La communication dans le programme tunisien en santé sexuelle et reproductive

Une étude dans un contexte marqué par l'émergence des comportements à hauts risques

Lamia Ben Hassine

Docteure en sciences de l'information et de la communication
Institut de presse et des sciences de l'information - Université de la Manouba, Tunis, Tunisie

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 6, No 1 | pp. 153-180

Reçu le : 05/05/2019 | Accepté le : 08/08/2019

Résumé : Une analyse descriptive du processus d'information, d'éducation et de communication dans le programme tunisien de Santé sexuelle et reproductive (SSR) a été entamée. La connaissance au préalable des fondements de la communication en SSR sur le plan pratique est une étape essentielle et incontournable. Le concept de santé de la reproduction (SR) englobe non seulement la santé maternelle et infantile, mais aussi la santé sexuelle et la maîtrise de la fécondité. Les déterminants de la SR restent mal maîtrisés. Quels rôles jouent les organisations gouvernementales en matière d'éducation à la santé ? Quelles réponses proposent-elles aux populations ? Quelles actions de communication entreprises en SSR ? Quelles stratégies de communication en SSR adoptées dans un contexte marqué par l'émergence des comportements à haut risque ? Sont autant de questions nous permettant d'étudier l'évolution du contexte de la SSR en Tunisie, tenant compte des différentes données démographiques, épidémiologiques, sociologiques, et communicationnelles.

Mots-clés : Information, éducation et communication (IEC), prévention, santé sexuelle et reproductive (SSR), politique, Tunisie.

1 Introduction

Le droit à la santé est considéré comme une composante majeure du droit de l'Homme. Déjà, la Constitution de la République Tunisienne (2014) [1] stipule, dans son préambule, que la prospérité de la Nation repose sur la protection de la famille et le droit de chaque citoyen au travail, à la protection de la santé et à l'instruction. La loi n° 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire insiste dans son article premier sur « le droit pour toute personne à la protection sanitaire dans les meilleures conditions possibles » et ajoute dans son article 5 : « dans le respect des droits fondamentaux de l'Homme, de la sécurité et de l'hygiène, et de la dignité et l'indépendance scientifique des médecins ».

La santé de la reproduction (SR) est née d'une évolution stratégique des programmes de protection maternelle et infantile (PMI) puis de planification familiale (PF) adoptés depuis l'indépendance qui ciblaient de façon très spécifique la femme mariée en âge de procréation (FMAR) et étaient centrés sur la fécondité et la distribution de contraceptifs. Quelles sont donc les actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) entreprises en santé sexuelle et reproductive (SSR) et quelles stratégies de communication et d'éducation adoptées ? Nous essayons, à travers cet article, de répondre à ces questions et étudier l'évolution du contexte de l'éducation en SSR en Tunisie, en prenant en considération les différentes données démographiques, épidémiologiques, sociologiques et communicationnelles.

2 Méthodologie

Cet article s'appuie sur une note de recherche extraite de notre thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication qui fait la synthèse de 50 ans de PF/SR dès le lancement du programme national de PF en Tunisie et les différentes campagnes menées en faveur de la population tunisienne (Ben Hassine, 2018, p. 37). Notre intention est d'étudier les principales approches adoptées en éducation de la santé par l'Office national de la famille et de la population (ONFP), organe chargé de la mise en œuvre de la politique nationale de SSR, et de proposer des alternatives pratiques aux acteurs de la communication en SSR en Tunisie.

2.1 Analyse de contenu

À cet effet, nous avons fait appel à l'analyse de contenu. Notre analyse vise à comprendre la construction de la politique de communication, les différentes stratégies de communication et d'IEC adoptées et les difficultés liées à leur application.

Selon son initiateur, Bernard Berelson, l'analyse de contenu est définie, comme « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter » (Coulomb-Gully, 2002, p. 108). Son objectif est « d'apporter des éléments de réponses aux problèmes qui ont suscité sa mise en œuvre [...]. Ainsi, dans tous les cas, une analyse de contenu est entreprise et évaluée en fonction d'objectifs plus globaux (intervenir, connaître, former,

1. Loi N° 59-57 du 1er juin 1957 portant promulgation de la constitution tunisienne. Également la constitution de 2014 a fait référence à ces points (*Journal Officiel de la République Tunisienne* — 20 avril 2015 – Numéro spécial).

etc.) indépendants de ses référents théoriques et de ses technologies » (Ghiglione et Blanchet, 1991, p. 28).

