

**Stratégie nationale
d'information, éducation,
communication (IEC)
du Cameroun**



**LA COMMUNICATION POUR LE DÉVELOPPEMENT
ÉTUDE DE CAS**

22

**Stratégie nationale
d'information, éducation,
communication (IEC)
du Cameroun**

En Collaboration avec:

**PROJET FPA/CMR/903/FPA
Information, éducation, communication communautaire
en matière de santé de la reproduction
au Cameroun (IEC/SR)**

et le

**Groupe de la communication pour le développement
Service de la vulgarisation, de l'éducation et de la communication
Division de la recherche, de la vulgarisation et de la formation
Département du développement durable**

**ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE
Rome, 2002**

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

Tous droits réservés. Les informations ci-après peuvent être reproduites ou diffusées à des fins éducatives et non commerciales sans autorisation préalable du détenteur des droits d'auteur à condition que la source des informations soit clairement indiquée. Ces informations ne peuvent toutefois pas être reproduites pour la revente ou d'autres fins commerciales sans l'autorisation écrite du détenteur des droits d'auteur. Les demandes d'autorisation devront être adressées au Chef du Service des publications, Division de l'information, FAO, Viale delle Terme di Caracalla, 00100 Rome, Italie ou, par courrier électronique, à copyright@fao.org

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	v
Avant propos	ix
Préface	xi
Termes de référence des consultants	1
Résumé	3
Présentation du document	5
PREMIERE PARTIE – ANALYSE DE SITUATION	7
Chapitre 1: Contexte général du pays	2
1.1. Caractéristiques	9
1.2. Situation Démographique	10
Chapitre 2: Santé de la reproduction	13
2.1. Les composantes de la SR	13
2.2. Inventaire analytique des structures chargées de la mise en œuvre des programmes IEC/SR	22
2.3. Programmes de coopération en SR	23
2.4. Matériel socio-éducatif produit et diffusé au Cameroun	24
2.5. Analyse du matériel socio-éducatif disponible	24
DEUXIEME PARTIE – LA STRATEGIE IEC/SR	27
Chapitre 3: Justification de la stratégie IEC/SR	29
3.1. Le Concept de Stratégie IEC	29
3.2. La Communication Sociale pour le Développement	29
3.3. Arguments en faveur d’une stratégie IEC/SR	30
3.4. Le Rôle de l’IEC dans le sous-programme SR	34
3.5. Genre et renforcement du potentiel humain /féminin	35
3.6. Résultats attendus de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale D’IEC /SR	35

Chapitre 4: Axe prioritaire du sous-programme SR et ses objectifs IEC	37
4.1 Thèmes prioritaires	37
4.2. Groupes cibles des activités IEC/SR par thème prioritaire	41
4.3. Activités IEC nécessaires pour accompagner la réalisation des objectifs de la SR	52
4.4. Objectifs et stratégies des messages	60
 Chapitre 5: Cadre institutionnel et juridique de la stratégie nationale d'IEC/SR	 71
5.1. Recommandations	71
5.2. Attribution du Comité National	71
5.3. Attribution de la Cellule technique	72
5.4. L'évaluation du coût de la Stratégie d'IEC/SR	73
5.5 Proposition d'un organigramme	75
 Bibliographie	 77
 Annexes	 79

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES UTILISÉS

APE	Association des Parents d'élèves
APES	Analyse des Programmes et Elaboration des Stratégies
ACAFEJ	Association Camerounaise des Femmes Juristes
ACDI	Agence Canadienne pour le Développement international
ACSA	Association Camerounaise pour la Santé des Adolescents
ADC	Agent de Développement Communautaire
ALVF	Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes
BIT	Bureau International du Travail
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
CCDF	Comité Camerounais des Droits de la Femme
CENAME	Centre d'Approvisionnement en Médicaments essentiels
CIP	Communication Interpersonnelle
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CM	Communication de Masse
CMR	Cameroun
CNLS	Comité National de lutte Contre le SIDA
CNP	Commission Nationale de Population
CPN	Consultations Prénatales
CPP	Consultations Post-partum
CRAC	Cercle de Recherche et d'Action Culturelle
CRTV	Cameroon Radio and Television
CSI	Centre de Santé Intégré
CTI	Comité Technique International
DGSN	Délégation Générale à la Sûreté Nationale
DPNP	Déclaration de la Politique Nationale de Population
DSA	Dimension Sociale de l'Ajustement
DSC	Direction de la Santé Communautaire
EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Cameroun
EMP	Education en Matière de Population
ENF	Enquête Nationale sur la Fécondité
EPR	Education à la Parenté Responsable
EVF	Education à la Vie Familiale
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération
FAO	Food and Agriculture Organisation of the United Nations
FESADE	Femmes - Santé - Développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GTC	Groupe Technique Central
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence de Coopération Technique Allemande).

HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HD	Hôpitaux de Districts
IEC	Information, Education, Communication
IFD	Intégration de la Femme au Développement
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographique
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MINAGRI	Ministère de l'Agriculture
MINASCOF	Ministère des Affaires Sociales et de la Condition féminines
MINPAT	Ministère des Investissement Publics et de l'Aménagement du Territoire
MINCOM	Ministère de la Communication
MINCULT	Ministère de la Culture
MINDIC	Ministère du Développement Industriel et Commercial
MINEDUC	Ministère de l'Education Nationale
MINEF	Ministère de l'Environnement et des Forêts
MINEFI	Ministère de l'Economie et des Finances
MINEPLA	ministère de l'Elevage, des Pêches et des industries Animales
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINJES	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINUH	Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MTPS	Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale
OFSAD	Organisation des Femmes pour la sécurité Alimentaire et le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	organisation Non Gouvernementale
PAAS	Programme d'Aide d'Ajustement Structurel
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification Familiale
PN	Pratiques Néfastes
PNP	Politique Nationale de Population
PNDSC	Programme National de Développement Sanitaire du Cameroun
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNVRA	Programme National de Vulgarisation et de Recherche Agricole
PR	Parenté responsable
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome d'Immuno - Déficience Acquise
SFPS	Santé Familiale et Prévention du SIDA
SMI	Santé Maternelle et infantile
SR	Santé de la Reproduction
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescents
SSP	Soins de Santé primaires
TGFG	Taux Global de fécondité Générale
TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
TV	Télévision

UE	Union Européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine

AVANT PROPOS

Depuis près de 10 ans, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) appuient ensemble les efforts du Gouvernement camerounais dans son combat contre la pauvreté et l'amélioration de la qualité de vie des populations.

Cette collaboration initiée en 1991 s'est poursuivie durant les 2^e (1994-1997) et 3^e (1998-2002) Programmes d'Assistance du FNUAP au Cameroun à travers le projet «Communication pour une prise de conscience des Problèmes de Population en Milieu Rural (COPMIR)», aujourd'hui devenu «Information – Education – Communication communautaire en Santé de la Reproduction (IEC/SR)».

Le FNUAP et le Gouvernement camerounais ont choisi la FAO comme Agence d'exécution en raison de son expérience et de son expertise dans les domaines de:

- La mobilisation communautaire;
- La communication pour le développement;
- L'information et la sensibilisation des populations rurales sur les questions de développement et du lien didactique incontestable existant entre la Santé et la Sécurité Alimentaire et de la complémentarité des mandats respectifs des deux Agences, que sont la promotion de la Santé de La Reproduction et celle de la Sécurité Alimentaire.

Ainsi, de 1991 à nos jours, trois projets de plus de 2 500 000 US\$ accordés au Gouvernement par le FNUAP dans les programmes d'assistance successifs pour concevoir, développer et mettre en œuvre des programmes d'information, d'éducation et de communication en milieu rural ont été exécutés par la FAO à la satisfaction des différentes parties.

En conjuguant leurs moyens respectifs (financier pour le FNUAP et technique pour la FAO) pour accompagner les efforts de la partie gouvernementale, ces deux agences des Nations Unies ont largement contribué à la sensibilisation des populations rurales aux questions de population et à l'accroissement de la demande de services en Santé de la Reproduction au Cameroun.

Ce faisant, elles ont ensemble, avec les partenaires gouvernementaux contribué à une meilleure connaissance des questions de population et stimulé la fréquentation des formations sanitaires en zones rurales.

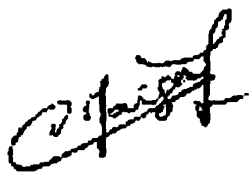
L'étude qui suit a été réalisée au cours du 3^e Programme d'assistance du FNUAP au Cameroun (1998-2002).

Elle fait partie d'une série qui avait pour objectifs d'identifier les contraintes et les facteurs handicapant le changement de comportement des populations rurales en matière de Santé de la Reproduction et de proposer des solutions dans le cadre d'un document d'orientation et de référence: La Stratégie Nationale d'IEC/SR.

A la veille de la mise en œuvre du 4^e Programme d'Assistance du FNUAP au Cameroun (2003-2007) qui vise à consolider les acquis engrangés et à renforcer la demande de services de Santé de la Reproduction dans tous les domaines, je tiens à remercier l'ensemble des partenaires qui ont participé à la rédaction des différentes publications (Gouvernement, FAO et personnel du projet, leaders d'associations etc...)

Un long chemin a été parcouru même si beaucoup reste encore à faire tant les progrès sont lents en matière de changement de comportement.

C'est pourquoi, je souhaite que la mise en œuvre du 4^e Programme consolide davantage les résultats significatifs obtenus dans le domaine de l'IEC/SR à travers cette collaboration entre FNUAP, FAO, Gouvernement camerounais, fondée sur un véritable esprit de partenariat et de coresponsabilité.



Dr. Suzanne Konaté MAIGA
Représentante du FNUAP pour le Cameroun
Directrice pays du FNUAP pour la Guinée Equatoriale

PRÉFACE

Malgré quelques avancées, en Santé de la Reproduction certains problèmes persistent encore au Cameroun.

Au nombre de ceux-ci, on peut citer notamment le taux de mortalité élevé, l'aggravation des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, la forte prévalence des infections sexuellement transmissibles, la faiblesse de la prévalence contraceptive, du niveau d'alphabétisation des femmes et la baisse du taux de scolarisation etc.

Pour appuyer le gouvernement camerounais dans ses efforts de lutte contre la pauvreté en général que le FNUAP dans son troisième programme d'assistance s'est fixé comme objectifs:

- l'actualisation et l'opérationnalisation de la Politique Nationale de population du Cameroun;
- la disponibilité de services de qualité en Santé de la Reproduction;
- l'accroissement de la demande de services de Santé de la Reproduction de qualité.

Pour atteindre ce troisième produit le Ministère de l'Agriculture du Cameroun (agence de mise en œuvre) et le FNUAP (bailleur) ont décidé de poursuivre la coopération initiée depuis 1991 avec la FAO pour l'exécution de la composante Information – Education et Communication Communautaire en Santé de la Reproduction dans les cinq provinces d'interventions que sont le Nord, l'Extrême-Nord, le Sud, l'Est et le Centre.

Le choix s'est porté sur l'organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture en raison de son expérience et de son expertise avérée dans les domaines de la communication pour le développement en général et de la mobilisation et de l'encadrement des communautés rurales en particulier pour le changement de comportement.

La stratégie Nationale d'IEC/SR qui suit a été conçue et élaborée par le projet IEC/SR, et exécutée par la FAO; elle est un outil de planification qui doit accompagner la mise en œuvre du programme pays du Cameroun en population et développement.

Elle constitue le cadre de référence et d'intervention obligé de tous les partenaires dans le domaine de la Santé de la Reproduction au Cameroun en ce sens

qu'il propose une approche globale qui va de l'analyse situationnelle au suivi évaluation en passant par la planification, et la mise en œuvre des activités de promotion du genre et de l'équité, de réduction de la mortalité juvénile, d'amélioration de la santé maternelle et de lutte contre le VIH/SIDA.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ester Zulberti', with a large, sweeping flourish extending from the end of the name.

Ester Zulberti
Chef,
Service de la vulgarisation, de l'éducation et de la communication

TERMES DE REFERENCE DES CONSULTANTS POUR L'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE D'IEC/SR

Dans le cadre du troisième programme d'assistance du FNUAP au Cameroun, le projet «Information, éducation, communication communautaire en santé de la reproduction» (IEC/SR) a été chargé d'élaborer une Stratégie nationale d'IEC/SR devant accompagner la mise en œuvre du sous-programme Santé de la reproduction.

Pour élaborer ce document de stratégie qui doit être le cadre de référence et d'intervention de tous les partenaires (nationaux et internationaux) en IEC/SR, le projet IEC/SR a procédé au recrutement de trois consultants nationaux (un senior et deux juniors).

Sous la direction du Bureau régional pour l'Afrique, de la division technique et en étroite collaboration avec le Conseiller Technique Principal (CTP) et l'équipe du projet, les consultants ont été chargés:

- de faire l'inventaire de tous les intervenants dans le domaine du sous-programme de la Santé de la reproduction (SR);
- d'identifier les ressources matérielles et humaines de ces intervenants (projets, institutions publiques, ONGs);
- d'identifier les contraintes entravant les activités d'IEC/SR au niveau des partenaires impliqués dans le sous-programme SR;
- d'inventorier les axes d'interventions en matière d'IEC dans les domaines de la recherche, de la formation, de la production/diffusion d'outils de communication et dans le suivi-évaluation permettant d'atteindre les résultats attendus du sous-programme SR.

Sur la base de ces éléments, les consultants devaient élaborer un brouillon de stratégie nationale d'IEC/SR devant:

- intégrer les axes d'intervention en IEC/SR au niveau du sous-programme SR;
- proposer les types d'activités d'IEC à mener;
- identifier les mécanismes de suivi et de coordination inter, intra et multi-sectoriels en matière d'IEC;
- suggérer des pistes d'harmonisation des interventions en matière d'IEC/SR;

- préciser les moyens matériels, humains et techniques nécessaires pour l'opérationnalisation de la Stratégie nationale d'IEC/SR et les responsabilités de chaque intervenant.

Ce document de Stratégie nationale d'IEC sera enrichi et discuté à travers deux ateliers provinciaux et validé au plan national par l'organisation d'un séminaire; les consultants devant participer à ces ateliers.

RÉSUMÉ

Le troisième programme d'assistance du FNUAP au Cameroun pour la période 1998-2002 est axé sur trois sous-programmes dont le sous-programme «Santé de la reproduction». Sa mise à exécution a nécessité une Stratégie nationale d'IEC/SR objet de la présente consultation dont les termes de référence précèdent ce résumé.

De sa compréhension du travail à faire, l'équipe a circonscrit le cadre de l'élaboration de la Stratégie d'IEC/SR au sous-programme SR du FNUAP ainsi qu'aux partenaires de ce sous-programme..

Le processus de ce travail s'est fait en trois grandes étapes:

- recherche documentaire;
- analyse des documents et synthèse des données recueillies;
- élaboration du brouillon de document de Stratégie Nationale d'IEC/SR.

Il faut noter que pour des raisons indépendantes de leur volonté, il n'a pas été prévu pour les consultants de se rendre sur le terrain pour collecter des informations auprès des différents intervenants; ce qui peut vraisemblablement justifier certaines insuffisances et anomalies relevées dans ce travail ainsi que le dépassement de certaines données qui n'ont pas pu être actualisées.

La recherche documentaire a permis à l'équipe de collecter un nombre important de documents relatifs à la santé et au développement en général et à la santé de la reproduction en particulier. De l'analyse de ces documents, il ressort plusieurs intervenants dans le cadre de ce sous-programme:

- les agences du Système des Nations Unies dont le FNUAP et la FAO en font partie;
- les organismes de coopération bi et multilatérales;
- les ONG;
- les instituts de recherche et de formation;
- plusieurs départements ministériels dont le Minsanté et le Minagri (secteur public);
- Les établissements de production et de diffusion du matériel socio-éducatif et le secteur privé.

Le type et le nombre d'intervenants en SR démontre l'importance et l'actualité du thème. L'équipe a pu relever que, en matière d'IEC/SR, chaque acteur intervient le plus souvent sans prendre en considération les activités et les réalisations de l'autre. Ceci s'est avéré fondé dans le cadre de la production/diffusion du matériel socio-éducatif.

Après avoir passé en revue les programmes des intervenants en SR, les consultants ont fait un état des lieux de la SR en prenant en compte le concept défini au niveau national. Les huit composantes arrêtées lors du Symposium national de SR tenu en novembre 1999 ont été examinées de manière à aboutir à un plan en deux parties pour chaque composante: Analyse situationnelle et nécessité d'une stratégie d'IEC. Ce qui a permis de faire ressortir clairement les besoins en IEC/SR.

Un inventaire analytique des structures chargées de la mise en œuvre des programmes d'IEC/SR a été fait et le rôle de l'IEC dans le sous-programme SR a été clairement défini.

L'équipe n'a pas manqué d'inventorier et de proposer des axes d'intervention en matière d'IEC/SR ainsi que les types d'activités d'IEC à mener et les thèmes jugés prioritaires. Cette priorisation des thèmes a entraîné celle des publics ainsi que leur sélection et leur segmentation.

Les consultants se sont permis de relever les changements souhaités à la suite de la mise en œuvre de cette stratégie. Dans ce sens, l'IEC/SR devra susciter une demande accrue des services de SR pour les différents groupe cibles.

La stratégie IEC/SR étant définie comme un engagement à produire des effets/résultats tangibles et mesurables, elle devra, de l'avis des consultants, être nationale, multisectorielle et intégrer la participation communautaire et la recherche en vue de soutenir la mise en œuvre efficace des composantes du sous-programme santé de la reproduction.

Enfin pour pallier le problème de suivi, harmonisation, coordination, en matière d'IEC/SR, les consultants recommandent la mise en place d'un Comité national d'IEC/SR chargé de coordonner la Stratégie nationale d'IEC/SR et toutes les autres activités d'IEC/SR du sous-programme. Ce Comité sera placé sous l'autorité du Ministère de la santé publique (DSC). Une cellule technique chargée de la mise en œuvre des résolutions du Comité national devra être créée. Cette cellule pourrait être logée au Ministère de l'agriculture où la composante IEC du sous-programme est logée.

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

Ce document comprend:

- une analyse de situation;
- Une présentation des stratégies sectorielles, par composante de la santé de la reproduction et des activités/interventions susceptibles de permettre la réalisation des objectifs du sous-programme SR du troisième programme de coopération FNUAP/Cameroun.

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE DE SITUATION

Chapitre 1

CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS

1.1. CARACTÉRISTIQUES

1.1.1. Situation géographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale, couvrant 475.000 Km². Il est limité à l'Est par le Tchad et la République Centrafricaine, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au Sud-Ouest par l'Océan Atlantique, à l'Ouest par le Nigeria et enfin au sommet supérieur du triangle au Nord par le Lac Tchad.

1.1.2. Organisation politico-administrative

Le Cameroun est un pays bilingue. L'anglais et le français sont les deux langues officielles. Il compte plus de 200 langues nationales. Le pays compte 10 provinces, 58 départements, 268 arrondissements. Plusieurs partis politiques y exercent leurs activités.

1.1.3. Quelques données socio-économiques

Les activités économiques du Cameroun sont essentiellement tournées vers le secteur primaire. En 1997–1998, le PIB par tête était estimé à 376 000 francs CFA (soit environ 684 dollars des E.U.).

Au recensement de 1987, 66 pour cent de la population âgée de 15–64 ans était active. Le taux de scolarisation pour la tranche d'âge de 6–14 ans était évalué à plus de 73 pour cent, mais le taux d'analphabétisation reste encore élevé (41 pour cent), particulièrement chez les femmes (50 pour cent environ).

1.1.4. Environnement médiatique

Le Cameroun dispose d'une grande diversité ethnique, ce qui offre une gamme variée de canaux de communication appréciés par la population tels que le théâtre populaire, les chansons traditionnelles à thèmes, les chansonniers traditionnels, les conteurs, les leaders d'opinion, les groupes initiatiques, les classes d'âge, les tontines et les associations culturelles.

Les médias modernes couvrent de façon insuffisante l'étendue du pays.

Une étude de «Human Development Report» sur l'audience des médias modernes réalisée en 1997 (page 185) indique qu'il y avait 8 téléviseurs pour 100 camerounais en 1994 et 148 radios pour 1000 camerounais.

En ce qui concerne la presse écrite, en plus de 'Cameroon Tribune' le quotidien national; il y a plusieurs titres appartenant à des acteurs privés. Elle couvre les domaines riches et variés de la santé, de l'éducation, de la scolarité

féminine, du sport et des loisirs. Mais le taux élevé d'analphabétisme limite considérablement l'accès à la presse tout comme son coût relativement élevé.

La libéralisation de la radio et de la télévision est effective depuis début 2000. Plusieurs chaînes de radios émettent au Cameroun depuis cette période.

1.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

1.2.1. Politique de population

La déclaration de la politique nationale de population (DPNP) adoptée par les pouvoirs publics, avec une large participation de toutes les couches de la société camerounaise, a pour but d'améliorer le niveau et la qualité de vie de la population dans la limite des ressources disponibles, en conformité avec la dignité humaine et les droits fondamentaux de l'homme, notamment en œuvrant pour assurer la satisfaction des besoins élémentaires de la population (santé, alimentation, emploi, logement, éducation).

Cette politique vise à atteindre les objectifs généraux suivants

- améliorer l'état sanitaire de la population en général et celui des mères et des enfants en particulier;
- renforcer l'autosuffisance et promouvoir la sécurité alimentaire;
- promouvoir l'éducation de base pour tous et notamment l'éducation des filles;
- promouvoir et développer l'épanouissement des familles et des couples;
- promouvoir et assurer un développement intégré et harmonieux des villes et des campagnes tout en préservant l'environnement.

1.2.2. Situation actuelle de la population

La population du Cameroun est jeune. Au recensement de 1987, les personnes âgées de 0–14 ans représentaient 46,4 pour cent de la population totale. La densité moyenne de peuplement était de 23 habitants au Km². Cette population est inégalement répartie sur le territoire national. Par ailleurs, elle est urbanisée à près de 38 pour cent.

Cette population augmente à un rythme important estimé à 1,9 pour cent en 1950 et à un taux d'accroissement annuel moyen évalué à 2,9 pour cent en 1987. Cette évolution rapide de la population est surtout imputable à une baisse de la mortalité et à une fécondité relativement constante mais qui reste à un niveau élevé. Si ce rythme de croissance est maintenu, la population doublera en moins de 24 ans c'est à dire que d'ici à 2014, le Cameroun comptera environ 23 millions d'habitants.

En 1996, la population camerounaise était estimée à 13 358 000 d'habitants. Aujourd'hui elle est à plus de 15 millions d'habitants et atteindra 23 millions en l'an 2014.

