, plasticiens) intéressés par la CCC

- **Effet attendu**

- Au cours de la période 2011-2015, l'information stratégique de qualité est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte au VIH et au Sida

- **Activités clés**

- Séminaires-ateliers de formation des responsables de radios communautaires et de proximité en matière d'activités de CCC
 - Formation de médiateurs professionnels de presse écrite, radio et télévision à la planification des articles, des programmes et des techniques de conception/production de messages, de dossiers de chroniques et de microprogrammes
 - Confection de dossiers de presse, de « kit de presse »
 - Organisation de jeux, concours relatifs au VIH et au Sida
 - Conférences de presse
 - Voyages de presse
 - Dîner de presse
 - Point de presse
 - Déjeuner de presse
- **Stratégie 4** : Renforcement du partenariat, coordination et gestion



- **Populations participantes/Bénéficiaires**

- Acteurs et partenaires
- ONGs

- **Effet attendu**

- au cours de la période 2011-2015, les mécanismes nationaux de coordination et de concertation avec les partenaires sont renforcés en vue de l'appropriation, de l'alignement, de l'harmonisation, de la gestion axée sur les résultats, de la responsabilité mutuelle.

- **Activités clés**

- Séminaires
- Réunions bilans

2. Axe stratégique 2 : Responsabiliser les groupes vulnérables (PVVIH) et les populations migrantes vis-à-vis du VIH et du Sida

- **Stratégie 1** : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST : améliorer l'éducation, la participation et la protection des groupes vulnérables pour l'instauration de véritables communautés éducatives en matière de CCC

- **Population participante**

- Communautés sociolinguistiques et culturelles
- Individus et familles
- Publics à haut risque (travailleuses du sexe, hommes en uniformes, chauffeurs)
- Enfants de moins de 15 ans
- Autorités administratives, chefs traditionnels, dignitaires religieux, leaders d'opinion et communautaires

- **Effet attendu**

- l'incidence du VIH et des IST est réduite de moitié dans la population générale et dans les groupes spécifiques

- **Activités clés**

MOBILISATION POUR UNE GENERATION SANS SIDA



- Production et distribution de dépliants et prospectus expliquant les modes de prévention des IST, du VIH et du Sida, l'utilisation des préservatifs féminins et masculins
- Production d'outils de communication (affiches, gadgets, bandes dessinées, dépliants, sensibilisation des leaders communautaires pour la promotion et l'utilisation des préservatifs
- Mise à jour permanente du site internet du CNLS
- Campagne dans les réseaux sociaux (Facebook)
- Sensibilisation des groupes vulnérables
- Mise en place des centres d'écoute, de discussion et de rencontres en faveur notamment des populations mobiles (Bororos, Pygmées)
- Organisation de fora de discussion
- Organisation de caravanes mobiles (avec comédiens et chansonniers) dans les centres urbains et en zones rurales
- Campagnes au sein des communautés
- Elaboration des plans d'action de prévention des risques au sein des communautés

- **Stratégie 2 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST**

- **Bénéficiaires/Populations participantes**

- Les enfants
- Les adultes
- Les groupes vulnérables

- **Effet attendu**

- L'incidence du VIH et des IST est réduite de moitié dans la population générale et dans les groupes spécifiques

- **Activités clés**



- Sensibilisation des autorités administratives, des communautés locales et des responsables des médias sur le respect des droits des PVVIH en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination
- Adaptation des contenus des messages éducatifs aux cibles, en fonction de leurs spécificités
- Actions des enfants en directions des adultes pour la promotion de comportement responsables et l'utilisation des préservatifs

3. **Axe stratégique 3 : Impliquer les pairs éducateurs et les prestataires socio-sanitaires pour des prestations de qualité**

- **Stratégie 1** : Renforcement du système de santé et amélioration des compétences des pairs éducateurs à mener des activités de CCC
- **Bénéficiaires**
 - Centres de santé, hôpitaux de districts
 - Pairs éducateurs
 - Personnels de santé
 - ONGs et OSCs (organisations de la société Civile)
- **Activités clés**
 - Equipements des formations sanitaires en médicaments et outils de lutte contre le VIH et le Sida
 - Développement de la réponse locale (organisations de personnes vivant avec le VIH, contrats de performance
- **Stratégie 2 : Renforcement de l'accès aux soins et au traitement**
 - **Population participante**
- Pairs éducateurs
- ONGs
 - **Effet attendu**
- Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées



- **Activités clés**

- Elaboration de modules de formation pour pairs éducateurs
- Formation de pairs éducateurs
- Fora d'échanges d'expériences

- **Stratégie 3 : Développement de outils de travail pour les prestataires socio-sanitaires et les pairs-éducateurs**