L'objectif d'une analyse de contenu est « d'apporter des éléments de réponses aux problèmes qui ont suscité sa mise en œuvre [...]. Ainsi, dans tous les cas, une analyse de contenu est entreprise et évaluée en fonction d'objectifs plus globaux (intervenir, connaître, former, etc.) indépendants de ses référents théoriques et de ses technologies » (Ghiglione et Blanchet, 1991, p. 28). En effet chaque objectif demande de redéfinir la méthode en fonction de ce que l'on veut prouver, démontrer ou mettre en relief.

Pour inaugurer une analyse de contenu, il faut mieux commencer par répondre aux questions de Lasswell :

— Qui parle ? (étude de l'émetteur) ;
— Pour dire quoi ? (contenu manifeste) ;
— Comment ? (analyse des moyens ou vecteur du message, média utilisé, rhétorique) ;
— À qui ? (étude du récepteur) ;
— Dans quel but ? (objectif) ;
— Avec quels résultats ? (effets, influence) ;
— Dans quel contexte ? (milieu, époque, circonstances).

2.2 L'observation participante

L'observation participante était également l'une de nos méthodes de recherche. Il s'agit pour nous, de continuer à prêter une attention particulière à tout écrit, ou à tout ce dont la signification porte sur les messages véhiculés en matière de SSR dans notre environnement d'études particulièrement les Centres de santé de la reproduction de l'ONFP dans le Grand Tunis.

Selon Henri Peretz (1998),

> « l'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences sans en modifier le déroulement ordinaire. Elle a pour objet le recueil de l'enregistrement de toutes les composantes de la vie sociale s'offrant à la perception de ce témoin particulier qu'est l'observateur. Celui-ci côtoie et étudie les personnes, assiste aux actes et aux gestes qui produisent leurs actions, écoute leurs échanges verbaux, inventorie les objets dont elles s'entourent, qu'elles échangent ou produisent » (Peretz, 1998, p. 14).

Dans notre observation, nous avons inclus : la lecture des banderoles, l'affichage, les spots diffusés, les activités publiées sur la page Facebook officielle du Ministère de la santé [2] et des organisations non gouvernementales (ONG), l'exposition hasardeuse aux émissions radiophoniques ou télévisés, et les lieux (salle d'animation, salles d'attente, espace d'accueil, salle de consultation, espaces amis des jeunes, etc.). L'observation a inclus également les notes administratives sur les programmes de SSR, les séances d'IEC auprès des bénéficiaires des services de SSR, les modalités d'accueil et d'orientation du

2. ONFP et Direction des soins de santé de base (DSSB).

public concerné au sein des quatre Centres de SR du Grand Tunis ainsi qu'à l'échelle centrale à travers certaines activités de la Direction de la communication de l'ONFP.

L'observation s'est déroulée durant le processus de notre recherche (2013-2016) avec une intervention plus spécifique lors du déroulement de l'enquête par questionnaire (Avril-Juin 2016).

Pour mener à bien notre travail, une grille d'observation a été élaborée en vue d'orienter davantage notre approche en identifiant les caractéristiques du lieu, les propriétés matérielles et instrumentales, les personnes, le décor, les objets, les actes nécessaires à l'accomplissement de la situation [3]. Cette grille nous a permis de se familiariser avec le lieu, de définir les problèmes et de vérifier la pertinence des résultats des entretiens et de l'enquête par questionnaire qui ne fait pas l'objet de cet article.

2.3 Les entretiens semi-directifs

Par définition, « l'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux évènements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent ». « L'entretien semi-directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définies à l'avance. »(Sauvayre, 2013, p. 9)

Dix-huit entretiens semi-directifs auprès de hauts cadres, de responsables et d'experts en communication et relation publique ont été menés du 22 avril 2016 jusqu'au 11 juillet 2016. Ces entretiens ont duré en moyenne 1h05 par entretien.