Cette forte croissance de la population du Cameroun serait due à un taux de fécondité encore élevé malgré la tendance à la baisse, combinée à une chute appréciable du niveau de la mortalité. En effet, l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,3 enfants par femme en 1978 (enquête nationale sur la fécondité) à 5,8 en 1991 (EDSC), de 6 à 12 pour cent en 1998 (EDSC).

L'espérance de vie à la naissance serait passée de 53,4 ans en 1987 à 56, 7 ans en 1996-1998 pour les deux sexes. Chez les femmes, l'espérance de vie à la naissance serait passée de 56,2 ans en 1987 à 59 ans en 1996.

Le nombre des personnes du troisième âge devient de plus en plus important entraînant des problèmes spécifiques de prise en charge.

1.2.3. Répartition spatiale de la population

La population du Cameroun est inégalement répartie sur le territoire national. En effet, 71 pour cent de la population sont concentrés sur moins de 34 pour cent de la superficie totale du pays avec une densité moyenne de 28,7 habitants/km² variant selon les régions de 5 à 100 habitants/km². Par ailleurs, la population urbaine ne cesse d'augmenter avec l'exode rural. Elle est estimée aujourd'hui à 38 pour cent dont une forte population de jeunes, 107 hommes pour 100 femmes vivent en ville, estime-t-on.

1.2.4. Etat actuel des politiques nationales et programmes de santé de la reproduction

1.2.4.1. Politiques

La santé est le seul secteur social aujourd'hui doté d'une politique nationale explicite consignée dans une déclaration officielle (Loi N° 96/030 du 04 Janvier 1996 portant la loi-cadre dans le domaine de la santé), des politiques sous-sectorielles (Politiques et Standards des services de la santé maternelle et infantile et de planification familiale, Déclaration de la politique Nationale de mise en œuvre de la réorientation des soins de santé primaire) et plusieurs programmes spécifiques.

Depuis 1980, de nombreuses mesures ont été prises par le Gouvernement du Cameroun dans le domaine de la planification familiale, qui concrétisent l'option d'une maîtrise de la croissance de la population jugée incompatible avec le rythme de mise en valeur des ressources disponibles. Parmi ces mesures, figurent:

- 1) la création en 1985 d'une Commission nationale de la population (CNP);
- 2) l'adoption en 1992 de la Déclaration de politique nationale de population (DPNP);
- 3) la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie d'éducation des populations à la parenté responsable;
- 4) la libéralisation de la promotion et de la publicité des produits contraceptifs;
- 5) l'ouverture des «Maisons de la femme» dans la plupart des chefs-lieux de département dans le but, entre autres, d'éduquer les femmes en matière de planification familiale
- 6) le renforcement et l'intégration des services de SMI/PF dans les soins de santé primaires (à tous les niveaux d'intégration central, intermédiaire et périphérique) avec l'assistance du FNUAP, poursuivis avec le troisième Programme-Pays 1998-2002.

- 7) L'adoption du Premier programme national de population (PNP) en 1997 dont la santé de reproduction constitue l'un des domaines prioritaires.

1.2.4.2 Santé de la population

La santé de la mère et de l'enfant reste encore une préoccupation des pouvoirs publics malgré la priorité dont elle bénéficie dans les programmes nationaux de santé. Le taux de mortalité reste élevé avec une forte prévalence des maladies infectieuses et parasitaires.

Le Sida, fléau du siècle, est en expansion au Cameroun où les taux des tendances évolutives de la prévalence sont estimés à 5,5 pour cent en 1996 à 7,2 pour cent en 1998.

L'augmentation des grossesses non désirées et le recours à l'avortement provoqué témoignent de l'existence d'une demande importante à satisfaire en services de planification familiale. Plus de 66 pour cent des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive alors que moins de 20 pour cent en utilisent, d'où la nécessité de mettre sur pied des méthodes incitatives pour les encourager à utiliser ces méthodes de planification familiale.

La faiblesse des activités d'IEC/sensibilisation en planification familiale au niveau des formations sanitaires et l'accueil peu motivant de certains personnels sanitaires contribuent au faible taux de prévalence contraceptive (4 pour cent en zone rurale et 12 pour cent en zone urbaine).

1.2.5. Femme et développement

En général, la répartition des tâches et la distribution des droits et devoirs dans la société camerounaise respectent toujours, en dépit de quelques exceptions en milieu urbain, les canaux traditionnels et se font en fonction du genre.

Cela influence la socialisation et pérennise certaines discriminations établies sur la base du genre en matière de scolarisation, de droits politiques, de production et de gestion économique.

1.2.6. Promotion des jeunes

Les objectifs généraux de la PNP, en ce qui concerne les jeunes, sont la promotion de l'éducation de base pour tous, le renforcement de l'éducation des filles afin de décourager les abandons scolaires précoces, le relèvement de l'âge au premier mariage. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs programmes et stratégies ont été mis en œuvre particulièrement pour la protection et la promotion de la petite fille.

1.2.7. Personnes du troisième âge

La promotion et le développement de la lutte contre la marginalisation des personnes du troisième âge est un objectif de la PNP.

Chapitre 2

SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Définition

le concept de santé de la reproduction, tel que défini par la Conférence internationale pour la population et le développement (CIPD-1994), a été adopté par le Cameroun au cours d'un Symposium national sur la santé de la reproduction (1999).

Ce concept est défini comme suit:

«Par santé en matière de reproduction, ou santé de la reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, en ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité».

Les services de santé de la reproduction comprennent l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, à la prévention et à la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine. Ceci inclut aussi les soins liés à la santé sexuelle, qui ne doivent pas se limiter aux conseils et soins relatifs à la procréation et aux MST, mais aussi à l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles.

Au Cameroun, la santé de l'enfant est considérée comme un volet prioritaire de la politique sectorielle de santé. La Santé maternelle et infantile/planification familiale (SMI/PF) qui prenait en compte toutes les activités préventives, curatives et promotionnelles de la santé infantile a évolué vers la santé de la reproduction. De ce fait la santé infantile reste toujours une composante essentielle de la santé de la reproduction.

ETAT DES LIEUX DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

2.1. LES COMPOSANTES DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

- la santé maternelle et infantile
- l'infécondité
- la planification familiale
- les cancers génitaux et mammaires
- les pratiques néfastes
- la prise en charge de la SR des personnes âgées
- la SRA
- les MST/VIH/SIDA.

2.1.1. Santé maternelle et infantile

Maternité à moindre risque

Analyse de situation

Les Femmes

Les risques liés à la maternité sont généralement dus aux facteurs ci-après:

- grossesses précoces, rapprochées, difficiles, tardives;
- absence ou insuffisance de consultations prénatales, situations ne permettant pas de corriger les anomalies ou maladies évoluant concomitamment avec la grossesse;
- accouchements non médicalement assistés et leurs complications;
- absence de suivi médical post-partum;
- avortements provoqués et leurs complications.

Selon l'EDSC II de 1998:

parmi les grossesses:

- pour les mères âgées de moins de 20 ans, 20,8 pour cent n'ont pas bénéficié de consultations prénatales;
- pour celles âgées de 20 à 34 ans, 18,9 pour cent n'ont pas bénéficié de consultations prénatales;
- et pour celles âgées de 35 ans et plus, 24,7 pour cent n'ont pas suivi de consultations prénatales;
- parmi les naissances survenues entre 1996 et 1998, 48,6 pour cent des mères n'avaient aucun niveau d'instruction. Il a été noté que parmi les femmes bénéficiant de la surveillance médicale prénatale, 14,1 pour cent effectuent une visite entre 6 et 7 mois.
- pour 48,6 pour cent des naissances issues des femmes sans niveau d'instruction, il n'y a aucune consultation prénatale contre sept pour cent pour les naissances issues de femmes avec un niveau d'instruction primaire et trois pour cent pour celles de niveau secondaire ou supérieur.

Pour les accouchements, on estime que deux sur cinq accouchements se font à la maison et les mères qui accouchent dans les formations sanitaires sont généralement celles qui ont suivi les consultations prénatales. Par ailleurs, il est constaté que plus est élevé le nombre d'enfants (6 et plus), moins les mères se sentent préoccupées par leur grossesse et leur accouchement en comparaison avec les jeunes femmes qui commencent leur vie féconde. Elles se font donc assister par les parents, par les amies ou par les accoucheuses traditionnelles.

Le phénomène de l'avortement au Cameroun est grave. Parce que l'avortement est illégal, il est difficile de disposer de chiffres reflétant l'ampleur du phénomène. C'est pourquoi il faut s'en tenir au nombre d'avortements provoqués indiqué dans l'EDSC II de 1998.

Les enfants

Analyse de situation

La couverture vaccinale n'est pas satisfaisante. On constate ainsi une très importante déperdition de la couverture vaccinale du DTCoq. Le taux de déperdition entre la première et la troisième dose de ce vaccin est de 31 pour cent. Ce taux de déperdition est approximativement le même que celui du vac-

cin contre la polio, car généralement les deux vaccins se font au même moment.

En ce qui concerne la rougeole, la couverture (54 pour cent) est assez proche de celle de la polio 3 et du DTCoq 3.

La proportion d'enfants vaccinés contre la fièvre jaune est très faible. Elle varie entre 2 pour cent d'après le carnet de vaccination et 6 pour cent (d'après les déclarations de la mère).

Si une forte proportion d'enfants sont allaités au sein (95 à 99 pour cent) suivant les régions, on constate cependant que seulement 38 pour cent des nouveau-nés sont mis au sein dès la première heure, seulement 59 pour cent sont mis au sein pour la première fois dans les 24 heures suivant la naissance. Ainsi, 62 pour cent des enfants camerounais ne reçoivent pas le lait maternel dès leur naissance, et 41 pour cent n'en reçoivent même pas au cours du premier jour de leur existence. Cette pratique prive les enfants du colostrum et des anticorps qui lui sont indispensables pour éviter de nombreuses maladies. Ces enfants sont ainsi exposés à des risques accrus de maladies. Le niveau d'instruction de la mère influence la mise précoce de l'enfant au sein. Plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus l'enfant est précocement mis au sein.

Par ailleurs 16 pour cent des enfants sont allaités de 0 à 1 mois et 25 pour cent de 2 à 3 mois et prennent ensuite le biberon. La conduite de l'allaitement au biberon n'étant pas maîtrisée par les mères, il est souvent à l'origine de diarrhées. Il en est de même des techniques de sevrage.

La situation nutritionnelle est préoccupante au Cameroun puisque 29 pour cent des enfants de moins de trois ans souffrent de malnutrition chronique sévère.

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et la fièvre

Il a été constaté que c'est chez les enfants de 6 à 11 mois (28 pour cent) que les IRA sont les plus fréquentes. Ces IRA parmi lesquelles la pneumonie, constituent l'une des principales causes de décès d'enfants. Les soins des établissements sanitaires sont plus sollicités pour les enfants habitant les villes (57 pour cent pour les grandes villes et 42 pour cent pour les autres villes) que pour les enfants des zones rurales (27 pour cent).

Les enfants dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment conduits dans un établissement sanitaire (51 pour cent) que ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire (40 pour cent) ou que ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (11 pour cent).

La diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement une des principales causes de décès des jeunes enfants. Il est à noter que la diarrhée est particulièrement importante chez les enfants de 6 à 11 mois (21 pour cent) et de 12 à 23 mois (26 pour cent).

1. Les soins prénatals ont pour but de prévenir toute complication éventuelle, autant que faire se peut, et d'assurer la prompte détection de toute complication et son traitement adéquat de toute complication pendant la grossesse.

2. Pour un accouchement sans risque et dans de bonnes conditions d'hygiène, il faut s'assurer que tout le personnel assistant à l'accouchement dispose de connaissances, de compétences et du matériel nécessaire lui permettant d'assurer un accouchement dans de bonnes conditions, et de dispenser les soins post-partum à la mère et au nouveau-né.
3. Les soins obstétricaux essentiels doivent assurer que toute femme ayant besoin de soins essentiels lors d'une grossesse à hauts risques ou lors de complications y ait accès.

Ces trois mesures stratégiques doivent être assurées par le biais des soins de santé primaire et reposer sur l'assise d'une plus grande équité à l'égard des femmes.

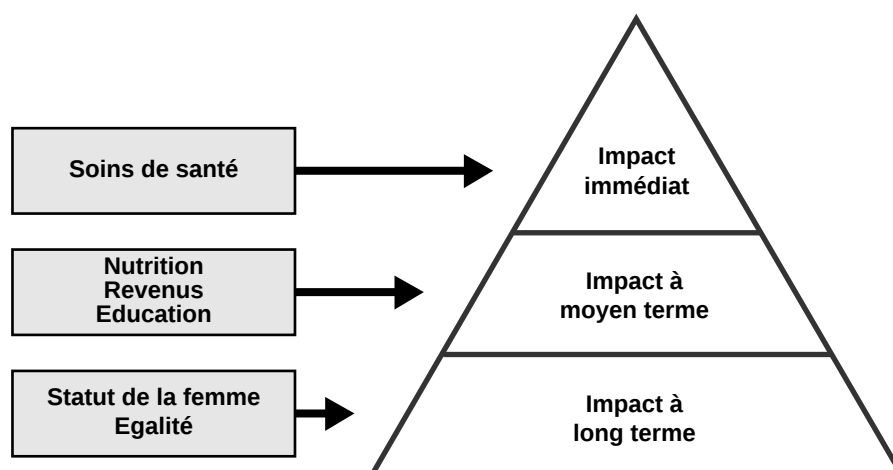
Assurer une maternité sans risque exige la mise en place d'une chaîne de soins reliant les services de santé, les femmes, les familles, la communauté et d'autres secteurs d'activités.

Cet ensemble de mesures devra viser les objectifs ci-après:

- promouvoir la planification familiale en vue de réduire le nombre de grossesses non désirées;
- réduire le nombre de décès maternels consécutifs à un avortement;
- assurer les soins de santé maternelle de base à toutes les femmes enceintes;
- Encourager, protéger et favoriser l'allaitement maternel précoce et exclusif
- réduire l'anémie chez les femmes enceintes;
- réduire l'incidence des maladies sexuellement transmissibles y compris VIH/SIDA chez les femmes enceintes;
- réduire le nombre de décès maternels par éclampsie et par hémorragie;
- réduire le nombre de décès maternels dus à un travail prolongé ou à une dystocie;
- réduire le nombre de décès maternels dus à une infection post-partum ou post-abortum;
- enrayer le tétanos néonatal;
- réduire le nombre des décès néonataux dus ou liés à l'asphyxie néonatale;
- réduire le nombre des décès néonataux liés à l'hypothermie néonatale;
- réduire le nombre d'infections néonatales.

Le système sanitaire de district est l'unité de base de choix pour la planification et la mise en œuvre des mesures nécessaires pour atteindre les objectifs ci-dessus.

L'ensemble des interventions en faveur de la santé des femmes devra s'inscrire dans une pyramide.



2.1.2. Infécondité

a) Analyse de situation

L'infécondité au Cameroun est un problème de portée nationale. Mais il est souvent occulté par la démographie galopante. Avec un taux d'accroissement de 2,8 pour cent chaque année et les multiples migrations internes surtout des campagnes vers la ville, le phénomène de dilution de l'infécondité s'accroît dans la société. L'infécondité déstabilise de nombreux ménages et une telle situation a une influence très négative sur d'autres problèmes de société, par exemple la prostitution et son corollaire de MST/Sida. Le Cameroun donne le parfait exemple d'un pays qui se divise entre des zones de haute et de basse fécondité. Les zones de haut niveau d'infécondité au Cameroun sont les provinces du Grand Nord, du Centre, du Sud et de l'Est. Une étude réalisée en 1990, au Cameroun par l'IFORD montre que les femmes qui se marient très tôt ou tardivement augmentent leur risque d'infécondité, ce qui explique le haut niveau d'infécondité rencontré dans les provinces citées ci-dessus.

b) Nécessité d'une stratégie

L'infécondité est un état pathologique réversible dans de nombreux cas, l'important est de bien mener le suivi médical qui est généralement long et trop onéreux pour les camerounais dont les revenus ont diminué à cause de la crise économique. Cet état pathologique peut être évité pour peu que les individus en particulier, et la société tout entière en général, soient bien sensibilisés et bien éduqués sur les multiples conséquences et les différents modes de prévention de l'infécondité. Développer une stratégie d'IEC pour lutter contre l'infécondité assurerait certains équilibres sociaux et augmenterait la participation des populations aux grands programmes de population et de développement tels que la planification familiale, la parenté responsable, l'éducation à la vie sexuelle et l'éducation à la vie familiale.

2.1.3. Planification familiale

a) Analyse de situation

Les conditions favorables au déploiement des activités de planification familiale au Cameroun ont été créées par l'existence de la Déclaration de politique

nationale de populations adoptée en 1992, et par la Politique sectorielle de santé qui visent au renforcement et à l'intégration des services de SMI/PF dans les soins de santé primaires à tous les niveaux d'intervention (central, intermédiaire et périphérique).

Les activités en matière de planification familiale se sont donc généralisées en direction de différents publics cibles à travers:

- la formation du personnel;
- l'élaboration des programmes de services;
- l'aménagement et l'équipement des centres de SMI/PF;
- l'extension des services de PF vers le secteur privé, confessionnel et les ONG;
- le déploiement des activités d'IEC en vue de l'augmentation de la demande.

b) Nécessité d'une stratégie IEC

L'un des résultats obtenus par les projets de planification familiale est la progression continue du niveau de connaissances des méthodes contraceptives, qui est passé de 36 pour cent (ENF 73) à 70 pour cent (EDS 91) et à 80 pour cent (EDS 98). Cependant, l'écart entre niveau de connaissance élevé et niveau de pratique faible reste un problème préoccupant et une stratégie IEC novatrice devrait amener les clients à utiliser effectivement les méthodes contraceptives.

2.1.4. Les cancers génitaux

a) Analyse situationnelle

Les cancers génitaux (du sein et du col de l'utérus) représentent une cause réelle de mortalité maternelle au Cameroun. Les données y relatives et non rassemblées sont celles des différents praticiens des services de gynécologie des structures sanitaires publiques et privées.

La réalité de la situation se justifie par de nombreuses campagnes de dépistage du cancer de sein et du col utérin organisées annuellement depuis environ 10 ans.

b) Nécessité d'une stratégie d'IEC

Une éducation en faveur de la prévention du cancer doit être engagée de façon intense au sein des populations camerounaises par les services de santé, les ONG, les médias. Une telle stratégie permettrait de susciter une prise de conscience des populations sur la fréquence et la gravité des cancers, sur les moyens de les prévenir, sur la nécessité de se soumettre régulièrement à un contrôle de santé.

2.1.5. Les pratiques néfastes affectant la santé des femmes (PN)

a) Analyse situationnelle

Parmi ces PN, on rencontre:

- les mutilations génitales féminines (MGF);
- les lavements évacuateurs avec des produits excitants;
- les injections vaginales par auto-médication;
- l'insertion vaginale des plantes et autres produits par auto-médication.

b) Nécessité d'une stratégie IEC

Il n'y a pas de données exactes pour le Cameroun. Mais, cela ne doit pas occulter la réalité des pratiques néfastes affectant la santé des femmes puisque le Cameroun en a fait une des composantes de la SR et que le Ministère de la condition féminine vient d'adopter un programme national de lutte contre les pratiques néfastes.

Certaines ONG sont engagées dans la sensibilisation des communautés sur les pratiques néfastes affectant la santé. Leurs activités IEC devraient être élargies à travers la formation des leaders villageois sur l'excision, les violences faites aux femmes, le relèvement de l'âge au mariage, les mariages précoces et/ou forcés, les risques de maternité précoce.

2.1.6.Prise en charge de la santé de la reproduction des personnes âgées

a) Analyse de situation

La prise en charge des besoins des personnes âgées en santé de la reproduction est une préoccupation récente retenue comme composante prioritaire de la SR au Cameroun, et une des recommandations de la CIPD.

b) Nécessité d'une stratégie

Dans le cadre de la PNP, le Ministère des affaires sociales exécute un programme spécifique en faveur des personnes du troisième âge comportant deux objectifs: la promotion des actions éducatives, la mobilisation et la réinsertion socio-économique de ce groupe de population. La stratégie IEC/SR devra mettre un accent sur la sexualité des personnes âgées.

2.1.7.Santé de la reproduction des adolescents

a) Analyse de situation

Plus de la moitié de la population du Cameroun 56,3 pour cent est constituée de jeunes de moins de 20 ans. Ces jeunes forment une ressource considérable pour l'avenir. Mais ils sont de plus en plus vulnérables en raison d'une combinaison de facteurs d'ordre biologique, socio-économique et culturel qui influent sur leur santé de reproduction en particulier la précocité de la puberté, le relâchement de l'encadrement familial, la persistance des pratiques nuisibles à la santé de reproduction, l'insuffisance d'accès aux informations et aux services de santé sexuelle et de reproduction.

Bien que l'activité sexuelle des jeunes hommes soit moins précoce que celle des filles, ils sont tout autant concernés par les problèmes liés à la santé de la reproduction. Selon d'EDS 98, 11pour cent des hommes de 25-59 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans, 45 pour cent à 18 ans. Les adolescents des deux sexes sont exposés au risque de transmission des MST/VIH/SIDA. Le taux de séroprévalence dans ce groupe est le plus élevé. 70 pour cent des nouveaux cas d'infection du VIH sont observés chez les adolescents et les jeunes (CNLS 99). Le taux de séroprévalence élevé est en relation avec la multiplicité des partenaires sexuels, la non-utilisation du condom et la présence des MST qui facilitent la pénétration du virus du SIDA lors des rapports sexuels non protégés.

En cas de MST, bien des jeunes pratiquent tant en milieu urbain que rural l'automédication, en achetant eux-mêmes des médicaments dans la rue ou en

pharmacie pour se soigner ou consultent des guérisseurs traditionnels. L'accueil culpabilisant du personnel de santé freine la fréquentation des formations sanitaires. Lorsqu'ils se rendent dans une formation sanitaire, il arrive que le traitement soit suspendu ou interrompu en raison des contraintes financières. Autant de pratiques qui accroissent la prévalence des MST/VIH/SIDA. L'utilisation correcte et systématique du préservatif pose toujours des problèmes dans ce groupe.

b) Nécessité d'une stratégie IEC

Les adolescents et les jeunes sont un groupe cible important au cœur de la relation entre la population et le développement. Leurs besoins en matière de santé sexuelle et de la reproduction ont été reconnus par la CIPD et la QCMF qui ont lancé un appel en faveur de la promotion de la maturation sexuelle saine à partir de la pré-adolescence, de la sexualité responsable et de l'accès des adolescents et des jeunes aux prestations de services, ce qui aurait des effets bénéfiques sur la qualité de la vie de ce groupe particulier et contribuerait à réduire:

- les grossesses non désirées et les maternités précoces;
- les avortements provoqués;
- la séroprévalence des MST/VIH/SIDA;
- la morbidité et la mortalité causées par le SIDA.