- **Bénéficiaires**

- Tradipraticiens
- Prestataires de soins
- Agents sociaux
- Personnels des centres de conseil et dépistage volontaire
- Pairs éducateurs

- **Effet attendu**

Appropriation de la CCC

- **Activités clés**

- Mise en place des activités de counselling et de dépistage volontaire des IST et du VIH
- Formation du personnel de santé
- Création de structures sanitaires exerçant le long des principaux axes de communication (grandes routes, chemins de fer, etc.)
- Rendre disponibles les médicaments et les préservatifs



CHAPITRE VI : LE MIX DE COMMUNICATION : MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE

I È DEFINITION

Le mix de communication se définit comme l'ensemble des stratégies et moyens utilisés pour mettre en œuvre une stratégie de communication.

II - ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE

Définir clairement les objectifs de communication

Cette étape permet d'atteindre le public, de négocier sa participation, définir les changements précis que le message doit apporter ou favoriser chez le public.

Les objectifs doivent être clairs et précis SMART (Spécifique, Mesurables, Appropriés, Réalistes et Réalisables, situés dans le Temps)

Choisir un thème central pour articuler les messages:

Le thème central doit amener les personnes exposées aux messages prévus pour divers segments de publics à les lier facilement au thème principal de chaque axe stratégique de la lutte. Il servira de référence pour la création des messages, qui reflèteront ainsi toujours la même idée principale. Pour chaque thème choisi en fonction des objectifs du PSN, le message doit avoir une résonance positive, plaire aux populations partenaires et leur indiquer clairement ce qu'elles peuvent et doivent faire; le message articulé au thème doit être accrocheur, compris, acceptable et accepté, concernées pour pouvoir les motiver et les amener à changer de comportements.

Créer des produits de communication (messages-clés)

Pour surmonter les résistances, et pour passer de l'information à l'action, les messages en communication sociale pour le changement de comportements doivent pouvoir accréditer la croyance que les résultats souhaités peuvent être obtenus, facilement, par le changement de comportements, et l'amélioration du sens de la maîtrise des comportements individuels. Pour cela, il convient d'identifier les meilleures pratiques pour élaborer la stratégie des messages; l'approche, doit être pédagogique, (monter comment changer de comportements) et psychologique (appuyer et valoriser le changement de comportements)



Les messages jouant sur les craintes du public ou critiquant certains groupes sont inefficaces. Blâmes, rejet et stigmatisation vis-à-vis de ces groupes particuliers peuvent avoir un effet inverse de celui désiré. De tels messages détournent, en effet, l'attention des publics de la nécessité de changer leurs propres comportements. Cela peut même conduire aux atteintes physiques contre les PVVIH ou d'autres groupes vulnérables. Tout cela peut pousser ces personnes à renoncer aux services dont elles auraient besoin. Dans ce cadre, la stratégie de messages cherche à agir sur les facteurs sociaux, structurels et environnementaux globaux qui agissent sur le problème de comportement liés au VIH et au Sida visé par l'activité de communication.

Un bon message est celui dont la forme, le contenu et le vocabulaire sont cohérents avec le vécu de la communauté. Il doit, en outre, pouvoir:

- attirer et conserver l'attention des populations;
- identifier et contourner ou séduire les sources d'opposition au changement;
- amener les membres de la communauté à identifier leurs problèmes, mais aussi à reconnaître et accepter les activités appropriées pour résoudre ces problèmes;
- aider les intervenants/partenaires à identifier les solutions pratiques actuelles aux problèmes identifiés par les communautés dans le domaine du VIH et du Sida;
- insister sur les bénéfices les plus immédiats et les aspects positifs du PNLs et des changements qu'il préconise pour la population; afin d'éviter tout conflit, leurs créateurs doivent tenir compte des traditions, de la culture, des normes et des valeurs socioculturelles.

39

Pour cette articulation de la stratégie de CCC aux objectifs du PNLs, les messages peuvent être développés autour de quelques thèmes ci-après:

- le danger de la rumeur et des informations erronées sur le Sida
- les avantages/ bénéfices actuels de l'abstinence, l'utilisation continue et correcte du préservatif
- les pratiques à risque pouvant favoriser la contamination à VIH
- comment faire pour procéder au dépistage volontaire