Un guide d'entretien a été construit selon 5 thèmes distincts :

— Biographie des acteurs ;
— Acteurs et communication ;
— Pratiques des acteurs ;
— Réception des campagnes de communication de SSR ;
— Perspectives et recommandations.

Notre guide d'entretien a subi des évolutions et des changements au cours de l'enquête où certaines orientations et nouvelles questions ont été imposées auprès de certains enquêtés.

La constitution de notre échantillon s'est faite selon la méthode de l'échantillonnage théorique de Glaser et Strauss (1967). « Le choix des répondants, des épisodes, et des interactions est poussé par une question conceptuelle, il ne relève pas d'une « représentativité statistique » »(B. Miles et Huberman, 2003, p. 62). Ce type d'échantillonnage « consiste à sélectionner des sources de données, qu'il s'agisse d'un site ou d'un groupe, en fonction de leur pertinence par rapport à l'objet de l'étude »(Fernet, 2005, p. 78).

3. C'est le rôle de la grille d'approche qui est destinée à enregistrer les propriétés générales et permanentes d'un site.

Par ailleurs, nous avons eu recours au type d'échantillonnage « variation maximale », qui rend compte de différentes variations et identifie des thèmes communs importants et « Effet de boule de neige », et qui identifie de bons cas grâce à des personnes qui connaissent d'autres personnes qui connaissent des cas riches en information. Nous avons enfin eu recours à l'échantillonnage de type « cas orienté stratifié », qui illustre les sous-groupes, facilitant les comparaisons (B. Miles et Huberman, 2003, p. 60).

3 Cadre théorique de la recherche

Les modèles actuels en communication de santé publique envisageant les effets des campagnes sur le changement de comportement sont issus du paradigme de la cognition et des modèles duaux du traitement de l'information. Ils s'attachent à mettre en évidence les processus psychologiques mis en route dans le traitement des campagnes et responsables du changement de comportement.

Développées dans les années 80, les théories à double processus (1980-1990) marquent une nouvelle ère. Elles se caractérisent par un plus grand équilibre entre les thèmes motivationnels et cognitifs et posent deux modes qualitativement différents d'information : les modèles de probabilité d'élaboration (Petty et Cacioppo, 1981, 1986) et les modèles heuristique-systématique (Chaiken, 1980, 1987).

> Tous deux décrivent « qualitativement les processus cognitifs impliqués dans l'acceptation de la communication persuasive par le récepteur ». « Selon sa motivation et sa capacité, le récepteur « choisirait » de traiter le message » (Fourquet, 1999, p. 116) de deux façons. Le premier modèle « est basé sur l'analyse, sur un raisonnement systématique et rationnel, il correspond aux caractéristiques suivantes : Contrôle, conscient, logique, quantitatif, délibératif ». Le deuxième « est basé sur l'expérience, les heuristiques personnelles et les affects, il correspond aux caractéristiques suivantes : intuition, inconscient, spontanéité, impulsivité » (Assailly, 2010, p. 12).

Dans les deux modèles « on s'intéresse au traitement du message persuasif en temps réel » (Gosling, 1996, p. 298). Tous deux offrent une « approche complète des deux familles de théories des processus, qui décrivent qualitativement les processus cognitifs impliqués dans l'acceptation de la communication persuasive par le récepteur » (Fourquet, 1999, p. 116).

Quant aux limites méthodologiques de ces deux modèles, c'est qu'ils sont proches du modèle de la réponse cognitive de Greenwald (1968).

> « Les récepteurs lieraient activement l'information persuasive à leurs sentiments et croyances sur le thème du message. Dès lors, la persuasion est fonction de la quantité et de l'aspect favorable des réponses cognitives à l'égard des éléments du message. S'il suscite essentiellement des pensées favorables (vs. défavorables) chez le récepteur, il sera persuasif (vs. non persuasif). Les cognitions générées par le récepteur en réponse au message persuasif détermineraient la direction et l'amplitude du changement d'attitude (selon la quantité de réponses cognitives »(Courbet et Fourquet, 2003, p. 57).

Pour mieux approfondir notre recherche, nous nous sommes basée également sur l'étude du comportement en matière de santé en faisant appel aux modèles psychosociaux et leur place dans la démarche de planification. Nous avons donc abordé les principales étapes de recherche sur les modèles cognitifs du changement de comportement. Puis nous nous sommes intéressée aux modèles communicationnels de changement de comportement qui soutiennent l'idée principale qu'il est nécessaire de miser sur les comportements afin d'atteindre les attitudes, des modèles fondés sur les correspondances entre attitudes et comportements.