Une stratégie d'IEC plus efficace en faveur de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes doit s'intégrer dans le cadre d'une véritable politique cohérente des jeunes, fondée sur une approche multisectorielle et multidisciplinaire. Cette volonté avait justifié en 1996 l'élaboration d'un document de Politique nationale de santé des adolescents. Ce document est malheureusement resté sous forme de projet non encore adopté. L'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents passe par:

- l'intensification des actions de plaidoyer en vue d'accélérer la révision du document de politique nationale de santé des adolescents pour y intégrer la SR et en faciliter son adoption;
- le plaidoyer auprès des décideurs et des leaders des communautés pour accroître la prise de conscience des besoins des adolescents et des jeunes en santé de reproduction et promouvoir des pratiques culturelles favorables à la SRA et contribuer à l'élimination des pratiques nuisibles;
- la formation en communication interpersonnelle et 'counselling' des acteurs clés qui influent sur la SR des jeunes: les parents, les agents de développement communautaire, les groupes religieux, les ONG et les associations de jeunes, les pairs éducateurs;
- la recherche sur les facteurs bloquant l'accès des jeunes aux prestations de santé de la reproduction;
- le plaidoyer pour la mise en place d'un système plus efficace de suivi et de coordination des activités de la multitude d'intervenants dans ce domaine.

2.1.8. MST/VIH/SIDA

a) Analyse de situation

L'épidémie du VIH a mis en évidence l'importance des maladies sexuellement transmissibles qui sont devenues un problème majeur de santé publique au Cameroun. Les premiers cas de Sida enregistrés étaient de 21 en 1985/1986. Jusqu'à 1987, la séroprévalence était estimée à 0,5 pour cent, un taux qui n'a

cessé de progresser au fil des années pour atteindre 1,5 pour cent en 1991, 5,5 pour cent en 1997 et 6,5 pour cent en 1998 soit 12 fois le chiffre initial. La lutte contre le VIH/Sida s'est pourtant organisée à partir de 1985 avec la création d'un Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) et la formulation de plans d'actions à court et moyen terme dont les objectifs sont de:

- réduire la transmission par voie sexuelle;
- réduire la transmission par voie sanguine;
- réduire la transmission mère-enfant.

b) Nécessité d'une stratégie IEC

Les stratégies IEC en matière de lutte contre les MST et particulièrement la propagation du VIH/SIDA sont un défi énorme à relever, en particulier amener les individus à changer de comportement. Certes, l'EDS 98 montre que les programmes d'IEC réalisés ont eu un certain impact sur le niveau de connaissances puisque 78 pour cent de femmes et 93 pour cent d'hommes ont entendu parler de MST et du Sida à travers différentes sources. Mais l'augmentation constante de la séroprévalence amène à penser que la stratégie qui a prévalu jusqu'à maintenant, fondée sur l'information et l'accès aux préservatifs, n'est pas suffisante. Après plus de 15 années d'information, éducation et communication, on ne peut plus concevoir la prévention en matière de MST/VIH/SIDA comme le seul transfert de connaissances des «spécialistes» vers des populations ignorantes. Certaines stratégies de prévention, bien que prévues dans le Programme national de lutte contre le Sida, sont insuffisamment mises en œuvre telles que le développement du dépistage volontaire associé au conseil, la participation des personnes vivant avec le VIH aux actions de prévention, et l'implication des communautés à la mise en œuvre des activités arrêtées de manière concertée.

L'information sur les aspects biologiques des MST/VIH/Sida est toujours nécessaire, mais le problème essentiel se situe ailleurs, dans les capacités de chacun à mettre en pratique ses connaissances. Ce qui nécessite le renforcement des activités de formation en communication interpersonnelle et le 'counselling' des agents de promotion de la santé communautaire, des prestataires, des leaders villageois, des jeunes, des femmes, des pairs éducateurs. En outre, des actions de proximité, prenant en compte la santé de la reproduction dans son ensemble et les particularités de chaque groupe cible sont à développer. Car la nature des relations entre les individus, permettant ou non la communication et la négociation, fondées sur la confiance ou la défiance, le type de pouvoir en jeu entre partenaires, sont des éléments essentiels de prévention pour lesquels des recherches doivent être menées.

Certains de ces éléments orientent les activités IEC du nouveau Programme national de lutte contre les MST/VIH/SIDA (2000-2002). Il préconise une plus grande participation des communautés aux activités de prévention au niveau des districts de santé et un programme d'activités IEC intenses et soutenues focalisées sur des cibles spécifiques, jeunes, femmes, hommes, étudiants militaires. D'autres activités telles que le dépistage volontaire, la promotion des préservatifs, le contrôle de la transfusion sanguine, le dépistage et le traitement des MST sont également renforcées.

La réussite de ce programme nécessite des stratégies de communication plus efficace intégrant:

- la recherche en vue de l'identification des obstacles socioculturels aux changements de comportement;
- la décentralisation des activités IEC/plaidoyer auprès des leaders villageois en vue de stimuler leur participation à l'analyse de la progression des MST/VIH/SIDA dans leur communauté, et leur implication à une action collective sur une base consensuelle;
- la formation à la base des animateurs des leaders villageois, pairs éducateurs, hommes, femmes en vue d'intensifier les actions de sensibilisation;
- la production des messages accessibles aux différentes communautés ciblées, en utilisant des outils audiovisuels compréhensibles;
- un système de coordination des activités IEC renforçant la circulation des informations entre les différents intervenants.

2.2. INVENTAIRE DES STRUCTURES CHARGÉES DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES D'IEC/SR.

1. Intervenants du secteur public

MINSANTE , MINPAT, MINAGRI, MINAS, MINCOF, MINJES, MINE-DUC, MINDEF, DGSN, Ministère de la ville, MINAT

2. Organismes du Système des Nations Unies

FAO, OMS, Banque mondiale, UNICEF, UNESCO, BIT , FNUAP, ONUSIDA

3. Organismes de coopération bi et multilatérale

Union européenne, GTZ, Caisse française de développement, ACDI, SFPS

4. ONG impliquées dans la santé de la reproduction

1. PMSC
2. Care International
3. Cameroon Health Program
4. Scouts du Cameroun
5. SWAAC
6. CAMNAFAW
7. FESADE
8. Service catholique de la Santé
9. OFSAD
10. Centre chrétien de développement
11. ACAFEM
12. BESAFCA
13. NOL FO WOP
14. EDUC-ACTION
15. APROMOSA
16. FICOM/Jeunesse du monde
17. Plan international
18. ACSA
19. FISS MST/SIDA
20. Amis de la prudence

21. Alternative santé
22. Youth Development Foundation
23. ALVF

5. Organismes de recherche

WHO/HRP/FMSSBM, CRESAR, IRESCO, FOCAP, IFORD, PRIMA CONSEIL

6. Etablissements de formation

1. Faculté de médecine et de sciences biomédicales (FMSBM)
2. IFORD
3. ESSTIC
4. Faculté de sociologie de l'Université de Yaoundé I
5. Université catholique de l'Afrique centrale

7. Les imprimeries de production de matériels IEC

Saint-Paul, AMA, MEGA, AMM, MMC, CRTV

2.3. PROGRAMMES DE COOPÉRATION EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION

1. Le FNUAP

Le Fonds des Nations Unies pour la Population apportent une assistance continue au Gouvernement du Cameroun dans le cadre de l'exécution des activités de population. Différents projets ont déjà été exécutés dans cette optique.

2. L'UNICEF

L'UNICEF appuie des activités d'IEC beaucoup plus dans les établissements scolaires en collaboration avec le Ministère de l'éducation nationale. Ces activités ont pour but l'amélioration de la santé des jeunes, l'éducation sexuelle et la lutte contre les MST/SIDA.

3. L'UNESCO

Dans le cadre des activités d'IEC et de plaidoyer en matière de population en général et comprises dans le Programme-pays 1992-1996, l'UNESCO, agent d'exécution du «projet de promotion et de coordination des activités IEC» mis en œuvre par le MINCOM, a contribué à la promotion en matière de création, de diffusion et de feed-back de l'information

4. Le BIT

Le BIT a contribué à la mise en œuvre des activités d'IEC/SR à travers l'appui au réseau des Maisons de la femme.

5. La GTZ

La coopération a mis en place depuis avril 2000 un projet pour jeunes et adolescents en SR.

6. L'Union européenne

Son appui à la santé se fait à travers le programme d'ajustement structurel.

7. La Banque mondiale

Elle intervient dans le cadre du projet Santé-Fécondité-Nutrition

8. L'OMS

Cette organisation apporte son concours au Ministère de la santé publique dans le domaine du développement institutionnel.

9. La FAO

La FAO est l'agent d'exécution du FNUAP dans la composante projet IEC/SR.

10. Autres

De nombreux autres pays et ONG interviennent à des manières diverses dans l'opérationnalisation de la politique de santé du Gouvernement.

2.4. MATÉRIEL SOCIO-ÉDUCATIF PRODUIT ET DIFFUSÉ AU CAMEROUN

Le matériel produit ou diffusé comporte affiches, dépliants, bandes dessinées, brochures, manuels, boîtes à images, films sur cassettes vidéo, photos, diapositives, T-shirts, casquettes, sacs, programmes radio, programmes télévision etc.

2.5. ANALYSE DU MATÉRIEL IEC DISPONIBLE

De l'analyse du matériel socio-éducatif existant au Cameroun, il ressort que:

Les structures spécialisées et les ONG organisées à divers degrés dans la santé de la reproduction ont des idées et développent un matériel socio-éducatif abondant, varié, quant aux supports et aux thèmes multiples relatifs à la SR.

Toutefois, pour correspondre mieux aux caractéristiques des populations cibles, un effort d'adaptation du matériel didactique doit être fourni: message, langue, dimensions des supports, attrait, illustrations.

Néanmoins, on peut cependant déplorer certaines lacunes. Les personnes impliquées dans la conception du matériel n'ont pas toujours bénéficié antérieurement d'une formation ou d'une expérience qui les rendent aptes à bien mener leur tâche.

La conception souvent faite sans recherche préalable auprès de la communauté ciblée se fonde sur des présupposés qui ne correspondent pas à la réalité.

Le matériel produit n'est souvent pas pré-testé. Il arrive même que certains messages soient peu clairs, ambigus ou peu véridiques.

Ceux qui initient le développement d'un matériel éducatif pour une action particulière, ne s'inspirent pas autant qu'il le faudrait du matériel préexistant, ce qui aboutit parfois à une duplication de l'effort pour parvenir à un résultat parfois moins performant. C'est le cas par exemple pour les brochures ou les dépliants et les affiches.

Les recours à des non professionnels pour les illustrations aboutissent à des résultats décevants.

Il faut signaler que le prix élevé de la production des affiches est une contrainte qui en réduit le nombre et le tirage.

Les documents ne sont pas toujours aisément reproductibles, quand la nécessité s'en fait sentir à l'épuisement des stocks, à cause de l'absence de financement et de l'absence d'information sur les auteurs et les structures qui les ont produits.

Il est appréciable que les utilisateurs soient formés à l'exploitation des supports éducatifs qu'ils détiennent.

Il a été constaté que le matériel socio-éducatif produit au Cameroun est encore insuffisamment utilisé. La première explication serait que ce matériel est peu connu des autres intervenants dans le secteur de l'IEC/SR à l'exception de ceux qui l'ont produit. Mis à part les structures de production qui disposent de leur propre production ou qui disposent d'un hall d'exposition, les autres intervenants semblent peu soucieux de faire connaître leur production.

Le matériel est abandonné dans les magasins de diverses structures, il est même parfois refusé aux utilisateurs potentiels que sont les diverses associations qui en font la demande pour une sensibilisation à l'intérieur de leur groupe ou de leur communauté.

Les ministères et les structures qui ont développé ce matériel éducatif privilégient les lieux de prestation des affiches produites. Ainsi circonscrites géographiquement, celles-ci sont mises en contact de façon limitée avec le public cible.

La faible utilisation du matériel audiovisuel est liée pour une grande part à l'absence d'appareils vidéo ou à diapositives au niveau de la plupart des ONG et associations.

Le renouvellement du matériel éducatif épuisé reste dépendant de financements hypothétiques, de même que les nécessaires post-tests.

DEUXIÈME PARTIE

LA STRATÉGIE IEC/SR

Chapitre 3

JUSTIFICATION DE LA STRATÉGIE IEC/SR

3.1. LE CONCEPT DE LA STRATÉGIE IEC

La stratégie d'IEC est le plan cadre d'une gamme d'interventions sélectionnées, les plus susceptibles d'avoir un impact sur des problèmes liés aux changements d'attitudes ou de comportements par rapport aux composantes de la SR, selon un chronogramme précis et des ressources disponibles.

Elle est un engagement à produire des effets/résultats tangibles et mesurables. Pour cela, elle doit être nationale, multisectorielle et intégrer la participation communautaire et la recherche, en vue de soutenir la mise en œuvre efficace des composantes du sous-programme SR (offre de services, SRA, IEC communautaire)

3.2. LA COMMUNICATION SOCIALE POUR LE DÉVELOPPEMENT

La communication innervé tout le processus de conception et de mise en œuvre des programmes de développement, en particulier le sous-programme de développement de la santé de la reproduction. Elle utilise des techniques variées: communication interpersonnelle, communication culturelle et interculturelle, médias de masse, communication organisationnelle, marketing social, formation, plaidoyer (sensibilisation des décideurs), mobilisation sociale (pour obtenir l'appui multiforme de la société civile).

Comme pour le concept de communication en général, la communication pour le développement s'est détachée progressivement de l'approche «transmissive» des modèles linéaires de la communication pour s'orienter davantage et progressivement vers une perspective constructiviste et contextuelle des interventions liées au développement. La communication est ainsi perçue comme un processus dans lequel les parties en présence créent et partagent l'information entre elles, afin d'arriver à une situation de compréhension mutuelle.

Il s'agit d'une communication planifiée pour au moins l'une des parties en interaction. Elle comporte des objectifs et des priorités. Elle est centrée sur les publics et valorise les efforts concentrés des spécialistes. Elle essaye de modifier et/ou de prédire les comportements/attitudes/pratiques des interlocuteurs (Houle, 1995, 204)¹. Elle agit sur les connaissances et les opinions pour les

1- Houle, Francine: Une approche communicationnelle et contextuelle à un programme de partage technologique: le cas d'un système expert médical au Cameroun, Thèse (PHD). Université de Montréal, 1995. D58 P.

rendre favorables au programme de développement qu'elle appuie. Pour être efficace, elle doit identifier les «*gate keepers*», gardiens légitimes de l'ordre établi (ordre des médecins, autorités morales, et tout détenteur du pouvoir qui pourrait se sentir menacé par exemple par des autorités politiques et religieuses, etc.). La communication sociale pour le développement doit tenir compte de ces différents publics, de ce qu'ils disent et de ce qu'ils font par rapport à la SR, et elle doit essayer le cas échéant d'agir sur eux pour les faire évoluer dans un sens favorable aux changements souhaités.

Ces changements, représentent des innovations par rapport aux pratiques sociales actuelles. La communication sociale pour le développement doit en revanche tenir compte des étapes et contraintes du processus de diffusion de l'innovation.

Au niveau communautaire, les communications horizontales sont d'importants facteurs en termes de réceptivité, de performance et de mobilisation sociale, lorsqu'elles sont articulées au type de communication hiérarchique des autres partenaires.

La communication sociale et éducative devrait renforcer les capacités des communautés, par le partage des savoir-faire et des savoir-être dans les actions d'éducation/formation. Ceci augmente les connaissances techniques et la compétence des communautés et des autres acteurs/partenaires du développement de la SR. Leur confiance dans le système, et partant leur participation et leur responsabilisation effectives et le consensus véritable sur les interventions à mener en SR sont assurés.

Dans la perspective ainsi évoquée, la stratégie IEC devra intégrer et articuler les fonctions thérapeutiques (alternative des nouvelles pratiques, attitudes, comportements plus efficaces) didactiques et diagnostiques (rappel d'éducation sanitaire lorsque le patient présente une pathologie qui aurait pu être prévenue) dans une plate-forme de partenariat et de réciprocité pour la SR, qui permette d'adapter les messages à la réalité et aux nécessités, besoins et aspirations des communautés.

Les interventions retenues doivent tenir compte des résultats des recherches menées dans le domaine de la diffusion des innovations.

3.3. ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE STRATÉGIE IEC/SR

3.3.1. Sur le plan opérationnel

On constate qu'au Cameroun, de nombreux programmes de santé ont échoué par la faiblesse de leur impact communicationnel:

- En effet l'écart entre les connaissances et les opinions respectives des prestataires de services en santé de la reproduction et les populations est tel que les premiers savent difficilement communiquer efficacement avec les derniers dans le but de modifier leurs comportements, attitudes et pratiques dans le domaine de la SR. Les uns et les autres se complaisent dans le statu quo de leurs habitudes et comportements respectifs. Le discours des prestataires est souvent trop technique, complexe et incohérent avec les valeurs et les croyances individuelles et communautaires.

- Les messages visent souvent à faire adopter un comportement ou une technologie (contraceptive, par exemple) dont l'individu ou la communauté ne perçoit point l'intérêt immédiat.
- Le choix des médias n'est souvent pas approprié. Par exemple les messages télévisés et les médias de masse n'atteignent souvent qu'une élite de privilégiés. Les paysans paupérisés n'ont pas suffisamment de ressources pour l'achat de piles pour leur appareil radio, s'ils en ont un. Le mauvais état des routes limite les déplacements des équipes d'animation en direction des communautés. On note une faible utilisation des médias pour la promotion de la santé.
- Le choix des figures d'énonciation des messages n'est pas judicieux. Peu de membres crédibles (vedettes du sport et/ou des médias, leaders communautaires) sont impliqués dans les messages.

3.3.2. Bilan de la période 1992-1996 (APES de juin 1997)

L'approche IEC retenue présente des insuffisances: la stratégie linguistique adoptée n'était pas adéquate car, elle ignorait le contexte local, caractérisé par la compréhension et l'utilisation massive des seules langues nationales. La radio peut jouer un rôle important dans la diffusion des messages. Cette possibilité est accrue avec l'application en 2000 de la libéralisation de l'audiovisuel. Cependant, les médias de masse ont encore une pénétration très faible.

- Les populations, à travers leurs leaders, ont participé à l'identification des problèmes au cours de séminaires provinciaux et départementaux; cependant il est difficile de voir dans ce procédé un processus véritable d'implication de la communauté dans l'identification et la solution de ses problèmes de santé en général, de la santé de la reproduction en particulier, et ceci malgré leur «implication» dans différentes structures de dialogue de la carte sanitaire du Cameroun.
- La multiplicité des intervenants (du public et du privé à but lucratif et non lucratif, nationaux comme extérieurs, bilatéraux et multilatéraux), l'absence d'une structure et/ou d'un mécanisme de coordination et d'un cadre de référence et la préférence accordée à l'approche-projet ont conduit à une rigidité et à un cloisonnement entre secteurs, activités, branches, composantes et projets.

Cette 'balkanisation' n'a pas épargné les activités/interventions en IEC, développées à travers plusieurs projets négociés et mis en œuvre par différents partenaires. Malgré de nombreux acquis liés à l'amélioration de la demande des services de santé de la reproduction, potentiellement importante, (actions de sensibilisation et de formation, productions de supports variés), le document APES relève la prédominance des thèmes médico-cliniques dans la conception de la stratégie IEC au niveau des projets.

- Des faiblesses méthodologiques s'ajoutent aux insuffisances/erreurs déjà relevées: mauvaise formulation des objectifs immédiats, absence ou insuffisance des indicateurs d'impact, manque d'informations essentielles pour le public (par exemple, les coûts, les lieux de prestation), mauvais plans médias et absence de diffusion /restitution des résultats de recherche aux utilisateurs, etc.

- Les interventions dans le domaine de l'IEC ont bénéficié d'une faible adhésion/acceptation des décideurs (par réticence sur l'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires).
- L'absence d'une structure de coordination des activités IEC et la séparation de l'IEC du plaidoyer ne favorisent pas la conception d'un schéma directeur/national de communication et d'une stratégie (IEC/plaidoyer) appropriés.
- Des études/enquêtes de base, de type CAP, manquent et les activités de recherche sont très disparates. Ceci constitue une difficulté supplémentaire pour la segmentation des publics cibles et le lancement de campagnes de communication performantes.
- La faiblesse quantitative et qualitative du personnel formé en IEC/plaidoyer et des disparités dans leur déploiement sur le terrain, tout comme la faiblesse globale des capacités de la plupart des partenaires (institutions, communautés) dans le domaine de l'IEC/plaidoyer.
- L'insuffisance des méthodes de suivi, d'évaluation et de budgétisation
- L'absence d'une stratégie nationale IEC validée au cours du deuxième programme de coopération FNUAP/Cameroun; ce qui représente un handicap pour le troisième programme et son sous-programme IEC/SR.

En effet, le plus grand défi communicationnel de cette stratégie sera probablement, après la circulation de l'information, de trouver les arguments d'un plaidoyer qui sauraient convaincre tous les partenaires/bénéficiaires de la politique de santé reproductive dans le cadre d'une stratégie de communication/sociale et éducative pour le développement.

- De nombreuses structures/infrastructures existent pour assurer la diffusion des messages médias de masse, médias communautaires et traditionnels, méthodologies participatives d'intégration, médias interpersonnels. Cependant, on peut déplorer de nombreuses faiblesses institutionnelles, une quantité insuffisante de produits médiatiques finis, le manque criard d'infrastructures de production et de post-production, l'insuffisance de personnel technique et professionnel qualifié, l'absence de mécanismes de suivi-évaluation, le manque de mécanismes de coopération/collaboration/parténariat inter-agence, entre ONGs et privés à but lucratif ou non, et entre administrations, et l'absence de structures de dialogue entre les trois groupes.
- L'analyse de la situation actuelle du système médiatique camerounais permet de stigmatiser:
 - l'absence dans les organes de presse de contenus susceptibles de favoriser la promotion et la mobilisation sociale en faveur de la santé de la reproduction; et
 - l'absence d'un mécanisme institutionnel d'information entre les différents intervenants en santé de la reproduction.

D'autres obstacles majeurs au niveau de la conception et de la mise en œuvre de la stratégie IEC sont à relever:

- faible segmentation des publics, absence d'ordre de priorité;
- faible ou non prise en compte des mentalités, besoins et capacités de la communauté notamment des populations les plus démunies des régions/zones rurales;
- centralisation de la conception des messages;
- prédominance de supports imprimés, sans garantie de réapprovisionnement;
- formation du personnel approximative en techniques de communication;
- objectifs d'IEC et auditoires, ciblés ou non, identifiés sans ordre de priorité;
- faible ou mauvaise intégration des objectifs d'IEC dans les stratégies sectorielles;
- manque de stratégie d'ensemble, synthèse des stratégies sectorielles;
- absence d'analyse de situation d'appui à la stratégie IEC, fondée sur des résultats de recherche.