- le dépistage volontaire procure un sentiment de confiance et de possibilité d'éviter le VIH en environnement propice
- Pourquoi toute la nation doit s'impliquer dans la lutte
- Les avantages de la communauté pour se prémunir contre le VIH
- Les risques de la peur et de l'anxiété suscitée par les rumeurs sur le préservatif
- les changements positifs à apporter aux comportements individuels et collectifs (en matière de sexualité, utilisation d'objets souillés, alcoolisme, tabagisme, homosexualité)
- les effets immédiats et très probables de l'adoption d'un comportement de fidélité
- avantages, pour l'individu, pour le groupe ou pour la communauté, de la prise en charge communautaire des cas
- avantages de la discussion parents-enfants sur la sexualité des adolescents
- avantages d'une communauté sans VIH
- avantages du retard du début des rapports sexuels,
- Ce que l'éducation sexuelle en milieu scolaire et périscolaire fait gagner à la communauté et aux familles: les jeunes de 9 à 11 ans, scolarisés ou non scolarisés, sont porteurs d'espoir et de succès pour la lutte contre le VIH et le Sida Ce processus doit reposer sur les objectifs de communication du PNLS. Il est en effet indiqué de définir des objectifs de communication précis, à partir de buts réalisables et assez modestes quant aux comportements à changer.

Adapter la stratégie des messages au public

Une fois le public défini et caractérisé, et lorsque les objectifs identifiés sont réalisables, compte tenu des contraintes du public et de la disponibilité des services d'appui, les programmes de communication peuvent commencer à élaborer une stratégie appropriée. Des messages doivent être créés et peaufinés de façon à être compréhensibles et acceptables pour les publics ; ils doivent être orientés vers leur "étape de changement de comportement" Des messages efficaces de lutte contre le VIH et le Sida ne sont pas tout simplement ce qui est médicalement correct; les objectifs d'un programme ne sont pas non plus nécessairement synonymes du contenu des messages qui pourraient promouvoir les comportements recherchés pour atteindre ces objectifs. La bonne communication crée des messages qui résolvent des problèmes reconnus par le public.



Assurer une couverture appropriée des messages pour le public pressenti

Quel que peaufiné que soit le message, il ne sera pas efficace s'il n'est pas écouté par le public visé. Les planificateurs doivent déterminer le niveau de couverture nécessaire --à quel rythme le public doit -il être touché et pour combien de temps --, et la manière d'arriver à ce degré de couverture à partir des ressources disponibles. Souvent, la stratégie la plus efficace doit utiliser une variété de moyens de communications : radio, télévision, supports imprimés, visites à domicile des Agents de Relais Communautaires (ARC) --, parce qu'en utilisant plusieurs moyens, il est plus susceptible de faire parvenir le message à toutes les catégories d'auditoires, surtout en augmentant le sens du soutien général pour le message.

Sélectionner des canaux de communication

Un canal de communication est une personne physique ou un lieu (centre de santé) qui permet de transmettre des messages dans le cadre d'un processus de communication interpersonnelle. Le choix du canal doit être adapté aux buts fixés, aux besoins et aux pratiques des populations concernées, en fonction des canaux, leur disponibilité, de leur acceptabilité, de leurs forces et contraintes. Parmi les plus utilisés, on peut citer:

- les pairs éducateurs,
- les agents des services d'approche ou de prestation (personnel de santé et des ONG)
- les conseillers de jeunesse et d'animation,
- les travailleurs sociaux
- Les leaders et prescripteurs d'opinions
- les ARC
- les vedettes des show bis, du sport, etc.

Ces personnes représentent, entre autres catégories de prestataires, des canaux de communication interpersonnelle efficaces lors des causeries éducatives et des séances de counselling, mais aussi à l'occasion du passage des caravanes socio-sanitaires, des visites sur le lieu de travail, de rassemblements ou à domicile. Elles doivent être bien préparées et tenues au courant à la fois des résultats de l'évaluation préalable et des messages-clés, de telle sorte que leur travail puisse renforcer, contribuer à l'atteinte des objectifs de communication arrêtés.



Choisir les supports

Ce sont, les produits suivants : radio, télévision, presse écrite (journaux public et privés), Bulletins d'information des établissements scolaires, publications des administrations et des entreprises, affiches, dépliants, bandes dessinées, manuels scolaires, boîtes à image, films, vidéos, chansons théâtres, calendriers, t-shirts casquettes, sacs, albums photos, tec.

L'expérience a montré que l'efficacité des canaux (médias et personnels) de communication varie en fonction des buts fixés. Si les médias de masse permettent de transmettre à une population particulière une information exacte et de forger des attitudes positives, ce sont l'orientation des programmes et l'environnement social qui deviennent des facteurs prépondérants quand les individus ou la communauté ont atteint la phase de motivation. Les thèmes, les supports, les canaux et messages doivent être soumis à un test préalable, pour s'assurer que les interventions prévues peuvent atteindre efficacement les populations concernées et les objectifs fixés.