À partir de la présentation des différents modèles nous concluons que les activités éducatives et préventives en santé peuvent influencer le changement de comportement de diverses façons. Ainsi un programme préventif ou d'éducation pour la santé pourra être mis sur pied pour

> « modifier de façon favorable les facteurs qui prédisposent à l'action (croyances comportementales et normatives, attitudes, norme subjective, perception des barrières, intention, etc.) ; assurer la présence de facteurs qui facilitent l'action et permettre l'élimination de facteurs qui peuvent nuire à l'action et offrir des opportunités de renforcement de l'action préventive recommandée » (Godin, 1991, p. 89).

Comme on peut le voir, plusieurs approches sont offertes pour le développement de programmes de promotion de la santé. Toutefois, le choix de la stratégie d'intervention devra s'appuyer sur une identification préalable des facteurs qui expliquent le comportement né dans la population visée et sur une bonne compréhension des facteurs qui prédisposent à l'action, sinon il y a de fortes chances que les activités en question proposées soient inappropriées pour modifier le comportement visé.

Les implications des modèles cognitifs du changement de comportement pour la promotion de la santé sont importantes puisqu'il ressort de ce qui précède qu'il faut concevoir les comportements liés à la santé dans une perspective sociale plutôt que sous l'angle exclusif de leurs liens avec la santé et la maladie.

À cet égard, ces modèles offrent des pistes intéressantes pour modifier les comportements et démontrent qu'il n'est pas nécessaire de faire peur avec des menaces pour obtenir les résultats escomptés. Par exemple, pourquoi brandir le spectre du Sida pour convaincre les adolescents d'utiliser un préservatif ? Il est admis de tous que les adolescents ne se perçoivent pas à risque, même s'ils admettent que le Sida pourrait avoir des conséquences graves sur leur vie. Devant cette problématique, le constat est le même que pour d'autres domaines de santé : les personnes qui adoptent ou non les comportements préventifs partagent le même avis sur les effets néfastes que peut avoir sur leur santé la non adoption des comportements préventifs. Ainsi, certains continuent à ne pas utiliser le préservatif bien qu'ils connaissent les dangers d'une telle pratique (Godin, 1991, p. 90).

4 Aperçu historique : quatre phases d'évolution des actions de communication en SSR

4.1 Phase de lancement (1964-1979) : La limitation des naissances

Cette phase est considérée comme une phase « d'essai-erreurs » marquée par l'intensification des activités éducatives par le biais de la communication interpersonnelle et de groupe menées par des éducateurs en planning familial avec le soutien des autorités et des administrations locales. Les agents de vulgarisation agricole du Ministère de l'agriculture ont été associés à ces activités éducatives. L'objectif de cette période était la limitation des naissances et l'encouragement des femmes à se faire ligaturer ou à adopter une méthode contraceptive (ONFP, p. 41).

La communication en faveur du PF a été déclinée sous forme de brochures, de dépliants, de calendriers, de monographies, de bulletins, de notes d'information et d'affiches publicitaires et surtout de communication dans les médias (Gastineau et Sandron, 2000, p. 17).

La radio et la télévision ont joué un rôle décisif dans la promotion de la politique de PF. Au début du programme elles ont associé les responsables du programme aux émissions culturelles et sociales. Des émissions spécifiques ont été conçues conjointement par les cadres de la santé et les chargés du programme et ceux de la radio/télévision (Gueddana, p. 5). Les messages diffusés à la télévision concernaient la connaissance des actions du PF et des contraceptifs, la lutte contre les rumeurs sur les effets néfastes des méthodes contraceptives, et les avantages comparés d'une famille peu nombreuse sur une famille nombreuse (Gastineau et Sandron, 2000).

La presse écrite a aussi été un support de communication favorable en matière de PF.

> « Dans les quotidiens de langue française « La Presse » et « L'action », le nombre des articles de presse croît au fil des années passant en moyenne de 10 à 100 articles par an, entre 1963 et 1973-1974. Quatre thèmes prédominent : la préparation, les objectifs et les résultats du programme, la relation entre accroissent démographique et croissance économique, la relation entre le droit, la justice sociale et la population et la vulgarisation des méthodes de planning familial » (Gueddana, *ibid.*).