3.3.3. Solutions pour pallier ces faiblesses

i. L'approche programme et un cadre institutionnel intégrant la problématique du développement participatif, peuvent permettre une meilleure synergie et une plus grande efficience/performance des actions à mener dans le domaine de l'IEC et partant, dans l'ensemble du sous-programme santé de la reproduction (offre de services, SRA, IEC). La création d'une composante IEC dans le sous-programme santé de la reproduction recommandée par l'APES de juin 1997 participe de cette nécessaire rationalisation de la gestion des interventions IEC en santé de la reproduction, destinée à améliorer la performance des partenaires du développement sanitaire à la base.

ii. Le concept de «programme» précise une suite d'actions que l'on se propose de réaliser pour arriver à un résultat. Il peut donc être entendu comme la conception et l'évaluation d'une suite d'actions, y compris leurs alternatives, que l'on se propose d'accomplir pour arriver à un résultat fixé. Le programme est un effort théorique de préparation à la mise en œuvre d'une série d'actions, qui aboutit à un outil méthodologique pratique.

iii. L'approche participative: Les difficultés ou échecs des projets menés au cours de la période 1992-1997 peuvent être également attribuées, en partie à l'omission quasi-générale ou à la négligence des populations vivant dans des structures/groupes organisés qui sont à la fois acteurs et bénéficiaires des actions du développement sanitaire.

Un changement de paradigme s'impose alors, pour passer au développement participatif, c'est-à-dire à des actions centrées sur les populations partenaires et collaboratrices à part entière dans tous les aspects liés à la promotion de la santé de la reproduction au Cameroun. La pertinence de cette approche est confirmée par les principes de subsidiarité, de démocratie et de décentralisation du pouvoir qu'implique le transfert des responsabilités et des compétences/capacités pertinentes du niveau national aux niveaux des provinces, départements, arrondissements, villages et communautés de base.

Les changements souhaités dans le domaine de la santé de la reproduction seront en effet difficilement atteints sans l'implication véritable des commu-

nautés concernées aux côtés des autres partenaires du développement de la santé reproductive.

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.

3.4. LE RÔLE DE L'IEC DANS LE SOUS-PROGRAMME SR

Les activités d'IEC, telles que prises en compte dans le sous-programme SR visent à augmenter la prise de conscience, l'engagement et le développement d'attitudes favorables pour les droits reproductifs et mettre à la disposition des individus et des couples les informations nécessaires pour décider librement et en toute responsabilité de leur choix en matière de reproduction et de sexualité. Les activités visent toutes les couches de la société et s'adressent aux décideurs dans le cadre de la définition consensuelle de la santé de la reproduction, aux individus dans le cadre des activités inter-personnelles et médiatiques et aux familles à travers l'éducation parentale et les programmes EVF.

Les activités IEC du sous-programme SR visent l'amélioration de la qualité de l'offre de services par la formation des prestataires en IEC/counselling, la dotation de supports IEC et la création de la demande en services de SR selon les besoins des groupes-cibles, avec des programmes spécifiques destinés aux jeunes mettant l'accent sur la prévention des grossesses non désirées et des MST/SIDA et la promotion de comportements sexuels responsables. Elles prennent en compte la réduction des disparités entre les sexes par le partage des pouvoirs de décision en matière de reproduction et l'accroissement de la responsabilité des hommes dans leurs comportements sexuels et reproductifs ainsi que leur implication dans la prise de décision pour le choix d'une méthode contraceptive.

La composante IEC jouera le rôle de chef de file pour les activités IEC du sous-programme SR. Elle aura en charge le pilotage de l'élaboration de la stratégie IEC/SR, afin de donner un cadre de référence à tous les intervenants et de permettre l'harmonisation des interventions. En relation avec la composante «Développement de l'offre et services SR», elle collaborera pour la formation des prestataires de services en IEC/counselling, et celle des agents de distribution à base communautaire dont certains seront sélectionnés parmi les leaders villageois formés en animation communautaire. Elle collaborera aussi pour l'extension des programmes EVF au niveau des secteurs associés à la santé (entreprises, forces armées, écoles). En relation avec la composante «Santé de la reproduction des adolescents», elle collaborera pour l'harmonisation des activités en direction des jeunes, notamment dans la définition des curricula pour l'éducation par les pairs, la méthodologie d'animation, la définition des messages et leur diffusion par le biais des programmes médiatiques auprès des radios locales.

De manière plus large, la composante IEC en SR sera le fer de lance des activités IEC du programme d'assistance du FNUAP. En relation avec le sous-programme SPD, elle participera à l'actualisation de la stratégie nationale IEC/population et contribuera à sa mise en œuvre par l'élargissement des thèmes aux questions de population, genre et développement durable, au sein

des activités des agents de développement communautaire et dans les programmes médiatiques.

Les activités d'IEC des trois sous-programmes sont complémentaires. (SR, Plaidoyer, Population et Développement) Dans le sous-programme plaidoyer, elles visent la promotion des droits reproductifs pour tous et particulièrement les jeunes, la promotion de la problématique «genre», la réduction des disparités entre les sexes par l'élimination des stéréotypes sexuels dans les manuels scolaire et les médias, la promotion de l'éducation des jeunes filles et celle du statut socio-juridique des femmes. Elles prennent en compte la promotion des droits de la femme, la lutte contre les discriminations à l'égard des femmes et la réduction des pratiques néfastes à leur rencontre telles que les mutilations génitales et les violences dans le cadre familial, par les actions de sensibilisation et le soutien offert par les cliniques juridiques. Les activités IEC du sous-programme SPD prennent le relais du plaidoyer pour la mise en œuvre de la DPNP et la diffusion de ses contenus auprès des différents groupes-cibles. Elles renforcent la capacité d'action des femmes par le biais des programmes éducatifs, le soutien à des activités communautaires développées au niveau des départements en complément avec celles du volet IEC/SR développées au niveau des villages.

3.5. GENRE ET RENFORCEMENT DU POTENTIEL HUMAIN FÉMININ

La stratégie IEC s'emploie également à promouvoir la problématique «genre». La réduction des disparités entre les sexes passe par une implication partagée au processus d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du programme. De même, cette préoccupation demeure dans le cadre de la satisfaction des besoins des bénéficiaires primaires du sous-programme. La phase de formulation a impliqué un ratio équilibré entre les cadres nationaux des deux sexes. La mise en œuvre s'attachera au maintien de cet équilibre, dans le cadre des activités de formation, de recherche, de sensibilisation. Un ratio par sexe sera systématiquement évalué pour les différents types d'activités. Certaines activités concernant la promotion du statut juridique et particulièrement la défense des droits des femmes seront majoritairement exécutées par des femmes, par le biais de leurs associations.

Le sous-programme SR entend promouvoir le dialogue au sein des couples en amenant les hommes et les jeunes de sexe masculin à accepter leurs responsabilités en matière de sexualité et de reproduction. Il vise les hommes en tant qu'acteurs et bénéficiaires. Cette démarche sera entreprise par le biais de l'implication et de la participation des hommes et des adolescents de sexe masculin aux activités de santé de la reproduction afin qu'ils adoptent une activité sexuelle et un comportement procréateur responsables.

3.6. RÉSULTATS ATTENDUS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE D'IEC/SR

a) Résultats globaux

Ils découlent du rôle et des activités assignées à la composante IEC/SR.

La composante IEC du sous-programme SR doit proposer des actions pour susciter auprès de divers publics/groupe-cibles (individus, familles, commu-

nautés, prestataires et partenaires) une meilleure prise de conscience des objectifs et du contenu de la santé de la reproduction et leur appropriation et l'adoption de comportements individuels et collectifs favorables à la SR

b) Les résultats spécifiques

En décembre 2002 à la fin du programme, les activités d'IEC devront avoir touché 70 pour cent de la population cible, en vue de provoquer le changement des comportements des attitudes et motivations des publics visés.

De manière plus concrète, la composante IEC/SR doit contribuer à créer, à améliorer ou à augmenter, selon les cas:

- la demande de services de SR;
- la qualité des prestations de services de santé de la reproduction offertes (formation des prestataires en techniques de communication appropriées, modification de la perception des services de santé de la reproduction au niveau du public, évaluation des obstacles à l'utilisation des services qui peuvent être résolus par l'IEC).

Ce changement de comportement sera évalué selon les indicateurs de

- demande potentielle de PF
- intention concernant la taille de la famille
- intention d'utilisation des préservatifs
- retarder l'âge des premiers rapports sexuels
- retarder l'âge du mariage chez les jeunes.

Ces résultats doivent être appréciés au niveau de chacune des composantes retenues dans le projet de déclaration de politique nationale de santé reproductive et le projet de politique des services de santé de la reproduction (les soins prénatals), la surveillance de l'accouchement et des suites de couches, (soins post-natals), planification familiale, soins post-abortum, prévention et traitement des MST/VIH/SIDA, survie des enfants de 0 à 5 ans et de 6 à 10 ans. etc...

c) Résultats attendus par thème / Composantes de la SR

Accroissement de la demande des services de SR de qualité

Contribuer à l'amélioration de l'utilisation des prestations en santé de la Reproduction par:

- une meilleure sensibilisation des hommes, des femmes et des jeunes;
- une plus grande implication des hommes, des femmes et des jeunes.

En vue de favoriser la prise de décision en matière de SR (responsabilités parentales, comportements sexuels, utilisation des services):

- l'accroissement des activités d'IEC/SR au niveau des formations sanitaires;
- la sensibilisation du personnel/prestataire sur les conditions d'accueil et de confidentialité motivantes pour les clients;
- le développement de programmes éducatifs attractifs;
- la mise d'un accent particulier sur l'acceptabilité socioculturelle des messages, contenus et supports.

Chapitre 4

AXES PRIORITAIRES DU SOUS PROGRAMME SR ET OBJECTIFS IEC

4.1. THÈMES PRIORITAIRES

Quatre thèmes prioritaires peuvent être identifiés dans le brouillon de DPNSRL la santé de la femme, la santé de l'enfant, la santé des jeunes/adolescents, la santé des hommes.

L'approche intégrée entre ces volets est mise en évidence par:

- l'identification de composantes transversales, autrement dit, communes aux quatre volets. Ce sont la PF, la prévention et le traitement des MST/VIH/SIDA, la prévention et le traitement de l'infertilité, la prévention et le traitement des maladies nosocomiales en SR, la lutte contre les pratiques néfastes à la SR, les violences sexuelles et l'IEC;
- l'introduction de la SR dans la problématique générale du développement humain durable, à travers la promotion d'un environnement physique, politique, légal, juridique, social et économique favorable à la SR;
- des activités d'appui, parmi lesquelles la formation, la gestion des services, la supervision/évaluation des services.

4.1.1. Indicateurs socio-sanitaires

- | | |
|--|--|
| • Taux de mortalité infantile | 77 % |
| • Mortalité maternelle | 550 décès de mères pour
100 000 naissances vivantes |
| • Taux de couverture sanitaire | 41 % |
| • Intégration de la PF | 487 formations sur 1886 |
| • Accouchements assistés
par du personnel qualifié | 58 % |
| • Pourcentage de femmes enceintes
effectuant une consultation prénatale | 79 % |
| • Niveau de connaissance des méthodes
contraceptives par les femmes en âge
de procréer | 81 % connaissent au moins
une méthode contre 89 %
des hommes |
| • Taux de prévalence contraceptive
pour les méthodes modernes | 8 %
(4 % en zone rurale, 13 % en
zone urbaine, |
| • Demande potentielle | et 14 % à Yaoundé et Douala)
22 % (EDSCI en 1991) |

- Avortement 40 % des urgences en gynéco-obstétrique à l'HCY pour avortements provoqués
- Infécondité 17 % de la population (ENF de 1979)
- Stérilités secondaires 20 % en relation avec la prévalence des MST
- Taux de prévalence du VIH (SIDA 5,5 % de la population en 1997 et 7,2 % en 1998)

4.1.2. Critères de priorisation des thèmes et objectifs d'IEC retenus

L'analyse du «sous-programme santé de la reproduction» du troisième programme d'assistance du FNUAP au Cameroun permet de dégager les perceptions des problèmes liés à la SR par les pouvoirs publics à partir des indicateurs socio-sanitaires qualifiés comme «défavorables», et dont le Gouvernement du Cameroun souhaite l'amélioration d'ici à décembre 2002 (cf résultats attendus du sous-programme SR)

4.1.3. Indicateurs socio-sanitaires de perception par les pouvoirs publics

- taux de croissance de la population: baisse du taux souhaitée;
- prévalence contraceptive: augmentation souhaitée;
- niveau de fécondité: diminution du niveau souhaitée;
- Lutte contre l'infertilité: actions pour réduire l'infertilité souhaitées;
- niveau de mortalité: (i) réduction des taux globaux souhaités; (ii) action spécifique sur la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile; et (iii) diminution des disparités entre régions, villes et campagnes;
- fécondité des adolescents: (i) baisse de la sexualité et des mariages précoces souhaitée; (ii) réduction des taux de grossesses précoces et/ou non désirées des adolescentes souhaitée et (iii) réduction du nombre d'avortements souhaitée;
- information sur la SR/PF Diffusion/Atteinte de toutes les couches de la population souhaitée: amélioration du niveau de connaissances des méthodes contraceptives souhaitée;
- taux de couverture sanitaire: amélioration/élargissement souhaitée;
- intégration de la PF dans les formations sanitaires: augmentation du nombre de formations sanitaires intégrant la PF souhaitée;
- accouchements assistés par du personnel qualifié: augmentation de la prise en charge souhaitée;
- taux de prévalence des MST: réduction du taux souhaitée;
- expansion de l'infection à VIH/SIDA: réduction souhaitée;

- demande des services de SR/PF: augmentation souhaitée, par groupe-cible;
- utilisation des services de SR/PF: amélioration souhaitée;
- besoins non satisfaits en PF: réduction du niveau souhaitée.

4.1.4. Objectifs de l'IEC/SR

Ils doivent être quantifiables et mesurables et ils découlent:

- des objectifs du sous-programme SR;
- de l'analyse du contexte national de l'IEC (APES, juin 1997, brouillons de déclaration de PNSR) de la DPNP, du PNDSC...;
- de l'évaluation des activités IEC passées;
- des engagements internationaux souscrits par le Cameroun (CIPD 1994 notamment);
- de la perception des problèmes de la SR par les pouvoirs publics, et de la place qu'ils occupent dans les politiques publiques;
- de ceux des problèmes identifiés qui pourraient être résolus par des changements de comportements/attitudes/pratiques des groupes concernés.

L'atteinte des résultats attendus du sous-programme SR nécessite une stratégie IEC/SR susceptible de contribuer à l'adoption de comportements favorables par les populations, à la mobilisation communautaire, à la sensibilisation des autorités politiques, administratives et traditionnelles (mobilisation sociale) en faveur des problèmes liés à la SR, à la mobilisation des ressources locales et extérieures (publiques et privées) en faveur de la SR.

La stratégie doit se fixer comme objectifs:

- le remplacement des messages généraux utilisés pendant la période 1992-1997 par des interventions plus ciblées et adaptées aux différents segments des groupes cibles les groupes défavorisés aux besoins non satisfaits, jeunes/adolescents, non-utilisateurs de services de SR, groupes hostiles à certaines composantes telles la PF ou la problématique genre;
- une meilleure segmentation des publics visés;
- les actions/interventions IEC ciblées sur des comportements attitudes et pratiques constituant des problèmes que le sous-programme veut solutionner (écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée);
- des études sur les représentations sociales des questions de SR au sein des communautés;
- les recherches permettant d'identifier les interventions nécessaires pour changer ou faire évoluer la perception actuelle de la SR par la communauté et les conditions d'acceptabilité de ces actions par les populations, sans condamner aucune des pratiques/solutions actuelles de la communauté, non compatibles avec les changements souhaités;
- la formation du personnel des centres de santé (médecins, sages-femmes...) en SR/PF, IEC, gestion des programmes;

- l'élaboration et opérationnalisation du volet IEC dans les centres de santé des districts retenus dans le sous-programme SR;
- le renforcement/introduction de l'IEC/EVF EMP à l'école en vue de:
 - promouvoir les connaissances sur l'EVF/EMP/EVA;
 - contribuer au changement des attitudes et des comportements des jeunes dans le domaine de la SR;
 - élaborer et diffuser les curricula en SR, EMP, PD, EVF;
- la formation d'enseignants et de formateurs;
- l'identification des réponses appropriées face à des pratiques communautaires actuelles considérées comme inacceptables par les objectifs/philosophie du sous-programme SR, tout en évitant de condamner ces pratiques mais en expliquant, éduquant la communauté et dialoguant avec elle, lui faire comprendre, accepter et apprécier la nécessité du changement (tel que proposé par le sous-programme ou tel que négocié par la communauté), et proposer des alternatives crédibles et acceptables aux pratiques communautaires actuelles.

En d'autres termes, la stratégie IEC doit répondre à la question suivante:

«Comment utiliser le processus communicationnel pour améliorer la performance du système de soins en santé reproductive?»

- La sensibilisation des décideurs et les responsables en vue d'obtenir l'intégration et l'exécution permanente des actions en faveur de la promotion de la femme et du genre dans les programmes des administrations.
- Le développement des activités IEC auprès des populations en vue de promouvoir un comportement sexuel responsable.
- La mise en œuvre des interventions IEC auprès des populations en matière d'environnement de la qualité et du cadre de vie.
- Identifier les croyances et comportements des groupes cibles.
- Combiner un large éventail de stratégies médiatiques et interpersonnelles, utilisant de nombreux médias différents, en vue:
 - d'exprimer les messages dont la forme, le contenu et le vocabulaire sont cohérents avec le vécu de la communauté;
 - d'identifier et utiliser les leaders et prescripteurs d'opinion (célébrités, autorités crédibles), pour attirer et conserver l'attention des populations;
 - d'identifier et contourner ou séduire les sources d'opposition au changement;
 - d'amener les membres de la communauté à identifier leurs problèmes, mais aussi à reconnaître et accepter les activités appropriées pour résoudre ces problèmes;
 - d'aider les intervenants/partenaires à identifier les solutions pratiques actuelles aux problèmes identifiés par les communautés dans le domaine de la santé de la reproduction;
 - d'insister sur les bénéfices les plus immédiats et les aspects positifs du sous-programme SR pour la population;

- de repérer les moments et les endroits propices aux messages;
 - développer un consensus entre tous les intervenants concernés et favoriser le flux de communication entre eux.
- Evaluer en permanence ses interventions.

4.2 GROUPES CIBLES DES ACTIVITÉS IEC/SR PAR THÈME PRIORITAIRE

4.2.1 Groupes cibles concernés par les activités d'IEC/SR

Les consultants recommandent de mener les actions IEC à destination des groupes et segments de population cible en mettant un accent sur les populations des zones rurales et des bidonvilles, des populations sans instruction ou de niveau d'instruction primaire, au sein desquelles on rencontre le plus grand nombre de besoins non satisfaits en SR.

1. Santé de la femme

1.1 Maternité à moindre risque

- les femmes enceintes
- les femmes de la famille (des deux conjoints)
- les conjoints et partenaires
- les professionnel(le)s de la communication sociale
- les prestataires

1.2 Soins gynécologiques

- les femmes
- les jeunes et les adolescentes de 10 à 24 ans
- les conjoints et partenaires
- les prestataires
- les utilisatrices satisfaites

2. Survie de l'enfant

- les mères
- les pères
- les familles (parents des conjoints)
- le personnel de maison

3. Santé de la reproduction des adolescents

- les jeunes (jusqu'à 24 ans)
- les adolescents
- les parents
- les éducateurs
- les familles
- communauté
- prestataires

4. Santé des hommes

- les hommes de plus de 24 ans
- les femmes de plus de 24 ans
- les prestataires
- les familles

5. Planification familiale

- les couples
- les familles
- les hommes et femmes en âge de procréer
- les prestataires

6. MST/VIH/SIDA

- la communauté
- les éducateurs
- les jeunes
- les adolescents
- les parents
- les couples
- les hommes célibataires
- les femmes non mariées
- les prestataires

7. Infertilité

- les couples
- les hommes en âge de procréer
- les femmes en âge de procréer
- les prestataires
- les parents et alliés

8. Maladies nosocomiales

- les malades
- les parents des malades
- les amis et alliés des malades
- les jeunes et adolescents
- les prestataires de services (personnel hospitalier)

9. Lutte contre les pratiques néfastes à la SR

- les hommes
- les femmes
- les parents
- les jeunes et adolescents
- les éducateurs
- la communauté (leaders religieux, leaders traditionnels)
- les prestataires

4.2.2. Priorisation des publics

Les données de l'EDS II 1998 permettent d'identifier les groupes à qui ils convient d'accorder la priorité. Il s'agit des populations rurales, des jeunes, des populations analphabètes, des femmes.

Toute stratégie sérieuse devrait affiner ces différents groupes pour une action efficace.

4.2.3. Segmentation des publics

4.2.3.1. Principes de segmentation des publics

En effet, les recherches en marketing social ont mis en évidence qu'une publicité présentant un message donné peut plaire à une partie d'un groupe cible,

mais n'avoir aucun effet de persuasion sur une autre partie du même public ayant des valeurs, des perspectives, des intérêts, des inquiétudes ou des préoccupations différentes.

Les travaux sur la réception des médias (notamment ceux de l'IREP-Institut de recherche et d'études publicitaires) montrent, pour leur part, qu'on ne saurait parler de publics de façon indifférenciée. Les publics comprennent en effet plusieurs segments:

1. Les usagers finaux de l'innovation véhiculée par le message, qui constituent le public **de premier rang**.
2. Tous les intermédiaires pouvant transmettre des messages convaincants aux usagers finaux, qui forment le **public de second rang**. Ils peuvent influencer de manière déterminante les changements de comportement et/ou d'attitude, de pratiques des membres du premier groupe.
3. Tous les opposants notoires aux changements souhaités, qui sont généralement des groupes d'intérêt susceptibles de diffuser des messages hostiles aux publics.

D'autres subdivisions peuvent exister au sein des diverses catégories sus-énumérées.

Les interventions en IEC devraient:

- sensibiliser les usagers finaux;
- former les publics de second rang et leur donner la bonne information;
- rechercher la collaboration et/ou la neutralité bienveillante des opposants notoires et chercher à leur faire changer d'opinion et d'attitude en corrigeant les idées erronées et les rumeurs non fondées, et en leur montrant les avantages comparatifs qu'ils peuvent tirer du soutien apporté publiquement à la SR.