Analyser le public

Chacun des changements souhaités vise à remédier à un comportement néfaste au niveau de la population ou d'un segment de la population (niveau individuel, collectif, organisationnel, sociétal). En fonction des objectifs du PNL, une bonne connaissance du public et de ses composantes permet de déterminer des objectifs de communication, de décider des activités à mener, des messages à produire et des supports à utiliser pour leur diffusion. Cette approche s'opère aux niveaux local, intermédiaire, régional et central, voire international.

Faire la segmentation du public

Ce procédé consiste à définir et catégoriser les publics, en fonction de certaines caractéristiques qui leurs seraient propres et en fonction des problèmes de comportement observés, des changements souhaités et des objectifs de communication retenus ; Les publics de la lutte contre les IST, le VIH et le Sida ce sont, en fonction des problèmes et des comportements à modifier: la communauté, les couples, les éducateurs, les jeunes, les hommes célibataires, les femmes non

MOBILISATION POUR UNE GENERATION SANS SIDA



mariées, les adolescents, les prestataires, les parents, les groupes socioprofessionnels, les décideurs, les réfugiés, les prostituées, les camionneurs, les alcooliques, etc. Par ce procédé, il s'agit de diviser une vaste population en quelques sous-groupes qui sont aussi homogènes que possible et aussi différents que possible des autres groupes et sous-groupes.



CHAPITRE VI : LE BUDGET DE COMMUNICATION

Le document de stratégie de communication pour le changement de comportement face au VIH et au Sida découle du PSN 2011-2015 en son axe stratégique N°1, intitulé « **Accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires** ». A ce titre, le budget de communication doit correspondre intégralement au budget de l'axe sus-mentionné. Il (budget) représente 25,7% du budget total du PSN 2011-2015 qui s'élève à la somme de 290 834 705 892 FCFA. :

Ce budget se présente ainsi qu'il suit et par année :

	2011	2012	2013	2014	2015
Prévention	29 353 860	31 780 947	34 375 874	37 148 134	40 099 833
Populations prioritaires	5 174 618	6 093 820	7 076 121	8 126 169	9 249 107
Interventions centrées sur les jeunes	1 524 492	1 965 429	2 412 826	2 864 394	3 317 567
Travailleuses du sexe et leurs clients	661 353	816 843	1 000 990	1 218 575	1 475 001
Populations mobiles (routiers, camionneurs, pêcheurs..)	539 371	539 918	538 969	536 361	531 919
Lieu de travail + introduction éducation	729 572	1 032 681	1 366 580	1 733 727	2 136 756
PVVIH	1 602 402	1 587 645	1 568 667	1 545 131	1 516 683
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	117 428	151 303	188 090	227 980	271 181
Populations	4 870 361	5 127 346	5 400 164	5 689 854	5 997 521



vulnérables					
Prisonniers	304 117	300 576	296 253	291 091	285 030
Consommateurs de drogues	9 008	12 100	14 861	17 215	19 072
Autres populations vulnérables	1 401 170	1 394 406	1 383 831	1 369 097	1 349 833
Hommes en tenue	869 774	859 647	847 284	832 521	815 185
Mobilisation de la communauté	2 286 292	2 560 618	2 857 935	3 179 930	3 528 402
Prestations de services	18 091 538	19 223 299	20 435 825	21 732 548	23 108 918
Fourniture de préservatifs	5 096 582	5 382 299	5 679 117	5 987 412	6 307 573
Conseil dépistage	6 559 426	6 723 411	6 891 497	7 063 784	7 240 379
Traitement des IST	345 211	384 399	426 244	470 889	518 482
PTME	6 086 781	6 729 562	7 435 249	8 206 651	9 038 578
Média de masse	3 539	3 627	3 718	3 811	3 906
Soins de santé	1 217 342	1 336 483	1 463 764	1 599 564	1 744 286
Sécurité du sang	384 168	402 144	420 868	440 349	460 601
Prophylaxie post exposition	25 934	27 497	29 121	30 810	32 565
Précautions universelles	807 240	906 843	1 013 775	1 128 405	1 251 120
Violences faites aux femmes	359 630	553 554	781 732	1 048 498	1 358 668
Lieu de travail	27 414	55 020	94 305	146 928	214 717
Mobilisation de	118 887	186 413	267 503	363 784	477 040



la communauté					
Education	3 159	6 140	10 610	17 019	25 919
Travailleuses du sexe	21 151	34 669	51 664	72 585	97 921
Soins de santé	1 225	1 828	2 506	3 266	4 116
Média de masse	176 947	253 919	334 630	419 217	507 824
Prophylaxie post exposition	10 848	15 566	20 514	25 700	31 132



ANNEXES