4.2 Phase de développement (1980-1990) : L'espacement des naissances

Cette phase a été caractérisée par une action de communication qui correspond à une profonde réflexion stratégique par l'acquisition d'un « savoir-faire » et par le développement du concept du PF, devenu plus global, et touchant les différents aspects de la santé de la mère et de l'enfant et de l'amélioration de la qualité de vie de la population. Les différents canaux de communication étaient : le contact direct, le recours aux personnes influentes, l'implication de l'homme et l'utilisation des caravanes socio-sanitaires (ONFP, *ibid.*). Dans ce cadre, l'un des anciens délégués régionaux de l'ONFP a porté un témoignage sur les campagnes de communication réalisées dans les années quatre-vingt en précisant que « *les campagnes des années 88, étaient parmi les meilleures* [...], *elles ont été restées sous le slogan :* « بتنظيم الولادات تحلى الحياة[4] ». *Pour d'autres . . . je ne veux pas parler d'une*

4. « Avec la planification des naissances, la vie est belle »

campagne à l'instar de la composante Sida, [...] *Un manque d'harmonie, de cohérence et parfois de planification est remarquable* [...] *Il y a un relâchement* [...], *il n'y a plus, la même rigueur comme avant dans le comité Information, Éducation et Communication* ».

À partir de 1986 et en collaboration avec l'Établissement de la radio-télévision tunisienne quatre émissions hebdomadaires d'une durée de 20 minutes ont été programmées dans les radios nationales, régionales (Monastir[5] et Sfax) et Radio Tunisie chaîne internationale sur la PF et le bien-être de la famille. Une émission « لقاء الأصدقاء »[6] pour les enfants avec des prix pour la meilleure intervention. Quant à la presse écrite, divers articles ont été publiés dans le journal « La presse » et les hebdomadaires nationaux et régionaux. Les époux (Mari) et les belles mères étaient parmi les nouvelles cibles rapprochés à travers des slogans insistant sur les avantages d'une famille restreinte (Yahia, 1986, pp. 60-62).

En matière de communication directe des émissions « أسابيع الأسرة »[7] ont été organisées. En marge de ces semaines, des films débats et des reportages / témoignages sont diffusés pour promouvoir les méthodes contraceptives ainsi que des foires / expositions nationales sur la politique de population et les nouvelles orientations de l'Office (*ibid.*).

Au-delà de ses activités des visites à domiciles, des consultations prénuptiales, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, l'élaboration des actions de prévention sur le cancer du col de l'utérus et des consultations de conseil conjugal ont été assurés (Gastineau et Sandron, Op. cit, p. 22).

À cet égard, « la médecine du travail a été largement sollicitée pour une mission d'éducation des ouvriers et des employés dans les entreprises agricoles et industrielles » (*ibid.*). Différents messages leur sont adressés.

Cette phase s'est caractérisée également par l'introduction de l'approche du marketing social en 1984 pour la promotion des contraceptifs (Dispositif intra utérin et pilule). Les messages étaient plus diversifiés allant du prénuptial au post natal ce que a précisé l'un des hauts cadres en matière de planification et d'évaluation des programmes de SSR rencontrées : « [...] *le programme de marketing social était accès essentiellement sur des aspects de communication mis au point sur trois grandes phases* [...] *La 1ère campagne sur le « bien fait de l'espacement des naissances » moyennent l'utilisation des moyens contraceptifs, la 2ème c'est « l'implication de l'homme en matière de PF au niveau urbain et rural », la 3ème c'est « l'implication de personnes âgées* ». [...] *J'étais chargé de la recherche médiatique, nous avons respecté l'ensemble des étapes de la conception des messages, dès la définition des objectifs de la campagne, la segmentation, la période de diffusion, la conception même des supports* [...] ».