La segmentation des publics, par leur division en sous-groupes ayant des caractéristiques socio-économiques et culturelles communes, est une étape indispensable pour une stratégie IEC efficace.

En vue des interventions IEC, il s'agit ici d'identifier les différents groupes de publics qui influencent les problèmes de SR ou qui en sont affectés, par composante de SR.

La configuration particulière des groupes cibles rend indispensable une analyse psychographique², pour mieux les segmenter et établir une typologie des sous-groupes de chaque groupe cible principal. Cette approche permet de pallier les insuffisances des analyses démographiques, en intégrant la diversité des modes de vie, pratiques, attitudes des membres de chaque groupe cible. Cette méthode permet de diviser chaque groupe de public en sous-

2. «Analyse» Psychographique: «Constellation des attitudes, croyances, opinions, espoirs, peurs, préjugés, besoins, désirs et aspirations qui, ensemble, régissent le comportement d'une personne»

groupes homogènes, avec des caractéristiques socio-économiques communes (traits culturels, statut familial, statut professionnel, valeurs, attitudes, variables psychosociales...) et ayant la même représentation de la vie, du monde et des enjeux actuels et futurs, les mêmes peurs, préjugés, besoins, désirs et aspirations.

Il est difficile d'établir une typologie d'un groupe cible ex-nihilo. Il est indiqué de procéder à une enquête par questionnaire, portant sur les activités sociales, les intérêts, les valeurs et attitudes à l'égard des différents problèmes prioritaires de la SR.

Les segments obtenus après dépouillement et analyse des résultats de l'enquête peuvent ensuite servir à l'analyse des modèles de comportement de chaque groupe cible face aux problèmes pertinents de santé de la reproduction par composante de la SR. Un essai de segmentation a été tenté.

4.2.3.2. Exemples de segmentation de groupes cibles

1. Santé de la Femme

MATERNITÉ À MOINDRE RISQUE

Soins prénatals

Public de premier rang

- les femmes enceintes (porteuses de grossesses précoces, primipares, multipares, porteuses de grossesses tardives).

Public de deuxième rang

- alliées: amies, mères, belle-mère, sœurs, belles-sœurs ayant déjà accouché;
- prestataires: médecins, sages-femmes, infirmiers, aide-soignants, agents de santé communautaire, travailleurs sociaux, accoucheuses traditionnelles;
- partenaires des hommes: époux, copains, époux de primipares, époux de multipares;
- médias: journalistes et communicateurs sociaux;
- utilisatrices satisfaites: en ce qui concerne surtout les activités liées à la promotion des méthodes de PF.

Surveillance de l'accouchement

Public de premier rang

- les femmes enceintes (porteuses de grossesses précoces, primipares, multipares, porteuses de grossesses tardives).

Public de second rang

- alliées: amies, mères, belle-mère, sœurs, belles-sœurs ayant déjà accouché;
- prestataires: médecins, sages-femmes, infirmiers, aide-soignants, agents de santé communautaire, travailleurs sociaux, accoucheuses traditionnelles;
- partenaires des hommes: époux, copains, époux de primipares, époux de multipares;
- médias: journalistes et communicateurs sociaux;

- utilisatrices satisfaites: en ce qui concerne surtout les activités liées à la promotion des méthodes PF.

Soins post-natals

Public de premier rang

Aux segments déjà indiqués, on ajoutera ici

- les pères et mères des enfants nouveau-nés;
- les employés de maison (cuisinières, bonnes, nourrices) en ce qui concerne la nutrition de la mère et de l'enfant, les soins à donner à l'enfant et l'hygiène à observer pour l'enfant

Public de second rang

- alliées, amies, mères, belle-mère, sœurs, belles-sœurs, ayant déjà accouché;
- prestataires: médecins, sages-femmes, infirmiers, aide-soignants, agents de santé communautaire, travailleurs sociaux, accoucheuses traditionnelles
- Partenaires hommes (époux, copains, époux de primipares, époux de multipares)
- Médias journalistes et communicateurs sociaux
- Utilisatrices satisfaites (en ce qui concerne surtout les activités liées à la promotion des méthodes de PF)

Opposants

- Mères ayant déjà accouché plus d'une fois
- Employés de maison

Soins post-abortum

Public de premier rang

Les femmes directement concernées

Public de second rang

Les segments de population sont les mêmes que pour les soins prénatals, sauf en ce qui concerne les alliées, qui seront des femmes ayant déjà eu des avortements (clandestins ou non).

Opposants

Femmes ayant déjà eu un avortement (clandestin ou non)

Soins gynécologiques

Public de premier rang

- femmes
- jeunes filles depuis les premières règles jusqu'à 24 ans

Public de second rang

- conjoints / partenaires
- utilisatrices satisfaites
- prestataires y compris laborantins.

Opposants

- Femmes, jeunes filles, conjoints / partenaires

2. *Survie de l'Enfant*

Enfants de 0 à 5 ans

Public de premier rang

- mères (femmes mariées /mères célibataires)
- Nourrices
- pères

Public de second rang

- alliées
- prestataires

Opposants notoires

Les plus connus sont des industriels de l'alimentation. Ils sont également présents dans le domaine de la nutrition (farines et autres compléments/aliments pour bébés). Les campagnes nutritionnelles devraient s'intéresser à eux. Depuis quelques années, la promotion de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois est effective. Le combat peut reprendre si on veut pousser au-delà de ce compromis.

***Enfants de 06 à 10 ans**

Publics de premier rang

- Les mêmes que ci-dessus

Publics de second rang

- Educateurs enseignants, travailleurs, sociaux, aumôniers
- enseignants (garderies, maternelles, primaires)
- prestataires
- alliés des parents: ceux déjà cités et toute personne vivant dans la famille

Opposants

- Parents, éducateurs

3. *Santé des jeunes/adolescents*

Cette catégorie représente 32,6 pour cent de la population. Il est généralement admis que les jeunes partagent souvent les mêmes points de vue et peuvent être influencés de manière similaire par la pression de leurs pairs. Mais les résultats de la recherche montrent qu'ils ne forment pas un groupe homogène.

Publics de premier rang

Premiers concernés par la SRA, les jeunes peuvent être repartis en trois principaux groupes

- | | |
|-------------------------|---|
| • jeunes de 10 à 14 ans | 14,2 pour cent de la population du Cameroun |
| • jeunes de 15 à 19 ans | 10 pour cent de la population du Cameroun |
| • jeunes de 20 à 24 ans | 8,6 pour cent de la population du Cameroun |

Au sein de ces segments, on distingue:

- les scolaires
- les non scolarisés
- les filles
- les garçons
- les mères adolescentes

Publics de second rang

- parents
- alliés: aînés, tantes, oncles, grands-parents, amis
- éducateurs
- enseignants (primaire, secondaire, supérieur)
- prestataires: y compris les pairs éducateurs
- professionnels de la communication sociale
- vedettes des médias et du sport, de la chanson, du cinéma
- leaders religieux communautaires, traditionnels.

Opposants notoires à la SRA

- leaders religieux
- leaders traditionnels
- leaders communautaires
- parents
- jeunes/adolescents
- prostituées

4. Santé des Hommes**Publics de premier rang**

- les hommes de plus de 24 ans

Publics de second rang

- les parents (mères/pères)
- les alliés: belle-mère, beau-père, oncles, tantes, amis
- les prestataires.

Opposants

Ils sont nombreux, surtout dans des domaines comme les troubles sexuels de l'homme et le genre. Ce sont, par exemple:

- les tradi-praticiens
- les leaders traditionnels
- les hommes eux-mêmes
- les alliés

5. La planification familiale**Publics de premier rang**

- hommes
- femmes en âge de procréer
- grandes multipares
- sans enfants
- jeunes/adolescents (jusqu'à 24 ans)
- personnes à comportements à risques

Publics de second rang

- prestataires: médecins (gynécologues, urologues, sages-femmes, infirmiers, agents de santé communautaire, travailleurs sociaux, pairs éducateurs, motivatrices de terrain...)
- alliés
- partenaires (conjoint, amis)
- médias: journalistes

- utilisateurs satisfaits
- vedettes du sport, de la chanson, des médias
- leaders politiques (députés, maires, conseillers municipaux) responsables de partis...
- leaders communautaires responsables de groupe (associations).

Opposants

- leaders religieux
- leaders traditionnels
- famille élargie du conjoint.
- leaders communautaires
- conjoints
- hommes
- femmes

6. Prévention et traitement des MST/VIH/SIDA

Public de premier rang

- clients de la PF (public de premier rang de la PF)
- malades des MST
- porteurs du VIH
- malades du SIDA
- personnel de santé (exposé aux risques de contamination par le VIH/SIDA)
- jeunes
- adolescents
- personnes à comportement à risques (par exemple camionneurs, hommes en tenue, prostituées, touristes ...)
- femmes enceintes

Public de second rang

- malades des MST
- malades du SIDA
- porteurs du VIH
- prestataires
- parents (des jeunes/adolescents)
- leaders communautaires, religieux, traditionnels
- décideurs politiques/administratifs
- clients /malades satisfaits
- victimes des MST
- familles et alliés des malades du SIDA
- vedettes du sport, de la musique, du journalisme, etc.
- médias

Opposants

- Parents et alliés des malades du SIDA et porteurs du VIH
- prestataires
- tradi-praticiens
- les sceptiques (de tous secteurs d'activités)
- leaders et membres de courants de pensée acquis à la thèse de la condition divine
- leaders de sectes
- leaders religieux
- prostituées

7. Prévention et traitement de l'infertilité

Publics de premier rang

- couples infertiles
- clients de PF
- patients atteints des MST
- hommes
- femmes en âge de procréer

Publics de second rang

- clients/patients satisfaits
- prestataires
- alliées parents/ familles des couples, amis
- médias

Opposants

- alliés (infertilité de l'homme)
- tradi-praticiens
- clients/patients non satisfaits
- leaders coutumiers

8. Prévention et traitement des maladies nosocomiales en SR

Public de premier rang

- personnel/administrateurs de santé
- clients/malades
- visiteurs/garde malades.

Public de second rang

- personnel hospitalier
- prestataires
- médias

Opposants

- personnel de santé
- malades hospitalisés
- visiteurs/garde malades.

9. Lutte contre les pratiques néfastes à la SR

Public de premier rang

- jeunes
- femmes
- adolescentes

Public de second rang

- parents, grands-parents
- hommes
- femmes
- éducateurs/enseignants
- prestataires
- leaders communautaires, leaders d'opinion, leaders religieux
- décideurs

- médias
- alliés des parents

Opposants

- exciseuses traditionnelles
- parents/grands-parents
- hommes
- femmes
- leaders traditionnels
- filles (sans instruction)

4.2.4. Facteurs culturels et écarts existants entre convictions et attitudes actuelles

Nous avons déjà indiqué que l'absence ou l'inaccessibilité des études/recherches sur l'analyse des publics rend difficile toute tentative d'explication des écarts observés entre les attentes du sous-programme SR et les comportements, attitudes et pratiques des populations bénéficiaires et partenaires de ce sous-programme.

La tâche de formulation d'objectifs quantifiables, indispensables à une bonne stratégie SR, est de ce fait ardue. De même, une segmentation des publics devient difficile, notamment lorsqu'il faut déterminer les besoins, anticiper les réactions des détenteurs du pouvoir dans les communautés, identifier les attitudes négatives existant et les résistants aux interventions IEC.

Pour surmonter cet handicap majeur, l'équipe de consultation a procédé à une évaluation rapide, à partir de discussions individuelles et de groupe. Celle-ci a permis, avec l'aide de la stratification contenue dans l'EDSC II, de segmenter les publics et d'identifier quelques obstacles vains pouvant expliquer l'écart entre les pratiques de ces groupes et les attentes du sous-programme SR.

4.2.5. Activités actuelles

4.2.5.1. Raisons de la non-utilisation de la contraception

- désir d'avoir des enfants (48% - 50%)
- manque de connaissances (14% - 6 %)
- manque de connaissances des méthodes (10% - 6 %)
- manque de connaissance des sources d'approvisionnement (3 % - 1 %)
- conviction personnelle
 - opposition à la PF (9 % - 9 %)
 - religion (5 % - 19 %)
- pauvreté
- mauvaise connaissance du cycle menstruel
- faible niveau d'instruction

4.2.5.2. Raisons de la fécondité précoce des adolescentes

- mariages précoces
- faible niveau d'instruction

4.2.5.3 Obstacles à la PF/SR

- structure de prestation hiérarchisée, avec chacune son domaine d'intervention

- opposition des parents (pour la SRA)
- crainte des effets secondaires des technologies contraceptives
- faiblesse des capacités des formations sanitaires (absence de personnel formé ou non aux prestations de SR)
- accessibilité géographique difficile
- ruptures des stocks de contraceptifs
- faiblesse des moyens matériels
- faible implication des urologues
- opposition des maris/hommes
- pudeur des acceptantes potentielles
- perception de la religion et de la tradition
- rejet du prestataire masculin par les jeunes et hommes
- pauvreté
- coût des contraceptifs
- ignorance, analphabétisme
- manque d'informations pertinentes et crédibles
- méconnaissance ou mauvaise interprétation du concept de SR/PF

4.2.6. Changements souhaités

Les comportements, pratiques et attitudes des populations sont loin de répondre aux attentes du sous-programme SR. En effet, les données ci-après de l'EDSC II de 1998, comme des études récentes, mettent en évidence l'existence de nombreux besoins non satisfaits en SR, en 2000. Les études considérées font par ailleurs ressortir la dégradation de certains indicateurs sanitaires.

Dans le souci de préserver la santé de la mère et de l'enfant, il est attendu que les mères utilisent davantage les structures sanitaires, pour les consultations prénatales, les accouchements et les consultations post-natales, post-abortum, ainsi que pour les vaccinations.

Compte tenu de ce qui précède, les changements souhaités vont dans le sens de l'amélioration générale du niveau de satisfaction des besoins non satisfaits.

En ce qui concerne spécifiquement l'IEC, il est difficile de dégager des objectifs quantifiables et mesurables à partir du seul niveau actuel des besoins non satisfaits, tel qu'il ressort par exemple de l'EDSC II.

En effet, la perception de la situation de différentes composantes de la SR par les pouvoirs publics n'est généralement pas accompagnée par des objectifs mesurables dans une période de temps donnée. De même, les analyses d'auditoire sont rares, sinon inexistantes.

Les rares données comparatives entre l'EDSC I de 1991 et l'EDSC II de 1998 indiquent un taux (positif ou négatif par rapport aux objectifs) de l'ordre de 5-6 pour cent de certains indicateurs pour la période de 7 à 8 ans séparant les deux enquêtes.

Face à cette situation et à la nécessité pour la stratégie IEC de disposer d'indicateurs de succès objectifs en vue de l'évaluation des changements de comportement, nous proposons une amélioration des ratios de l'ordre de 2 pour cent d'ici à l'an 2002, date de la fin du troisième programme de coopération FNUAP-Cameroun.

4.3. ACTIVITÉS IEC NÉCESSAIRES POUVANT ACCOMPAGNER LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE LA SR

La stratégie nationale IEC du sous-programme SR s'emploiera à combiner, en fonction des besoins par composante de la SR par cible, des actions diverses et variées pouvant entraîner un changement de comportement: campagnes publiques de communication et de marketing, formation des prestataires en IEC/counselling pour l'accueil et la communication avec les clients, sensibilisation et motivation des populations, introduction de certains modules de SR dans les programmes scolaires et des écoles de médecine, écoles des parents, encadrement/éducation non formelle, diffusion de programmes éducatifs, causeries éducatives.

Il convient donc de déterminer un «PMA» paquet minimum d'activités pour toute solution IEC adéquate. Toutefois, les partenaires de la SR devraient avoir présents à l'esprit que le changement effectif de comportement est un phénomène lent qui relève d'un processus psychologique complexe. Il demande du temps, de la patience et du tact.

Les interventions d'IEC efficaces doivent tenir compte de ce qui précède, pour donner cohérence, visibilité et lisibilité aux interventions menées en faveur de la SR aux plans national, provincial et local.

Elles peuvent agir sur l'environnement de la SR, en amenant par exemple les décideurs et les prestataires à assurer les prestations de SR de qualité, accessibles et au moindre coût. En effet la situation actuelle de l'accessibilité des services apparaît à bien des égards comme une stratégie de pénalisation de la SR et de ses clients. Elles peuvent également agir directement sur les individus

- Informations sur les lieux de prestation, sur les prix, sur l'accueil des clients
- Messages locaux (Yaoundé, arrondissement, département).
- Plaidoyer sur les qualités du cadre des prestations et formation des prestataires.
- Au niveau des contenus, elles doivent surtout viser la modification des comportements, attitudes morales, (affectives ou cognitives) et pratiques des populations camerounaises pour les amener à changer la manière d'être et de faire, dans le cadre de stratégie de communication intégrant les contenus des messages et les moyens de leur diffusion. Les actions de promotion du comportement souhaité doivent partir du vécu individuel des populations, leurs valeurs morales et croyances traditionnelles, leurs émotions, passions et sentiments. Elles peuvent aussi surprendre et démontrer la nécessité d'adopter le nouveau comportement.
- Au niveau des moyens ou des canaux, les communications de masse peuvent être utilisées, tout comme les communications interpersonnelles, et les moyens de communication endogènes ne doivent pas être négligés.

4.3.1. Vue générale des activités IEC/SR

La stratégie nationale IEC/SR doit mettre en œuvre une action permanente d'information, d'éducation, de sensibilisation et de formation à travers un fais-

ceau d'activités spécifiques menées auprès des différents segments des divers groupes cibles.

4.3.1.1. Activités médiatiques

- Campagne médiatique
- Production et diffusion des supports de communication

4.3.1.2. Activités de proximité

- Causeries éducatives
- Discussions de groupe
- Visites de domiciles
- Counselling

4.3.1.3. Activités d'information des partenaires: séances de travail, ateliers de réflexion

4.3.1.4 Activités de formation

- Identification des besoins des participants
- Sessions de formation

La stratégie associera des techniques éprouvées, comme:

4.3.1.5 La mobilisation sociale

Appliquée à des partenaires/acteurs variés: décideurs, responsables administratifs et politiques, opérateurs économiques, syndicats, ONG, médias, prestataires, communauté, utilisateurs/ bénéficiaires. Elle doit se situer à tous les niveaux national, provincial, local, communautaire, villageois.

4.3.1.6. Le marketing social

Utilisant diverses techniques de la communication publicitaire, il est notamment utile dans l'objectif de SR de qualité.

4.3.1.7. L'approche communautaire

Axée sur la modification des rapports entre partenaires et bénéficiaires des services de SR. Renforcement des capacités/compétences/connaissances pour résoudre leurs problèmes d'IEC en SR.

4.3.1.8. La formation des prestataires et des communautés

Vaincre les obstacles à la SR, dont les pesanteurs socio-culturelles et les routines professionnelles, n'est pas chose aisée. Les interventions doivent être ciblées en fonction des publics cibles.

Les consultants suggèrent les activités IEC ci-après

Au niveau communautaire

- Organiser des ateliers avec des associations locales, y compris les groupements féminins, des enseignants, des leaders communautaires.
- Informer les villageois après les ateliers.
- Aider les communautés à identifier et à sélectionner en leur sein, les relais capables d'aider à nouer le dialogue entre sexes, classes d'âge sur les

thèmes prioritaires de la SR (pairs, motivatrices, leaders de groupes, médiateurs, etc...).

- Concevoir un programme de renforcement des capacités de dialogues et de prestations de différents groupes.

Au niveau des groupes cibles

Selon les régions et les publics:

- Discussions de groupe faisant ressortir la relation entre population, santé, scolarisation, développement économique et environnement (insister sur les inconvénients, sans faire de morale).
- Ateliers de formation des leaders aux objectifs de la SR

Au niveau des services d'intervention

- Formations en cascade sur le concept de SR, y compris au niveau des villages, pour les agents de ces structures (districts de santé, ONGs, privé, confessionnels)
- Former et sensibiliser les décideurs, les hommes politiques, les bailleurs de fonds (surtout ceux qui se situent hors du champ de la SR), les chefs d'entreprise, sur le concept de SR
- Conclure des expériences sur le terrain
 - formation de moyenne durée dans les projets et volets concernés par la SR, dont l'objectif sera la mise en pratique des idées développées dans différents axes de la SR.
- Constituer des équipes mobiles ou groupes locaux «Santé de la Reproduction».
- Elaborer des outils adaptés (MARPs...).
- Ateliers de capitalisation, pour faire le bilan de l'expérience du terrain des partenaires de la SR (rassembler des données concrètes favorables à l'IEC/SR espaces privilégiés, manières d'agir, types de discussions, périodes favorables, domaines d'intervention, stratégie de messages, évaluation, etc.).

Au niveau des formations sanitaires (districts de santé)

Activités de Sensibilisation

- Toucher les communautés là où elles se trouvent, chez elles, au village, par le biais d'équipes mixtes mobiles d'intervention à privilégier dans le domaine de l'IEC

Au niveau du renforcement des capacités

- Former le personnel prestataire à:
 - s'approprier le concept de SR et ses thèmes prioritaires, et à l'opérationnaliser;

- savoir s'adresser au monde rural, aux personnes non instruites et à tous les autres (moins d'arrogance).
- Former les prestataires à s'approprier la «problématique genre», et à l'opérationnaliser;
- Organiser une stratégie de lutte contre les tabous et les pratiques néfastes à la SR, tout en valorisant croyances et pratiques favorables.

Les stratégies utilisées seront:

- La formation des prestataires des ONGs et des ADC en techniques de communication variées.
- La constitution du réseau de journalistes/communicateurs pour la santé de la reproduction.
- La formation de 60 pairs éducateurs au sein des entreprises.
- La formation de 60 leaders d'associations villageoises.
- Des programmes de communication attentifs:
 - médiatique
 - réseau interpersonnel
 - médias communautaires
- Le développement de l'éducation à la vie familiale (travailleurs, forces armées et police, jeunes).
- La vulgarisation du consensus national sur la SR, et l'opérationnalisation de ce concept.
- La vulgarisation et l'opérationnalisation du concept de «Développement participatif, et participation communautaire».
- La vulgarisation et l'opérationnalisation du concept de partenariat.
- La promotion et l'opérationnalisation de l'approche genre.
- La diffusion de l'information sur les points de prestation et les coûts des services.

Au niveau de l'amélioration de l'offre de service

- Formation de 320 membres du personnel paramédical en IEC/counselling au niveau des centres de santé intégrés, 55 paramédicaux et 55 médecins au niveau HP et HD.
- Formation du staff de l'équipe cadre du MINAGRI en techniques de communication et gestion de programmes IEC.
- Sensibilisation du personnel médical et paramédical à la notion de qualité des prestations.

- Fourniture de supports IEC pour améliorer la relation personnelle client/prestataire, en appui aux activités de counselling.