4.3 Phase de consolidation et de recentrage (1990-1999) : La santé familiale

Cette phase a été caractérisée par la consolidation des stratégies spécifiques de communication selon les cibles prioritaires. Devant l'introduction du concept de la SR, une concentration des efforts dans les régions prioritaires s'est traduite par des programmes spécifiques ciblant les FMAR dans les zones d'ombre, les jeunes dans les différents milieux

5. Radio Monastir a assuré la diffusion de messages sur la planification familiale à raison de 3 fois/jours.
6. « Rencontre des amis » [Traduction de l'auteure].
7. « Les semaines de la famille ». [Traduction de l'auteure]

(universitaire, militaire, scouts...), et les hommes par le biais des instituteurs (ONFP, *Ibid*) ce que nous accordé l'un des anciens Directeurs de la communication de l'ONFP :

> « Les campagnes, des années 90 à 94 étaient des campagnes médiatiques sur l'implication de l'homme et les personnes influentes (coiffeur, grand-mère ...) dans le programme de PF et de campagnes de mobilisation sociale avec une forte communication de proximité – à part du fait qu'il y a un appui politique ou non – mais elle s'est caractérisée par un rapprochement de services de la contraception et de prestations et de communication envers la femme. Or, aujourd'hui (2016) on est revenu sur le repositionnement du PF s'agit-il d'un problème de planification voire d'identification des besoins réels de la population ? »

Depuis 1992, l'ONFP a mis en œuvre un programme d'éducation spécifique, à l'aide des animatrices familiales originaires de ces zones, pour sensibiliser, informer et orienter les femmes habitant dans ces régions sur les services de santé maternelle et infantile et de PF. Selon l'un des acteurs de la communication interviewés de l'ONFP : « *Le personnel socio-éducatif est un acteur de 1ère ligne* [...] *formé à des tâches clairement définis* ».

L'ONFP compte 304 personnels socio-éducatifs [8] soit le un cinquième (21,5%) de l'effectif global. Plus de la moitié du personnel socio-éducatif (58,9%) a été recruté dans les années 90. Entre 2000 et 2009 l'ONFP a assuré le recrutement de 53 personnes soit près du un cinquième (17,4%) contre 7 personnes (2,3%) entre 2010 et 2016. Au cours des entretiens l'un des anciens directeurs de la communication nous a indiqué : « Qu'après 1995, l'Office a recruté 155 animatrices et 11 superviseurs régionaux qui ont un niveau allant de la 7ème année secondaire (Niveau Bac) jusqu'au bac +6 ». Ces derniers sont appelés a assurer au niveau régional, l'encadrement éducatif et l'évaluation périodique des travaux des délégations.

L'accueil et le consuling constituent, au sein des délégations régionales de l'ONFP, un des principaux éléments qui favorise la formation de l'image institutionnelle chez le public cible. Notre observation sur le terrain a relevé des faiblesses de comportements de la part des agents et des malades à la fois. Les jugements personnels sont assez présents : « " Haram [9] "," Hallel [10] "," Honneur"," La virginité c'est l'essentiel ",... ». Néanmoins, ce personnel doit bénéficier et justifier d'une formation initiale et d'une formation continue sur les différentes composantes de SSR. Leurs qualifications devraient être adaptées en fonction de la population accueillie et du niveau de prise en charge. Une réévaluation devra être menée et adaptée au type d'activités à mettre en œuvre.

Une stratégie IEC a accompagné les objectifs démographiques qui y sont définis. Des caravanes triangulaires multidisciplinaires et des campagnes successives de communication ont visé à atteindre les FMAR, les couples avec une sensibilisation particulière des hommes et, depuis la Conférence internationale pour la population et le développement 1994 (CIPD), les jeunes. Des actions ont été orientées vers les jeunes scolarisés, dans le cadre d'un programme d'éducation à la population introduisant le thème population et dé-

8. Année 2016.
9. « Un pêché ».
10. « Toléré, autorisé religieusement »

veloppement dans les écoles primaires et secondaire. Avec l'introduction de la composante « SSR », les actions s'adressent également aux jeunes non scolarisés, aux organisations non gouvernementales (ONG), aux centres de formation professionnelle, etc. (Gueddana, op. cit, p. 17).

Le théâtre interactif et l'approche de l'éducation par les pairs ont été adoptés depuis 1997. L'évaluation de cette approche a montré son impact sur les jeunes bénéficiaires, ce qui a conduit à l'adoption de cette approche dans le cadre du programme 2002-2006 : « la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes ». « Quarante cellules d'écoute et de conseil pour jeunes en SSR ont été installées dans toutes les structures régionales de l'ONFP et en dehors de ses structures » (ONFP, 2004, p. 23).