Au niveau de la disponibilité accrue des services de SR et des prestations IEC/counselling pour jeunes

Introduction des services SR en IEC/counselling dans

- Les infirmeries des écoles.
- Les lieux de regroupement des jeunes en milieu non scolaire.

Education des jeunes par les pairs sur l'Education à la Vie Familiale (EVF) et l'Education à la Vie et à l'Amour (EVA)

Sensibilisation des jeunes et réponse à leurs besoins dans:

- 100 écoles confessionnelles menées par 200 pairs éducateurs
- 25 écoles publiques: 500 pairs éducateurs seront impliqués
- le milieu non scolaire: 210 pairs éducateurs seront engagés

Education des parents autour des sites

- scolaires (APE)
- non scolaires (comités de parents, scouts, centres de jeunes)

Améliorer le dialogue parents/enfants

Résultats attendus |: 80 pour cent des jeunes touchés par les diverses interventions.

Au niveau du renforcement des capacités managériales en IEC

La stratégie devra:

- Contribuer à la définition d'un cadre programmatique et opérationnel.
- Développer des programmes définis et coordonnés en fonction des besoins des populations cibles.
- Un mécanisme institutionnel et juridique de coordination des activités sera mis en place.

Au niveau de la production des messages

- Ateliers sur l'approche participative dans la production des messages.
- Décentralisation de la production des messages, avec un accent sur la production des contenus dans les principales langues nationales du pays, et adaptés à la culture des grands ensembles régionaux.
On peut faire appel à l'association des comités de langues, dans l'utilisation des langues nationales.
- Ateliers d'adoption des indicateurs pour l'évaluation des interventions IEC.
- Formations en cascade sur différentes techniques de communication:
 - communication interpersonnelle
 - counseling
 - approche participative

- Etudes/analyses des publics
 - études des stéréotypes et habitudes défavorables à la SR;
 - études des rôles sociaux défavorables à la SR.
- Evaluer/tester les supports actuels
 - Evaluation de la pertinence (focus groups, interview individuelle). Dans cet exercice, il est indiqué d'impliquer les éducateurs, motivatrices, maîtres (écoles / collèges), parents et leaders communautaires.
 - Veiller à produire du matériel sans stéréotypes, préjugés et jugements de valeur, ou langages susceptibles de choquer et braquer les groupes cibles contre les interventions en SR.

Les choix des stratégies de message (environnement ou individus, contenus ou supports) doivent être guidés par le programme. Il conviendra aussi de tenir compte des problèmes spécifiques de chaque région et segment de groupe cible. Il en est de même pour les approches.

Par exemple, pour la connaissance des méthodes contraceptives, le ratio de 88 pour cent de femmes est satisfaisant. L'utilisation des médias de masse n'est donc plus prioritaire tout en la poursuivant sur certaines «poches», la mobilisation sociale doit être intensifiée pour obtenir des décideurs politiques, l'adoption d'une politique nationale de population et d'une politique nationale de SR et la mobilisation communautaire sera préférée pour accroître les taux d'utilisation des services de SR.

La mobilisation communautaire a l'avantage de faire de la communication un outil de changement social, en modifiant la nature des relations entre prestataires et clients pour l'introduction de l'idée de partenariat entre les uns et les autres.

Dans les zones rurales au Cameroun, la CAMNAFAW (Association Camerounaise pour le Bien-Etre Familial) utilise les «motivatrices de terrain» pour assurer la communication de masse.

De nombreux partenaires de la SRA utilisent l'éducation par les pairs.

L'utilisation des leaders/prescripteurs d'opinion ou détenteurs du pouvoir est également recommandée dans tout processus de diffusion de l'innovation, compte tenu de l'importance de leurs réseaux de relations/partenaires.

Les vedettes du sport, du cinéma ou de la chanson, les écrivains peuvent également être mis à contribution pour produire des messages et des supports destinés, à chaque segment de public-cible.

Des nouvelles technologies d'information et de communication devraient également être mises à contribution. La CAMNAFAW expérimente à Yaoundé un service d'assistance téléphonique pour jeunes, et le courrier électronique y est utilisé pour soutenir la cause de la SR.

4.3.2. Inventaire des activités IEC à mener par thème

AXES PRIORITAIRES	OBJECTIFS IEC/ACTIVITÉS
1. SANTE DE LA FEMME 1.1. Maternité à moindre risque 1.1.1. Soins prénatals	- Informer et éduquer la FEMME ENCEINTE sur: * les vaccinations * les règles d'hygiène à observer * les avantages de l'allaitement maternel * le déroulement de la grossesse et de l'accouchement * la préparation à l'accouchement * les points de prestations, les coûts de prestations * les soins à donner l'enfant * les avantages de la PF - Informer les conjoints et les partenaires sur: *les règles d'hygiène *les vaccinations *les soins à donner à l'enfant *les avantages de la PF *les points de prestations, les coûts des prestations
1.1.2. Surveillance de l'accouchement	- Informer les Femmes enceintes sur: * le travail * le comportement
1.1.3. Soins postnatals	- Informer et éduquer les FEMMES (la FAMILLE) sur: *les soins à la mère et à l'enfant * l'allaitement maternel * les vaccinations du nourrisson * la nutrition de la mère et de l'enfant * la PF - Informer les conjoints et les partenaires sur: *les soins *les vaccinations *la nutrition *le P.F
1.1.4. Soins post-abortum	- Informer LES FEMMES, LES ADOLESCENTES, LES COUPLES sur: * les conséquences des avortements provoqués * les conséquences des récides d'avortement * les facteurs favorisant les avortements spontanés
1.2.5. Soins gynécologiques	- Informer et éduquer LES FEMMES/Jeunes et Adolescents * sur les signes des affections gynécologiques et des dysfonctionnements des organes sexuels
2. SURVIE DE L'ENFANT	- Informer et éduquer les MERES, LES FAMILLES, LE PERSONNEL DE MAISON sur: * l'hygiène de l'enfant * la nutrition de l'enfant * la prévention des maladies courantes de l'enfant
2.1. Survie de l'enfant de 0-5 et 6-10 ans	- Informer les MERES sur: * les vaccinations * l'allaitement maternel exclusif pour nourrisson jusqu'à l'âge de 06 mois * l'alimentation de l'enfant * le développement psychomoteur de l'enfant * les jeux de l'enfant * l'alimentation de la mère

AXES PRIORITAIRES	OBJECTIFS IEC/ACTIVITÉS
3. SRA (Santé Reproductive des Adolescents)	- Informer et éduquer les JEUNES/ADOLESCENTS sur * leur sexualité * les comportements à risque - Informer les JEUNES/ADOLESCENTS, PARENTS, EDUCATEURS sur: * les points de prestation des services de SR pour jeunes * les prestations offertes * les coûts des prestations * les soins préventifs (vaccins) * la contraception * la nutrition * les conséquences des pratiques néfastes à la SR, y compris les violences * la problématique « genre » * la prévention et le traitement des MST/ VIH/ SIDA * les conséquences des avortements * les conséquences des grossesses précoces * les conséquences de la sexualité et des mariages précoces
4. SANTE DES HOMMES	- Donner aux HOMMES de plus de 24 ans et aux FEMMES des informations pertinentes et adaptées sur: * les dysfonctionnements et les troubles sexuels de l'homme * les consultations en urologie * la problématique genre * le dépistage des problèmes liés à la SR des hommes * le dépistage des cancers (prostate, testicules) * le rôle de l'homme dans la SR/PF * la prévention et le traitement des MST/VIH/SIDA * les méthodes contraceptives * les grossesses à risques * la Planification Familiale (avantage) * la parenté responsable * l'infertilité * les points de prestation * les coûts des prestations - Sensibiliser les pouvoirs publics et les prestataires sur la nécessité de créer des consultations en urologie - Amener les hommes à consulter des urologues
5. P. F. (Planification Familiale)	- Promouvoir le dialogue au sein des couples et des familles, en vue de susciter: * la décision libre et responsable sur la taille de la famille * la parenté responsable - Informer les hommes et les femmes en âge de procréer sur: * les conséquences des grossesses à risques * les avantages de l'espacement des naissances * les points de prestation * les technologies contraceptives * le coût des prestations - Améliorer le niveau d'utilisation des services de SR * donner des informations sur les points de prestation * les prestations offertes * les coûts des prestations

AXES PRIORITAIRES	OBJECTIFS IEC/ACTIVITÉS
6. MST/VIH/SIDA	- Informer et sensibiliser les populations sur: * les modes et les risques de contamination du VIH/SIDA * les risques et les modes de transmission du VIH/SIDA * la prise en charge psychosociale des malades du VIH/SIDA
7. INFERTILITE	- Informer les individus en âge de procréer et les couples sur: * les services disponibles contre l'infertilité * les points de prestations de services contre l'infertilité * le coût des services contre l'infertilité * l'importance des consultations en urologie et gynécologie * la relation entre la stérilité et les MST
8. MALADIES NOSOCOMIALES EN SR	- Informer les populations (gardes-malades, mères, parents, adolescents, prestataires) sur * les risques et modes d'infections médico-chirurgicales au sein des formations sanitaires * les mesures de prévention des risques de transmission des maladies nosocomiales
9. LUTTE CONTRE LES PRATIQUES NEFASTES A LA SR	- Informer, éduquer et sensibiliser les populations sur: * les pratiques néfastes * les conséquences de ces pratiques néfastes * les pratiques favorables à la SR * les avantages des pratiques favorables

4.4. OBJECTIFS ET STRATÉGIES DES MESSAGES

Les messages d'IEC doivent avoir pour objectif d'amener les groupes-cibles à changer de comportement en mettant à leur disposition des informations exactes et pertinentes.

Leurs objectifs et stratégies doivent découler des besoins non satisfaits et des changements attendus identifiés pour chaque composante de la SR, pour chaque écologie (zone rurale, zone urbaine), pour chaque segment de population, pour chaque demande sociale et pour chaque problème. La stratégie fera la distinction entre types de messages, renforcement, correction et nouveaux messages.

En d'autres termes, les messages doivent être ciblés, précis, clairs et concis. Leur conception devra se faire à partir des résultats de la recherche sur les publics de la SR et en partenariat avec les groupes de populations concernés.

Le mécanisme institutionnel qui serait mis en place pour la coordination des interventions en IEC/SR s'assurera que le contenu des messages diffusés ne prête pas à confusion ou à équivoque, et que le sens est aisément perceptible par les publics ciblés.

L'absence des données sur les demandes sociales de la SR rend indispensable l'utilisation de l'approche participative dans la formulation des objectifs et stratégies de messages. L'absence de ressources financières pour cette activité n'a pas permis aux consultants d'aborder cette question pertinente. L'équipe reste disposée à le faire.

Cependant, sur la base de certaines données éparses tirées des documents disponibles analysés et de leur connaissance du milieu, les consultants proposent les objectifs et stratégies de messages par thèmes prioritaires de la SR ci-après:

4.4.1 Objectifs et stratégies de messages par thème prioritaire de sous-programme SR

1. Maternité à moindre risque

Objectif des messages: informer les publics concernés sur les risques liés à la grossesse et à la maternité en général.

Plus particulièrement, un accent sera mis sur les conséquences négatives des grossesses précoces, rapprochées, difficiles, tardives, du non accès aux soins de base, de l'absence des consultations prénatales, des accouchements non assistés médicalement, de l'absence de suivi médical dès le post-partum, des avortements provoqués, etc...

Il s'agit, dans le même temps, d'informer sur les avantages de la vaccination, de la nutrition, des soins prénatals, de la future mère, de la mère et de l'enfant, de l'allaitement maternel.

Les prestataires seront également sensibilisés sur la nécessité d'assurer les conditions d'accouchement (y compris psychologiques) décentes aux clientes. Les infections respiratoires aiguës, fièvres et maladies diarrhéiques seront incluses dans les messages, qui viseront à sensibiliser les parents et le personnel de maison sur les risques liés à ces maladies.

2. SRA

Les problèmes/besoins non satisfaits sont nombreux, à savoir:

- maternités précoces
- maternités précoces entraînant l'infécondité
- grossesses non désirées
- avortements clandestins
- MST/VIH/SIDA
- substances nocives (drogue, tabac, alcool)
- indisponibilité des points de prestations spécifiques pour jeunes
- indisponibilité des jeunes parmi les prestataires
- mauvais accueil par les prestataires
- coût des prestations
- indisponibilité de l'information sur le coût des prestations

L'objectif des messages sera de donner aux divers publics identifiés des informations adéquates permettant de réduire l'ampleur des besoins non satisfaits. Les consultants proposent une «Youth Sexual and Reproductive Health Friendly Initiative»

Ces messages insisteront sur les conséquences de chaque problème sur la SRA

Stratégie

- Hot line:
 - radio
 - e-mail

- téléphone et numéro vert (appels gratuits) pour répondre aux questions et inquiétudes des jeunes
- Plaidoyer pour l'adoption d'un document de politique nationale de SRA.
- Ecoles des parents: promouvoir les attitudes et pratiques favorables à la SRA.
- Ateliers avec les leaders religieux, communautaires et traditionnels.

3. MST/VIH/ SIDA

L'objectif des messages est l'information sur la nature et les risques des MST et du VIH/SIDA, les rapports avec les malades et les porteurs sains du virus, la nécessité de la prise en charge psychoaffective des malades du SIDA

Stratégie

- Sensibilisation (campagne nationale d'information) sur le dépistage volontaire, à condition que les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds débloquent les moyens pour la prise en charge du dépistage.
- Implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des amis et familles dans les activités de prévention et de sensibilisation au sein des communautés, des districts de santé et des villages.
- Témoignage des familles: amener les familles à indiquer les causes du décès (sur la foi des rapports médicaux) lors des obsèques des malades du SIDA, pour amener les communautés à une plus grande prise de conscience.

4. Infécondité

Les facteurs de risques identifiés sont:

- mariages précoces
- MST (non traitées ou mal traitées)
- instabilité maritale
- excision
- mariage des femmes à un âge de plus en plus avancé

Objectifs

les messages expliqueront le lien entre les pratiques ci-dessus et l'infécondité.

Stratégie

- Etudes sur:
 - les facteurs de risques liés à l'infécondité;
 - la perception de l'infécondité.
- Utilisation des groupements masculins et des cliniques de PF (y compris pour les hommes) pour véhiculer les informations.

5. Planification familiale

Les objectifs des messages sont d'agir sur les déterminants socio-culturels, de sensibiliser les publics cibles sur la nécessité du dialogue (approche genre) entre les différents groupes (parents et enfants, couples, hommes et femmes etc...). Il s'agira également d'obtenir une implication véritable des hommes dans les acti-

vités de SR, de mettre à la disposition des publics des informations sur l'accès et la qualité des prestations de services et de redynamiser les actions menées en direction des jeunes, d'informer sur les pratiques traditionnelles favorables et contre les rumeurs et perceptions négatives de la technologie contraceptive.

Stratégie

- Etude sur les facteurs explicatifs de l'écart entre connaissance et pratique.
- Etude sur les représentations erronées de la PF.
- Campagne d'information multimédia pour informer sur ce qu'est la PF.
- Analyse des messages actuellement en circulation.
- Formation des prestataires producteurs de messages consensus sur les thèmes des messages par cible.

6. Cancers génitaux et mammaires

Objectifs

Procurer aux publics des informations sur les facteurs de risque:

- tabac
- alcool
- drogue
- qualité de la nourriture
- exposition prolongée au soleil
- sédentarité
- sous-vêtements synthétiques
- produits esthétiques
- pratiques néfastes

Stratégie

Impliquer:

- les associations de femmes
- les entreprises
- les formations sanitaires
- les pharmacies
- les motivatrices de terrain (avec campagne radio)
- les groupes religieux
- les responsables des salons de beauté
- les lingerie (sous-vêtements synthétiques)
- les vendeurs des produits cosmétiques
- inciter les hommes et les femmes à procéder à des dépistages systématiques, à modifier les habitudes vestimentaires et nutritionnelles

7. MGF et autres pratiques néfastes

Donner aux publics des informations pertinentes sur les risques et conséquences.

Stratégie

- Impliquer les groupements féminins
- Utiliser des motivatrices
- Témoignages de femmes victimes de ces pratiques

8. SR -personnes âgées

Procurer aux publics concernés des informations sur les manifestations et la prise en charge de la ménopause, la sexualité du troisième âge.

Les stratégies ci-après seront privilégiées pour l'ensemble des thèmes prioritaires:

- Valoriser les aspects des droits et pratiques coutumières favorables à la SR et aux femmes.
- Ouvrir le dialogue avec les autorités coutumières et religieuses, les décideurs administratifs et politiques locaux .
- Collaborer avec les religieux pour une meilleure diffusion du contenu du Coran et de la Bible en rapport avec la SR.
- Préparer un manuel d'information et de formation sur la santé reproductive..

4.4.2. Objectif et stratégie prioritaires

Après le symposium national sur la SR de décembre 1999 et à la suite du consensus obtenu à cette occasion, les consultants recommandent une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur des thèmes prioritaires de la SR, aux niveaux national, provincial et local.

4.4.2.1. Les phases de la campagne

Cette campagne comprendrait 4 étapes

- La période de décembre 2000 à juin 2001 (lancement)
- La période de juillet 2001 à décembre 2001 (développement)
- La période de janvier 2002 à juin 2002 (consolidation)
- La période de juillet 2002 à décembre 2002 (évaluation)

4.4.3. Outils et canaux impliqués dans la campagne nationale

- Téléthon (vidéo clip)
- Radiothon et émissions spéciales de courte durée (1 heure) sur les thèmes de la SR
- Médias et tous opérateurs de réseaux
- Poste (tracts dans toutes les boîtes postales du Cameroun)
- Télécommunications (tracts dépliants annexés à toutes les factures de télécommunication de la campagne, numéros verts pour accéder à l'information pour les questions préoccupantes)
- Internet (messages ciblés à tous les abonnés)
- Affichage (emballages de certains magasins et produits industriels, bus, marchés centres commerciaux et supermarchés)
- Annuaire téléphonique et professionnels (espaces publicitaires sur la SR gratuits)
- ONGs (association des messages de la campagne aux publications des ONGs/associations)
- Banques (dépliant avec chaque relevé de compte)
- Presse écrite (encarts, articles dans les journaux)
- Vidéo cassettes (produire des «dialogues» sur divers thèmes de la SR pour soutenir le dialogue entre hommes et femmes, parents et enfants, au sein des couples)
- SONEL/SNEC (dépliant avec chaque facture ou distribué à chaque relève de compteur)

- Disques/cassettes dans différentes langues chantant les messages favorables à la SR
- Ecoles/églises (distribution des tracts)
- Remise des prix (youth Aids awareness award...) médiatisés
- Industriels (fabrication de cahiers portant les logos des thèmes prioritaires de la SRA/campagne d'éducation et de sensibilisation sur la SR, impression des messages SRA sur une vaste gamme d'articles scolaires)
- Vignettes, macarons et brochures de sensibilisation à la SR destinés à différents groupes cibles
- Livrets éducatifs pour aider parents, couples, enfants, prestataires, communautés à discuter de la SR afin de développer la prise de conscience et à recourir aux prestations de services SR de qualité
- Stands sur la SR ouverts à tous salons, foires et manifestations, concernant divers groupes cibles organisés aux échelons national, provincial, local
- Stations d'essence/Camrail/Camair

Pour la réussite et l'impact de cette campagne, des groupes institutionnels tels que l'association des annonceurs, le groupement professionnel des publicitaires, les associations de journalistes, les exploitants des salles de cinéma et des vidéoclubs, les conférences épiscopales et autres associations culturelles et religieuses (islam, protestants) d'envergure nationale, etc. doivent être sensibilisés pour s'impliquer dans les activités envisagées.

Le partenariat entre intervenants sera privilégié au saupoudrage d'actions, pour produire un impact déterminant et mesurable.

4.4.4. Activités sectorielles

La campagne nationale comprendra des séquences thématiques (axes prioritaires de la SR) et des campagnes décentralisées.

4.4.5 Exemple de campagne thématique

Accroissement de la demande de services de SR

- Elaboration d'un programme de sensibilisation des prestataires sur «accueil et confidentialité comme partie intégrante de la qualité des prestations»:
 - préparation module de formation
 - séminaires de formation
 - production de matériel
 - vidéo/film
 - affiches/tracts
 - concours du meilleur accueil
 - évaluation
- Campagne nationale de marketing social des prestations de services de SR de qualité;
- Conception et planification des campagnes locales:
 - en langues nationales véhiculaires
 - pour jeunes/adolescents
 - pour hommes
 - pour femmes.

Ces campagnes feront du renforcement des capacités de la communauté une priorité. Elles associeront:

- les médias de masse (radio, affichage, presse écrite, etc...)
- les médias traditionnels et communautaires
- les stratégies individuelles
- discussions de groupes (de gens du même sexe, de la même classe d'âge, notamment en zone rurale et/ou de culture musulmane)
- réunions villageoises
- animateurs locaux (rôle/attitude/comportement)

4.4.6. Choix des canaux

Il est indiqué, pour une stratégie sérieuse, de choisir les canaux de communication des messages IEC à partir des données relatives à leurs utilisations par les publics. Ces informations manquent au Cameroun.

Au Cameroun, ces données sont inexistantes en matière de SR, si l'on excepte les informations fournies par l'EDSC II de 1998.

Médias de masse

L'enquête EDSC II fait ressortir la faible pénétration des médias de masse (radio, télévision, presse écrite, affiches).

Situation

- 76 pour cent de femmes et 52 pour cent des hommes n'ont entendu aucun message sur la PF sur aucun média audiovisuel.
- 8 pour cent de femmes et 18 pour cent des hommes ont entendu un message sur la PF à la radio au cours du mois précédant l'enquête (5 et 6 pour cent respectivement pour la télévision).
- 12 pour cent de femmes et 24 pour cent des hommes à la radio nationale au cours du mois précédant l'enquête.
- 9 pour cent de femmes et 24 pour cent des hommes ont lu dans les journaux.
- 33 pour cent de femmes et 45 pour cent des hommes regardent la télévision au moins une fois par semaine.
- 21 pour cent de femmes et 50 pour cent des hommes écoutent la radio au moins une fois par jour
- 16 pour cent de femmes et 21 pour cent des hommes ont entendu des messages sur la PF au cours de réunions.
- 21 pour cent de femmes et 46 pour cent des hommes ont vu des messages sur des affiches, prospectus ou pancartes.

Moyens traditionnels de communication

Leur inventaire et les contraintes liées à leur utilisation ont fait l'objet d'une étude en mai 1999. Cette recherche dégage quatre moyens de communication encore utilisés, et peuvent être retenus pour des interventions en IEC/SR.