Dans son rapport, Hélène Pour a précisé que « nous ne voulons pas passer sous silence les campagnes médiatiques successives que l'Office a lancé à la fin des années 80 en se donnant beaucoup de mal pour parvenir à des produits porteurs d'impact » (Pour, 1994). Des leçons sont cependant à tirer de ce travail. Elle revient à constater l'extrême complexité de l'élaboration des messages et confirme que la conception même doit beaucoup plus se rapprocher des gens et pas seulement leur demander ensuite ce qu'ils en pensent. Choisir des priorités et fixer des objectifs très rigoureux, s'y tenir et non tenter de diffuser de multiples messages à de multiples niveaux dans un temps donné a-t-elle ajoutée (Op. cit, p. 20).

Quant à l'évaluation de l'étendu des messages de prévention, l'un des anciens responsables IEC interviewé a indiqué : « On évalue l'impact en allant vers la rue, en effet le premier message « بتنظيم الولادات تحلى الحياة[11] » inscrit sur une affiche murale ont changé le mot تحلى[12] par le mot تخلى[13]. Il s'agit d'ajouter un point sur la lettre « ح » en la transformant à la lettre « خ ». Le message d'appel d'adhésion au programme de PF et les avantages de la contraception pour la santé de la femme et la famille se transforme du « bien-être » au « désastre ». cela expliquera beaucoup de choses, c'est à partir de là on a programmé une enquête et on a trouvé que certaines populations y croient ».

Ce constat nous a permis de relever que :

> « Les conditions d'efficacité d'un message peuvent donc dépendre de l'influence de la source. Selon sa crédibilité ou son attrait, on peut persuader un public à adhérer à une cause. La forme d'un message doit correspondre en la meilleure combinaison des mots, d'images et de sons qui transmettra l'idée à la cible visée » (Dagenais, 1998, p. 316).

Selon certains acteurs rencontrés la construction d'un message doit reposer essentiellement sur la vocation générale et le thème retenu et ce en fonction de l'objectif spécifique de la campagne. L'emploi des mots tels que la « peur », la « mort », la « guérison », les « bénéfices » et les « avantages » montre la complexité d'une réflexion focalisée sur « les bénéfices d'un comportement préventif » d'une part et une autre focalisée sur les « conséquences négatives d'un comportement imprudent » (Chabrol et Radu, 2008,

11. « Avec la planification des naissances, la vie est belle »
12. « Belle »
13. « Désastre »

p. 75) d'autre part. L'exemple du cancer du sein était parmi les messages qui ont créé une difficile dynamique pour aboutir à sa version actuelle selon l'un des hauts cadres de l'ONFP et spécialiste en communication.

4.4 Un tournant dans l'orientation stratégique de la communication en SSR dès l'an 2000 : les jeunes, cible privilégiée

Conformément aux objectifs assignés dans le cadre du IX^{e} plan, un programme national de population (1997-2001) a été mis en place selon six orientations stratégiques susceptibles de guider l'action du gouvernement en matière de population offrant une gamme complète de services par une approche progressive et s'appuyant sur le système existant de PF (FNUAP, 1996, p. 57).

L'an 2000 a été marqué par une évolution remarquable à tous les niveaux de prestations des services SR/PF en plus du renforcement des compétences des cadres IEC (350 agents) [14]. Dans son rapport annuel pour l'an 2000, l'ONFP a pu sensibiliser 865 555 sujets par des actions de communication individuelle, 245 079 par des actions de communication de groupe et 54 356 par des actions de communication de masse sur des thématiques divers (ONFP, 2000, p. 9).

Au démarrage du X^{e} plan de développement (2002-2006), l'accent a été mis sur la qualité des services SR dont l'élargissent de la gamme des contraceptifs par l'introduction de la contraception d'urgence, de l'avortement médicamenteux et de nouveaux types de contraceptifs. Les protocoles SR ont fait l'objet d'une actualisation en vue d'y introduire les paramètres de qualité. La formation en matière de SR a pris une importance accrue pour les cadres à l'échelle nationale. L'année 2006 a été marquée par le renforcement de la coopération bilatérale et triangulaire (Coopération Sud-Sud en SSR) et le lancement de plusieurs programmes de coopération internationaux et plans nationaux stratégiques.