4.4.7. Canaux et outils recommandés dans le cadre de la stratégie

Il est difficile de choisir les canaux et outils de communication devant servir et accompagner la stratégie nationale IEC/SR compte tenu de la discrétion, voire l'inexistence des données pouvant permettre la connaissance de l'audience, et de l'absence des données sur les pratiques de communication des populations, et le taux de pénétration des divers supports.

Les consultants recommandent la «communication MIX» associant plusieurs canaux et outils pendant toute la durée de la mise en œuvre de la stratégie.

Les supports

- Radio CRTV et toutes les radios privées
- Télévision CRTV et toutes les télévisions privées
- Presse écrite nationale, publique et privée
- Bulletins des établissements scolaires
- Livres des départements ministériels et des entreprises publiques et privées
- Affiches
- Dépliants
- Bandes dessinées
- Brochures
- Manuels
- Boîtes à image
- Films
- Vidéos
- Chansons
- Théâtre communautaire
- Calendriers
- T-shirts
- Casquettes
- Sacs
- Albums photos
- Diapositives/diapolangages
- Photos/photolangages
- Causeries éducatives
- Counselling
- Communication interpersonnelle
- Supports traditionnels

Canaux

- Contact direct (entretien, visite sur le lieu de travail, de rassemblement ou à domicile)
- Recours aux leaders et prescripteurs d'opinions
- Hommes (impliqués dans les activités)
- Caravanes socio-sanitaires
- Causeries éducatives, counselling

L'approche marketing social, fondée sur l'action conjuguée de plusieurs moyens de diffusion/communication, sera privilégiée et les consultants recommandent la concentration des efforts sur les zones et populations cibles prioritaires en fonction des thèmes de la SR (femmes mariées, jeunes en âge de reproduction, jeunes, militaires, étudiants, scouts, transporteurs routiers, prostituées).

L'étude des pratiques sociales de ces segments de population permettra de procéder à un choix judicieux des canaux et outils.

L'utilisation efficace de ces canaux et outils doit se fonder sur une sélection faite à partir:

- des thèmes prioritaires de la SR, de leurs objectifs IEC et stratégies de messages;
- des groupes cibles et leurs segments respectifs:
 - du lieu de résidence des cibles (zone rurale, zone urbaine);
 - du niveau d'instruction des groupes cibles et de leurs pratiques médiatiques ou de communication;
 - des possibilités des intervenants et de leurs activités sur le terrain;
 - des langues de communication des publics (français, anglais ou langues nationales);
 - de l'accessibilité des groupes et segments de groupes aux canaux et outils.

4.4.8. Exemples de choix de canaux à partir des segments de publics cibles

1) Pour la population disposant d'un niveau d'instruction du secondaire et plus:

- Radio CRTV et chaînes privées
- Télévision CRTV et chaînes privées
- Presse écrite publique et privée
- Cinéma, affichage

L'outil sera la langue française et la langue anglaise:

- Dépliants
- Brochures
- Manuels
- Bandes dessinées

2) Jeunes scolaires:

- Radio
- Télévision
- Bulletins et journaux scolaires
- Affiches
- Dépliants
- Bandes dessinées
- Brochures
- Manuels
- Films vidéo
- Causeries éducatives:
 - clubs santé des établissements scolaires
 - clubs cinéma/vidéo des lycées, collèges et universités

3) Populations sans instruction ou dont le niveau d'instruction ne dépasse pas le primaire:

- Boîtes à images
- Chansons

- Diapolangage
- Photolangage
- Film/cinéma/vidéo en langue locale (projection ambulante ou dans des lieux communautaires)
- Radios stations régionales de CRTV, chaînes locales et communautaires
- Stratégies individuelles
 - groupes de discussion
 - association/ONGs
 - causeries éducatives

Les langues de communication seront les langues véhiculaires par région

4) Populations rurales

- Elaborer et généraliser une approche sensible au genre
- Médias traditionnels
- Théâtres communautaires (avec jeux de rôles)
- Récits, contes, épopées, mimes
- Chansons populaires

(Mettre à contribution les conteurs locaux et les griots, comédiens, pédagogues)

- Jeux
- Mvêt
- Causeries éducatives
- Films/cinéma/vidéo en langues locales

5) Femmes

Des actions IEC spécifiques sur la population féminine restent pertinentes, à condition qu'elles aient ensuite un impact sur la communauté tout entière, sur les jeunes et sur les hommes, groupements féminins, utilisés comme cadre de réflexion, d'échange et d'impulsion libre entre femmes, et de renforcement de leurs compétences en SR (fêtes, baptêmes, mariages, construction d'infrastructures et travaux d'intérêt commun, tontines, associations de quartiers, d'âge, de paroisse, de village, coopératives et groupes de travail).

6) Institutions et organisations publiques et privées

Journaux d'entreprises:

- Ministères
- Entreprises publiques
- Entreprises privées
- Religions
- Syndicats

Les sermons et homélies des ministres du culte peuvent jouer un rôle important, si ces leaders sont impliqués et acquis à la cause de la SR

La stratégie de vulgarisation à adopter devra comprendre les étapes suivantes:

- Plaidoyer auprès des autorités traditionnelles sur l'importance de ces moyens de communication.
- Recensement des personnes ressources et sélection des personnes susceptibles d'être formées.
- Création des foyers pilotes d'apprentissage (1 par province) et orientation des populations (jeunes) désireuses de se former vers ces foyers.

- Formations des formateurs bénévoles.
- Extension/vulgarisation progressive à partir des foyers pilotes et des formateurs bénévoles.

On peut ajouter à cette liste le théâtre communautaire, la danse, la musique, les marchés, les foires, les cérémonies religieuses ou traditionnelles, associations religieuses et familiales, sportives...:

- Les publications/bulletins de liaison, d'information des partenaires de la SR.
- Les leaders/prescripteurs d'opinion.
- Les prestataires de service.
- Les réseaux sociaux, syndicats, partis politiques, associations et clubs, classes d'âge, entreprises industrielles et commerciales.
- Les décideurs politiques, administratifs.

Tous ces médias doivent être utilisés dans la perspective de la complémentarité afin de toucher les publics partout où ils se trouvent.

Chapitre 5

CADRE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE DE LA STRATÉGIE NATIONALE D'IEC/SR

5.1. RECOMMANDATIONS

Compte tenu des faiblesses découlant de l'analyse situationnelle, il est nécessaire de définir un cadre juridique et institutionnel pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'IEC/SR, et de fixer les règles de son fonctionnement.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie nationale d'IEC/SR doit être doté de l'autorité et de la compétence technique nécessaire pour mettre en relation l'ensemble des intervenants en IEC/SR au niveau national.

Les consultants recommandent la mise en place d'un Comité National d'IEC/SR placé sous l'autorité du Ministère de la santé publique (Direction de la santé communautaire).

Ce comité devra intégrer les départements suivants:

- Le Ministère de la communication
- Le Ministère de la santé publique
- Le Ministère de l'agriculture
- Le Ministère de la jeunesse et des sports
- Le Ministère de l'éducation nationale
- Le Ministère des investissements publics et de l'aménagement du territoire
- Le Ministère de la condition féminine
- Le Ministère des affaires sociales
- Le CTP de la composante IEC/SR
- Un représentant de l'Association des journalistes travaillant dans le domaine de la santé
- Un représentant des ONG de santé
- Les Directeurs nationaux de chaque composante Projet FNUAP
- Les Coordinateurs nationaux des volets de la composante SR
- Les points focaux (Minédu, Minjes, MTPS)

5.2. ATTRIBUTIONS DU COMITÉ NATIONAL

Il est chargé de:

- coordonner la stratégie nationale d'IEC/SR;
- jouer un rôle moteur en matière d'organisation, d'animation, de formation et de vulgarisation afin que les capacités existant au sein des populations et des institutions soient valorisées;
- élaborer les normes et protocoles en matière d'IEC/SR;

- superviser la cohérence entre la Stratégie Nationale d'IEC/SR et les stratégies sectorielles d'IEC/SR (stratégies des projets, des partenaires de la SR);
- mettre en place un mécanisme central de recherche, d'informations et de documentation en IEC/SR;
- arrêter les grandes lignes de la politique et du plan national de formation en IEC;
- améliorer l'utilisation des ressources affectées à la promotion des activités IEC du sous-programme SR;
- assurer la participation des communautés à la mise en œuvre de ce programme;
- obtenir du gouvernement une exonération de la TVA sur les frais de production d'émissions radiophoniques et de télévision relatives à la santé de la reproduction;
- obtenir des éditeurs de la presse écrite et des journalistes de considérer la SR comme un thème méritant une large couverture par les organes au même titre que les activités politiques, économiques...
- promouvoir des rencontres entre les spécialistes d'IEC/SR et les professionnels de la communication sociale.

Il est animé par le responsable de la cellule technique nationale.

Les consultants recommandent également la création d'une cellule technique, chargée de la mise en œuvre des résolutions du comité national.

Cette cellule doit être logée au Ministère de l'agriculture, Département ministériel chargé du Développement communautaire.

D'autres raisons objectives justifient cette proposition:

- la composante IEC du sous-programme SR est déjà logée dans la Direction du génie rural et du développement communautaire;
- la FAO a mis à la disposition de ce Département ministériel un conseiller technique principal spécialiste en IEC;
- l'analyse situationnelle du projet «COPMIR» fait ressortir qu'une expertise professionnelle éprouvée en IEC/Population existe désormais au Ministère de l'agriculture.

5.3. ATTRIBUTIONS DE LA CELLULE TECHNIQUE

Elle est chargée de:

- la coordination des activités d'IEC/SR;
- la programmation de la formation en matière d'IEC/SR;
- l'organisation de la documentation en matière d'IEC/SR;
- la promotion de la recherche en matière d'IEC/SR;
- la production du matériel d'IEC/SR;
- la promotion de l'utilisation des moyens traditionnels de communication;
- l'information des autres programmes de coopération bilatérale et multilatérale sur les activités d'IEC du sous-programme FNUAP;
- la promotion de l'IEC/SR dans les programmes et projets réalisés par les partenaires du sous-programme SR/FNUAP;
- l'implication des partenaires du sous-programme SR du FNUAP dans la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie nationale d'IEC/SR.

La cellule technique doit être composée des compétences techniques dans différents secteurs intéressant l'IEC/SR:

- recherche
- formation
- communication pour la santé
- création ou conception des messages
- production du matériel IEC
- planification stratégique
- maintenance audio-visuelle
- sciences documentaires
- nouvelles technologies de l'information et de la communication
- anthropologie/sociologie de la santé et de la communauté
- administration de la santé
- suivi, évaluation des projets et économie de la logistique communautaire

Elle pourra solliciter l'expertise des agences conseil, des universités et des départements ministériels.

Elle est placée sous l'autorité du secrétaire national.

Dans le souci d'une décentralisation des activités d'IEC/SR, les consultants proposent la création aux niveaux intermédiaire et périphérique, des structures d'IEC/SR opérationnelles en vue d'une meilleure insertion dans les communautés de base (urbaines et rurales):

- la décentralisation de la production et de la diffusion des informations;
- la création d'espaces d'interaction et de dialogue entre les producteurs et les utilisateurs du matériel IEC/SR;
- la définition des thèmes des messages en collaboration avec les groupes auxquels sont destinées les interventions d'IEC/SR afin qu'elles répondent mieux aux besoins, aspirations et préoccupations des populations;
- la systématisation de la participation des populations dans la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et matériel d'IEC/SR;
- le transfert effectif des moyens de travail aux équipes intersectorielles d'IEC/SR situées aux niveaux intermédiaire, périphérique et communautaire (personnel qualifié, moyens logistique et financiers).

5.4. L'ÉVALUATION DU COÛT DE LA STRATÉGIE D'IEC/SR

L'analyse de situation a fait ressortir les difficultés de disposer des données sur les dépenses fixes d'une stratégie IEC (coût des études de recherche, coût de conception, de pré-test et de production de messages et les supports, coût des missions de suivi-évaluation, coût de différentes réunions de concertation aux niveaux central, intermédiaire et périphérique, coût d'intervention en communication interpersonnelle). Sans ces estimations, il est difficile d'évaluer le coût de la stratégie nationale d'IEC/SR et de proposer des stratégies de répar-

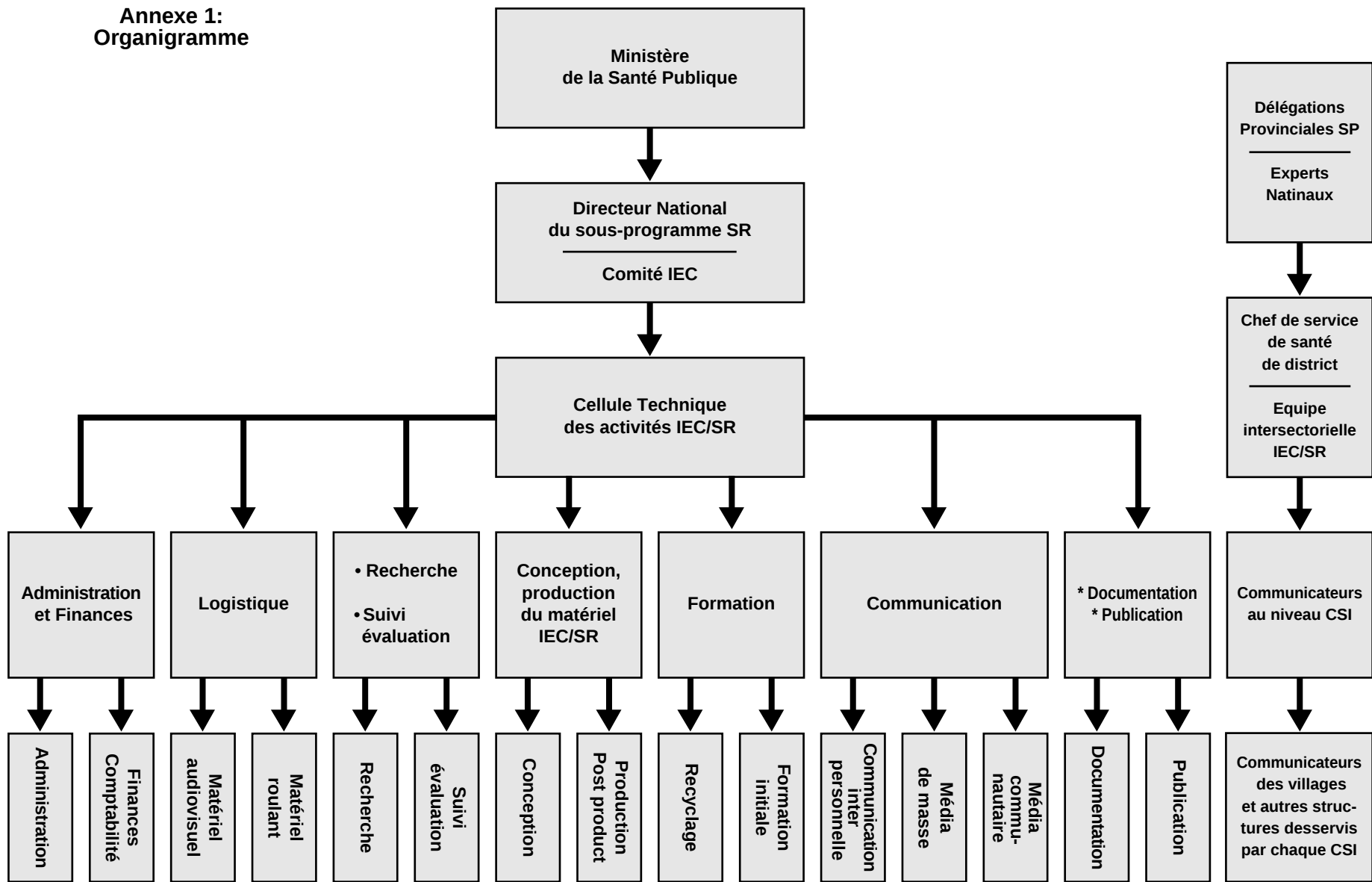
tition de ces coûts entre les différents partenaires du sous-programme FNUAP en SR.

Les contributions des différents partenaires/agences d'exécution restent difficiles à déterminer surtout lorsqu'il s'agit de leurs besoins d'ici à la fin du projet en l'an 2002.

Les consultants recommandent qu'une étude sur le financement de la stratégie soit menée à très court terme.

5.5. PROPOSITION D'UN ORGANIGRAMME

Annexe 1: Organigramme



BIBLIOGRAPHIE

- BOYOMO A., L.C.** 1997. *Document I: Stratégie Nationale d'IEC. CAMEROUN* 1997.
- Conférence Internationale** sur la Population et le Développement. 1994. Caire septembre.
- Douala, M.** 1998. *Inventaire des travaux de recherches en IEC/Population au Cameroun*
- EVERETT, R. M..** 1983. *Diffusion of Innovations*. 3è ed.
- FAO.** 1996. *Stratégie Nationale de Communication pour le Développement*. Guinée.
- FAO/PNUD/CESPA.** 1999. *Manuel de Communication pour le Développement*.
- FNUAP.** 1999. *Troisième programme d'assistance du FNUAP au Gouvernement de la République du Cameroun*. 1998 – 2002: sous-programme «Santé de la Reproduction» FNUAP..
- FNUAP.** 1992. *Elaboration des stratégies d'IEC pour les programmes de population*.
- FNUAP.** 1993. *Déclaration de Politique Nationale de Population*. Cameroun.
- FOTSO, M., NDONOU, R.** 1998. *Enquête démographique et de santé au Cameroun*. Yaoundé, Bureau Central des Recensements et des Etudes de population Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire.
- HOULE, F.** 1995. *Une approche communicationnelle et contextuelle à un programme de partage technologique: le cas d'un système expert médical au Cameroun*. L'Université de Montréal.
- JOHNSON, W. B.** 1973. *Information, Education, Communication for Population and Family Planning*.
- KUMEKPOR, M., KUMEPKOR, T.** *Community Mobilisation and analitical from of Reference for Project Personnel and Project Menagers*.
- LUSANYA, P.O.** 1995. *Population Programme in Africa: Management lessons and prospects*. Accra.
- Ministère de la Santé, Rép. Tunisienne.** *La Gestion des programmes d'IEC en Santé de la Reproduction: manuel de référence*. Centre International de formation.
- SIKES, O.J.** 1980. *Communicating the message Populi*. Vol 7 num. 1..

ANNEXES

TABLEAU DE PLANIFICATION STRATEGIQUE (COMMISSION N°1)

Etape I	OBJECTIF GLOBAL	1. ACCROITRE LA DEMANDE DE SERVICES EN SR		
	Objectif spécifique	1.1. Accroître le niveau de connaissances, attitudes et comportements de 25% de la population adulte sur les problèmes de la SR d'ici à 2007		
Etape II	Audiences	Groupe cible A: Les Hommes	Groupe cible B: Les Femmes	Groupe cible C: Les adolescents
Etape III	Résultats Changements souhaités	Les Hommes, les Femmes et les Adolescents auront adopté des comportements sans risques en matière de SR d'ici à 2007: - Taux d'accouchement assisté augmenté; - Niveau de fréquentation des centres de santé de la reproduction augmenté; - Comportements sexuels responsables et sains adoptés		
Etape IV	Atouts	- Ont beaucoup d'opportunités d'informations - Sont mieux informés que les femmes		
		- Multiplicité des canaux diversifiés et supports d'information - Multiplicité des intervenants nationaux et internationaux en matière de communication en SR - Existence de structures communautaires facilitant la sensibilisation; - Existence d'outils et matériel d'IEC en SR		
	Contraintes	- Faiblesse de la coordination des interventions - Inadéquation du matériel et support en fonction de la cible		
			- Taux de scolarisation faible - Faible pouvoir de décision en matière de SR	

Etape V	Types d'activités	Production et diffusion: - Conception du matériel IEC adapté aux cibles; - Amélioration du matériel IEC existant; - Augmentation de la quantité du matériel IEC en SR produit Recherche: - Etudes de base (CAP, ponctuelles); - Etudes d'impact. Formation: - Formation des prestataires et des pairs éducateurs sur la SR et les techniques de communication interpersonnelle.
		Sensibilisation: - Par les médias de masse - Communication interpersonnelle Suivi – Evaluation
Etape VI	Les messages	- Promotion de la fréquentation des services de SR dans les centres de santé; - Informations sur les moyens de prévention des grossesses à risques, des avortements, IST/VIH - Informations sur la promotion de l'allaitement maternel et la promotion de la nutrition équilibrée des mères et des enfants - Promotion des droits de la Femme et des jeunes en matière de SR
Etape VII	Canaux de communication	- Mass-média - Canaux de CIP (modernes, traditionnels) - Supports et matériels didactiques
Etape VIII	Ressources	Humaines - Pairs éducateurs à tous les niveaux, prestataires, communicateurs, leaders communautaires Matérielles - Matériel IEC produit, matériel de communication et des modèles Financières
Etape IX	Délai/Durée	5 ans
Etape X	Structure de suivi et évaluation	- Comité National d'IEC/SR - Structure de mise en œuvre.

TABLEAU DE PLANIFICATION STRATEGIQUE (COMMISSION N°1)

Etape I	OBJECTIF GLOBAL	2. RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET COUNSELLING DES ADOLESCENTS/JEUNES
	Objectif spécifique	2.1. Accroître les connaissances, attitudes de 30% des jeunes sur la SR d'ici à 2007
Etape II	Audiences	Groupe cible: Adolescents/Jeunes
Etape III	Résultats Changements souhaités	1. Connaissances en SR acquises par 30% des jeunes d'ici à 2007 2. Connaissances en SR acquises par 30% des adolescents d'ici à 2007 3. Comportements à risques (sexuels, alcoolisme, toxicomanie) diminués 4. Fréquentation accrue des services de SR et centres d'écoute /conseil par les jeunes augmentée
Etape IV	Atouts	- Multiplicité des canaux diversifiés et supports d'information - Multiplicité des intervenants nationaux et internationaux en matière de communication en SR - Existence de structures communautaires facilitant la sensibilisation; - Existence d'outils et matériel d'IEC en SR - Niveau de scolarisation élevé chez les jeunes - Facilité de communication entre pairs - Matériel IEC existant et diversifié - Début d'introduction de curricula de formation en EVF, EVA dans les programmes scolaires
	Contraintes	- Faiblesse de la coordination des interventions - Inadéquation du matériel et support en fonction de la cible - Manque de dialogue avec les parents - Influence négative de certaines productions médiatiques - Forte prévalence de fléaux sociaux (délinquance juvénile, toxicomanie) - Pouvoir d'achat limité des jeunes

Etape V	Types d'activités	Production et diffusion: - Conception du matériel IEC adapté aux cibles; - Amélioration du matériel IEC existant; - Augmentation de la quantité du matériel IEC en SR produit Recherche: - Etudes de base (CAP, ponctuelles); - Etudes d'impact. Formation: - Formation des prestataires et des pairs éducateurs jeunes sur la SR et les techniques de communication interpersonnelle.
		Sensibilisation: - Par les médias de masse - Communication interpersonnelle Suivi – Evaluation
Etape VI	Les messages	- Promotion de la fréquentation des services de SR dans les centres de santé; - Informations sur les moyens de prévention des grossesses à risques, des avortements, IST/VIH - Promotion des droits de la Fille et des jeunes en matière de SR - Promotion des messages relatifs à la lutte contre la toxicomanie
Etape VII	Canaux de communication	- Mass-média - Canaux de CIP (modernes, traditionnels) - Supports et matériels didactique
Etape VIII	Ressources	Humaines - Pairs éducateurs à tous les niveaux, prestataires, communicateurs, leaders communautaires Matérielles - Matériel IEC produit, matériel de communication et des modèles Financières (budget à déterminer)
Etape IX	Délai/Durée	5 ans
Etape X	Structure de suivi et évaluation	- Comité National d'IEC/SR - Structure de mise en œuvre.

TABLEAU DE PLANIFICATION STRATEGIQUE

Etape I	OBJECTIF GLOBAL	2. RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET COUNSELLING DES ADOLESCENTS/JEUNES
	Objectif spécifique	2.2. Accroître les pratiques de 5% des jeunes sur la SR d'ici à 2007
Etape II	Audiences	Groupe cible: Adolescents/jeunes
Etape III	Résultats Changements souhaités	1. Utilisation accrue des méthodes de protection contre les IST/VIH et grossesses non désirées 2. Nombre IVG réduit chez les jeunes
Etape IV	Atouts	- Multiplicité des canaux diversifiés et supports d'information - Multiplicité des intervenants nationaux et internationaux en matière de communication en SR - Existence de structures communautaires facilitant la sensibilisation; - Existence d'outils et matériel d'IEC en SRA - Niveau de scolarisation élevé chez les jeunes - Facilité de communication entre pairs - Matériel IEC existant et diversifié - Début d'introduction de curricula de formation en EVF, EVA dans les programmes scolaires et extrascolaires
	Contraintes	- Faiblesse de la coordination des interventions - Inadéquation du matériel et support en fonction de la cible - Manque de dialogue avec les parents - Influence négative de certaines productions médiatiques - Forte prévalence de fléaux sociaux (délinquance juvénile, toxicomanie) - Pouvoir d'achat limité des jeunes

Etape V	Types d'activités	Production et diffusion: - Conception du matériel IEC adapté aux cibles; - Amélioration du matériel IEC existant; - Augmentation de la quantité du matériel IEC en SR produit Recherche: - Etudes de base (CAP, ponctuelles); - Etudes d'impact. Formation: - Formation des prestataires et des pairs éducateurs jeunes sur la SR et les techniques de communication interpersonnelle.
		Sensibilisation: - Par les médias de masse - Communication interpersonnelle Suivi – Evaluation
Etape VI	Les messages	- Promotion de la fréquentation des services de SR dans les centres de santé; - Informations sur les moyens de prévention des grossesses à risques, des avortements, IST/VIH - Promotion des droits de la Fille et des jeunes en matière de SR - Promotion des messages relatifs à la lutte contre la toxicomanie
Etape VII	Canaux de communication	- Mass-média - Canaux de CIP (modernes, traditionnels) - Supports et matériels didactique
Etape VIII	Ressources	Humaines - Pairs éducateurs à tous les niveaux, prestataires, communicateurs, leaders communautaires Matérielles - Matériel IEC produit, matériel de communication et des modèles Financières (budget à déterminer)
Etape IX	Délai/Durée	5 ans
Etape X	Structure de suivi et évaluation	- Comité National d'IEC/SR - Structure de mise en œuvre.

TABLEAU DE PLANIFICATION STRATEGIQUE

Etape I	OBJECTIF GLOBAL	2. RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET COUNSELLING DES ADOLESCENTS/JEUNES		
	Objectif spécifique	2.3. Accroître les compétences de 30% des prestataires de services d'IEC/SR pour les adolescents/jeunes d'ici à 2007		
Etape II	Audiences	Groupe cible:	Prestataires de services de SRA	Adolescents/Jeunes
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Compétences de 30% de prestataires de services de SR pour les jeunes accrues		
Etape IV	Atouts	- Existence de nombreux programmes d'intervention en SRA - Existence de curricula de formation de jeunes en SRA - Forte adhésion et appui des agences de coopération aux programmes de SRA - Niveau de scolarisation élevé chez les jeunes - Matériel IEC existant et diversifié - Début d'introduction de curricula de formation en EVF, EVA dans les programmes scolaires		
	Contraintes	- Inexistence d'un cadre institutionnel de coordination des interventions en SRA - Financement limité pour multiplier les formations en SRA - Financement limité pour assurer le suivi des formations en SRA		
Etape V	Types d'activités	Formation: - Conception et amélioration des modules de formation en SRA, CIP - Organisation des sessions de formation Suivi – Evaluation - Assurer le suivi-évaluation des formations		
Etape VI	Ressources	Humaines: Formateurs, Matérielles: Matériel de formation Financières: (budget à déterminer)		
Etape IX	Délai/Durée	5 ans (2002 – 2007)		
Etape X	Structure de suivi et évaluation	- Comité National d'IEC/SR - Structure de mise en œuvre.		

Etape II	Audiences	Groupe cible A: Femmes	Groupe cible B: Hommes	Groupe cible C: Prestataires	Groupes cible D: Agents de mobilisation
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Fréquentation des formations sanitaires (maîtrise de la fécondité, consultations prénatales, accouchements assistés, vaccination des enfants, planification familiale)	- Adhésion à la PF - Utilisation des services	- Amélioration de l'accueil de la clientèle - Amélioration de l'écoute	- Mobilisation effective
Etape IV	Atouts	- Adhésion facile aux questions de SR (Santé des enfants); PF - Cible principale de la procréation	- Détenteurs du pouvoir de décision - Soutien matériel (prise en charge des dépenses pour la santé)	- Compétences techniques	- Maîtrise du milieu (environnement socio culturel) - Aptitudes en communication (langues) - Compétences techniques
	Contraintes	- Pouvoir d'achat limité - Faible connaissance des services SR existants - Poids des traditions	- Faible connaissance des services de SR existants et de leur rôle - Réticence à l'utilisation des services existants (PF...)	- Faible motivation - Formation insuffisante	- Problèmes de motivation - Attitudes négatives des populations
Etape V	Types d'activités	- Causeries éducatives - Visites à domicile - Counselling - Campagnes médiatiques - Campagnes de proximité - Production du matériel (boîtes à images, radio, TV, affiches, sketches)	- Causeries éducatives - Visites à domicile - Counselling - Campagnes médiatiques - Campagnes de proximité - Production du matériel (boîtes à images, radio, TV, affiches, sketches)	- Formations/recyclages	- Renforcement des capacités (formations) - Recherche - Production du matériel éducatif
Etape VI	Les messages	- Fréquentation des CS - Utilisation des méthodes de PF - Vaccination des enfants - Allaitement maternel	- Fréquentation des CS - Utilisation des méthodes de PF - Vaccination des enfants - Allaitement maternel	- Accueil des clients - Ecoute clients	

Etape VII	Canaux de communication	- CIP - Médias - Associations - Eglises	- CIP - Médias - Associations - Eglises - Séminaires	- Séminaire -ateliers - Affiches - dépliants	- Séminaire -ateliers - Affiches - Dépliants
Etape IX	Ressources	- Matérielles - Financières - humaines			

COMMISSION 2

COMMISSION 2					
Etape I		OBJECTIF GLOBAL			
Objectif spécifique		RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET COUNSELLING DES ADOLESCENTS ET JEUNES			
Objectif spécifique		1. Accroître de 15% la demande des services de SMI/PF d'ici à 2007			
Etape II	Audiences	Groupe cible A: Femmes	Groupe cible B: Hommes	Groupe cible C: Prestataires	Groupes cible D: Agents de mobilisation
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Fréquentation des formations sanitaires (maîtrise de la fécondité, consultations prénatales, accouchements assistés, vaccination des enfants, planification familiale)	- Adhésion à la PF - Utilisation des services	- Amélioration de l'accueil de la clientèle - Amélioration de l'écoute	- Mobilisation effective
Etape IV	Atouts	- Adhésion facile aux questions de SR (Santé des enfants); PF - Cible principale de la procréation	- Détenteurs du pouvoir de décision - Soutien matériel (prise en charge des dépenses pour la santé)	- Compétences techniques	- Maîtrise du milieu (environnement socio culturel) - Aptitudes en communication (langues) - Compétences techniques
	Contraintes	- Pouvoir d'achat limité - Faible connaissance des services SR existants - Poids des traditions	- Faible connaissance des services de SR existants et de leur rôle - Réticence à l'utilisation des services existants (PF...)	- Faible motivation - Formation insuffisante	- Problèmes de motivation - Attitudes négatives des populations
Etape V	Types d'activités	- Causeries éducatives - Visites à domicile - Counselling - Campagnes médiatiques - Campagnes de proximité - Production du matériel (boîtes à images, radio, TV, affiches, sketches)	- Causeries éducatives - Visites à domicile - Counselling - Campagnes médiatiques - Campagnes de proximité - Production du matériel (boîtes à images, radio, TV, affiches, sketches)	- Formations/recyclages	- Renforcement des capacités (formations) - Recherche - Production du matériel éducatif

Etape VI	Les messages	- Fréquentation des CS - Utilisation des méthodes de PF - Vaccination des enfants - Allaitement maternel	- Fréquentation des CS - Utilisation des méthodes de PF - Vaccination des enfants - Allaitement maternel	- Accueil des clients - Ecoute clients	- Séminaire -ateliers - Affiches - Dépliants
Etape VII	Canaux de communication	- CIP - Médias - Associations - Eglises	- CIP - Médias - Associations - Eglises - Séminaires	- Séminaire -ateliers - Affiches - dépliants	
Etape IX	Ressources	- Matérielles - Financières - humaines			

Etape I	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES b1 e b2	FORMER D'ICI À 2007: • Au moins 50% des concepteurs et planificateurs des programmes d'IEC/SR • Former au moins 20% des intervenants en IEC/SR aux niveaux intermédiaires et périphériques				
Etape II	Audiences	Groupe cible A: Concepteurs	Groupe cible B: Planificateurs	Groupe cible C: Intervenants niveau intermédiaire	Groupes cible D: Intervenants niveau périphérique	Groupe cible E: Formateurs
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Augmentation du nombre de concepteurs qualifiés - Amélioration de la qualité des programmes d'IEC/SR	- Augmentation du nombre de planificateurs - Amélioration des capacités des planificateurs des programmes d'IEC/SR	- Augmentation du nombre d'intervenants niveau intermédiaire - Amélioration des capacités des intervenants niveau intermédiaire	- Augmentation du nombre d'intervenants niveau périphérique - Augmentation du nombre d'intervenants niveau périphérique	- Mobilisation effective des communautés sur la prévention des IST/SIDA
Etape IV	Atouts	- Disponibilité de l'expertise nationale au niveau de l'existence des structures de production/diffusion (radios de communication locales, imprimeries, dessinateurs) - Diversité des canaux/supports traditionnels de la communication	- Existence d'un embryon d'expertise nationale au niveau central - Existence des modules de formation - Existence d'une déclaration de Politique Nationale de Population - Existence d'une Déclaration de Politique de SR - Communautés de partenaires au développement ouverts à l'idée de renforcement des capacités	- Multiplicité des intervenants - Décentralisation des activités	- Multiplicité des intervenants - Décentralisation des activités	
	Contraintes	- Multiplicité des langues nationales de communication - Absence de structures nationales regroupant les concepteurs	- Faiblesse de l'expertise - Absence de Politique Nationale de Communication pour le Développement - Insuffisance de la coordination des interventions en matière de formation	- Coordination insuffisante	- Coordination insuffisante	

Etape V	Types d'activités	- Formation et recyclage des concepteurs - Institution des mécanismes de coordination	- Formation et recyclage des concepteurs - Institution des mécanismes de coordination	- Institution des mécanismes de coordination	- Institution des mécanismes de coordination	
Etape VI	Les messages	Thèmes: Ensemble des modules de SR	- Ensemble des modules de SR	- Ensemble des modules de SR	- Ensemble des modules de SR	
Etape VII	Canaux de communication	- Clubs d'associations des jeunes - Masses médias - Milieu scolaire et extra scolaire - Eglises - Centres d'écoute et counselling	- Médias - Associations - Tontines - Eglises - Formations sanitaires	- Médias - Associations - Tontines - Eglises - Formations sanitaires	- Séminaires-ateliers - Médias - Dépliants, prospectus	- Séminaires-ateliers - Médias - Dépliants, prospectus
Etape VIII	Ressources	- Ateliers – Séminaires	- Ateliers – Séminaires	- Ateliers – Séminaires	- Ateliers – Séminaires	
Etape IX	Délai/Durée					
Etape X	Structure de suivi et évaluation					

Etape I	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES b1 e b2	FORMER D'ICI À 2007:				
		• Au moins 50% des concepteurs et planificateurs des programmes d'IEC/SR • former au moins 20% des intervenants en IEC/SR aux niveaux intervenants en IEC/SR aux niveaux intermédiaires et périphériques				
Etape II	Audiences	Groupe cible A: Concepteurs	Groupe cible B: Planificateurs	Groupe cible C: Intervenants niveau intermédiaire	Groupes cible D: Intervenants niveau périphérique	Groupe cible E: Agents de mobilisation
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Utilisation accrue des méthodes de prévention des IST/SIDA - Fréquentation des centres de counselling	- Utilisation accrue des méthodes de prévention (amélioration des capacités des jeunes filles à s'opposer aux rapports sexuels non protégés)	- Utilisation accrue des méthodes de prévention - Plus forte implication des hommes dans la prévention des IST/SIDA	- Amélioration de l'accueil, écoute, confidentialité	- Mobilisation effective des communautés sur la prévention des IST/SIDA
Etape IV	Atouts	- Perméabilité des jeunes aux innovations - Forte proportion des jeunes dans la population	- Sensibilité aux questions de SR	- Pouvoir de décision	- Compétences techniques	- Connaissances du milieu - Aptitudes à communiquer
	Contraintes	- Faible pouvoir d'achat - Cible la plus vulnérable	- Faible pouvoir d'achat - Faible pouvoir de décision	- Réticence à l'utilisation des méthodes préventives IST/SIDA	- Faible adhésion - Insuffisance de personnel qualifié (conseil, écoute) - Faible capacité de gestion des rumeurs sur les problèmes de SR	- Le poids des traditions - Réticence des populations - Faible couverture médiatique sur la prévention - Le poids de la rumeur
Etape V	Types d'activités	- CIP - Campagnes de proximité - Production (bandes dessinées, dépliants, albums) - Emissions radio+TV, sketches, théâtres populaires, jeu concours	- CIP - Campagnes de proximité - Production (bandes dessinées, dépliants, albums) - Emissions radio en langues locales	- CIP - Production (bandes dessinées, dépliants, albums) - Emissions radios en langues locales	- Formations - Recyclage - Production du matériel éducatif (affiches, dépliants, albums)	- Formations - Recyclage - Production du matériel éducatif (affiches, dépliants, albums) - Production des guides, cassettes vidéo, audio

Etape I	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES b1 e b2	FORMER D'ICI À 2007: • Au moins 50% des concepteurs et planificateurs des programmes d'IEC/SR • Former au moins 20% des intervenants en IEC/SR aux niveaux intermédiaires et périphériques				
Etape II	Audiences	Groupe cible A: Concepteurs	Groupe cible B: Planificateurs	Groupe cible C: Intervenants niveau intermédiaire	Groupes cible D: Intervenants niveau périphérique	Groupe cible E: Formateurs
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Augmentation du nombre de concepteurs qualifiés - Amélioration de la qualité des programmes d'IEC/SR	- Augmentation du nombre de planificateurs - Amélioration des capacités des planificateurs des programmes d'IEC/SR	- Augmentation du nombre d'intervenants niveau intermédiaire - Amélioration des capacités des intervenants niveau intermédiaire	- Augmentation du nombre d'intervenants niveau périphérique - Augmentation du nombre d'intervenants niveau périphérique	- Mobilisation effective des communautés sur la prévention des IST/SIDA
Etape IV	Atouts	- Disponibilité de l'expertise nationale au niveau de l'existence des structures de production/ diffusion (radios de communication locales, imprimeries, dessinateurs) - Diversité des canaux/soutiens traditionnels de la communication	- Existence d'un embryon d'expertise nationale au niveau central - Existence des modules de formation - Existence d'une déclaration de Politique Nationale de Population - Existence d'une Déclaration de Politique de SR - Communautés de partenaires au développement ouverts à l'idée de renforcement des capacités	- Multiplicité des intervenants - Décentralisation des activités	- Multiplicité des intervenants - Décentralisation des activités	
	Contraintes	- Multiplicité des langues nationales de communication - Absence de structures nationales regroupant les concepteurs	- Faiblesse de l'expertise - Absence de Politique Nationale de Communication pour le Développement - Insuffisance de la coordination des interventions en matière de formation	- Coordination insuffisante	- Coordination insuffisante - Institution des mécanismes de coordination	

Etape V	Types d'activités	- Formation et recyclage des concepteurs - Institution des mécanismes de coordination	- Formation et recyclage des concepteurs - Institution des mécanismes de coordination	- Institution des mécanismes de coordination	- Institution des mécanismes de coordination	
Etape VI	Les messages	Thèmes: Ensemble des modules de SR	- Ensemble des modules de SR - Médias	- Ensemble des modules de SR	- Ensemble des modules de SR	
Etape VII	Canaux de communication	- Clubs d'associations des jeunes - Masses médias - Milieu scolaire et extra scolaire - Eglises - Centres d'écoute et counselling	- Associations - Tontines - Eglises - Formations sanitaires	- Médias - Associations - Tontines - Eglises - Formations sanitaires	- Séminaires-ateliers - Médias - Dépliants, prospectus	- Séminaires-ateliers - Médias - Dépliants, prospectus
Etape VIII	Ressources	- Ateliers – Séminaires	- Ateliers – Séminaires	- Ateliers – Séminaires	- Ateliers – Séminaires	
Etape IX	Délai/Durée					
Etape X	Structure de suivi et évaluation					

Etape I	OBJECTIFS SPÉCIFIQUE c1	INFORMER ET SENSIBILISER D'ICI À 2007 20% DES JEUNES EN VUE DE LES ORIENTER VERS LES CENTRES DE CONSEILS				
Etape II	Audiences	Groupe cible A: Filles	Groupe cible B: Garçons	Groupe cible C: Groupes de jeunes	Groupes cible D: Agents de mobilisation	
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Fréquentation des centres de conseil - Amélioration des connaissances en matière de SR (grossesses précoces IST/SIDA, avortement, sexualité...)	- Fréquentation des centres de conseil - Amélioration des connaissances en matière de SR (grossesses précoces IST/SIDA, avortement, sexualité...)	- Informations fiables - Sensibilisation des jeunes (organisation des rencontres avec les jeunes, partage d'expériences, échanges d'informations)	- Bonne transmission des informations fiables sur la SR. - Orienter les jeunes vers les centres de conseils - Susciter le partage d'informations au sein des groupes jeunes	
Etape IV	Atouts	- Sensibilité aux questions de SR (grossesses, avortements..) et à leur implication	- Perméabilité aux innovations	- Nombre - Dynamisme - Homogénéité	- Disponibilité - Connaissances du milieu - Aptitudes en animation et communication	
	Contraintes	- Faible pouvoir d'achat - Poids des traditions - Vulnérabilité de la jeune fille	- Faible pouvoir d'achat - Poids des traditions - Vulnérabilité - Exposition aux comportements à risques (alcool, drogue)	- Pouvoir écoute limité - Insuffisance des ressources - Faiblesse des capacités techniques	- Expertise limitée dans le domaine de SR - Faible pouvoir économique	
Etape V	Types d'activités	- CIP - Production de matériel éducatif - Campagnes de proximité (Cf obj. 2)	- CIP - Production de matériel éducatif - Campagnes de proximité (Cf obj. 2)	- CIP - Production de matériel éducatif - Campagnes de proximité - Conception et gestion des ADC (Cf obj. 2)	- Formations - Recyclage - Production du matériel éducatif	

Etape VI	Les messages: Thèmes	- Fréquentation des centres de conseil - Modules de la SR (grossesses, avortements, sexualité, IST/SIDA...)	- Fréquentation des centres de conseil - Modules de la SR (grossesses, avortements, sexualité, IST/SIDA...)	- Fréquentation des centres de conseil - Modules de la SR (grossesses, avortements, sexualité, IST/SIDA...)	- Incitation des jeunes à la fréquentation des centres de conseil	
Etape VII	Canaux de communication	- Centres de conseils - Masses médias - Supports de CIP	- Centres de conseils - Masses médias - Supports de CIP	- Centres de conseils - Masses médias - Supports de CIP	- Séminaires - Ateliers - Autres rencontres - Médias - Supports de communication	
Etape IX	Ressources	- Matérielles - Financières - Humaines				
Etape X	Délai/Durée	5 ans				
Etape XI	Structure de suivi et évaluation					

Etape I	OBJECTIF SPÉCIFIQUE c2	FORMER D'ICI À L'AN 2007 AU MOINS 1000 PAIRS ÉDUCATEURS SUR LA PRÉVENTION DES IST/SIDA				
Etape II	Audiences	Groupe cible A: Jeunes	Groupe cible B: Responsables des structures d'encadre- ment des jeunes			
Etape III	Résultats Changements souhaités	- Jeunes formés sur SRA/IST/SIDA - Transmission des connaissances acquises	- Faciliter la formation des jeunes (appui matériel, financier, ressources humaines)			
Etape IV	Atouts	- Connaissance du milieu - Homogénéité des cibles - Perméabilité aux innovations - Insuffisance d'expertise	- Connaissance du milieu - Compétences techniques - Capacités à mobiliser les ressources			
	Contraintes	- Sélection des pairs - Mobilité des pairs - Forte dépendance vis à vis des partenaires de développement	- Mobilité des personnels des structures d'encadrement - Faible adhésion au concept de la SR - Lourdeurs administratives			
Etape V	Types d'activités	- Formation - Recyclage - Voyages d'études	- Voyages d'études			

Etape VI	Les messages: Thèmes	- Tous les modules de la SRA (avorte- ments grossesses IST/SIDA, sexualité)	- Facilitation des procédures liées à la formation			
Etape VII	Canaux de communication	- Séminaire - Ateliers	- Séminaire - Ateliers			
Etape IX	Ressources	- Matérielles - Financières - Humaines				
Etape X	Délai/Durée	5 ans				
Etape XI	Structure de suivi et évaluation					