Un projet d'une stratégie de communication sociale (2007-2011) a été avancé comprenant une stratégie IEC formalisée selon une approche multidimensionnelle en élargissant le champ vers d'autres composantes de la SSR ainsi l'ONFP a défini les priorités et les modalités opérationnelles à sa mise en œuvre en termes de planification, de gestion des ressources, de formation, de partenariat, d'approches de communication ciblées, de production et de diffusion des supports éducatifs (*ibid.*).

Le champ d'action s'élargit aussi vers d'autres groupes de la population. Cet élargissement du champ d'action implique nécessairement la mise en place de stratégies impliquant plusieurs intervenants comme les associations et les universités tant au niveau de la SR qu'au niveau des divers aspects de population en relation avec les questions émergentes des jeunes, de l'immigration et de l'approche genre.

14. Selon les données fournies par la Direction des ressources humaines (ONFP) en date du 22 novembre 2016, l'ONFP compte 304 personnels socio-éducatifs soit 21,5% de l'effectif global. La majorité du personnel (95,4 %) est de genre féminin. De point de vue âge, les deux tiers (60,9%) du personnel avaient entre 40 et 49 ans (33,8%) est âgé entre 50 et 59 ans et (5,6%) sont âgés de moins de 40 ans. Plus de la moitié du personnel socio-éducatif (58,9%) a été recruté dans les années 90.

5 Analyse descriptive du programme national de SR : l'intérêt de considérer le changement de comportement

5.1 IEC : un accès aux services grâce à une approche communautaire participative sur la SSR

Une stratégie IEC en matière de SSR repose sur une approche multisectorielle et décentralisée qui accorde à chacun des acteurs le rôle qui lui revient. « Cette stratégie fournit le plan cadre des interventions susceptibles d'avoir un impact en relation directe ou indirecte avec les changements d'attitude ou de comportement du public » (Belhassen, 1998, p. 223). « Elle porte sur des activités de communication, d'éducation non formelle et de plaidoyer [...] ». (*ibid.*)

Dans le droit fil du projet ONFP/Fonds des nations unies pour la population (UNFPA) (1997-2001), une stratégie d'IEC en soutien au développement des services de SR a été élaborée. Cette stratégie a été destinée à « accompagner le développement de ces composantes et permettre d'informer les publics visés des nouvelles disponibilités de services ». Cette stratégie était aussi bien de « proximité basée sur la communication interpersonnelle (CIP) que par médias » (ONFP, 2006).

Un plan de communication autour de la SR a été identifié par composante. En termes de pratiques, Hélène Pour a précisé que :

> « la stratégie d'IEC faisant partie intégrante d'une stratégie globale, ne peut être élaborée – au même titre que toute stratégie- qu'à partir du moment où l'on dispose d'informations fiables sur l'ensemble du domaine concerné, tant en amant qu'en aval. Faute de posséder au départ d'un minimum vital de données et de les utiliser, les objectifs de communication ne pourront être atteints » (Pour, 1994, p. 10).

Dans ce cadre, la Direction des soins de santé de base (DSSB) dans son document : « Analyse de la situation et de la riposte au VIH Sida et aux IST en Tunisie » a relevé que « les pratiques de l'IEC laissent apparaître l'usage à profusion de concepts, de techniques et de formes de communication qui ne reposent pas sur des définitions professionnellement convenues. Chaque acteur fait usage du concept IEC sans faire de distinction entre « Information », « Éducation », « Communication » (Ministère de la santé publique, 2010, p. 96-97). D'autres concepts ou approches se greffent sur cette confusion méthodologique. Dans le cadre de la communication pour le changement de comportement (CCC), l'approche communication pour un impact comportemental, a été employée par les partenaires nationaux, souvent pour désigner ou qualifier de simples réunions de sensibilisation et d'échange ». Cette difficulté d'introduction des approches a été relatée par l'un des experts en communication rencontré : « L'approche FFOM [15]ou autre analyse sont des pistes scientifiques intéressantes, [...] il y a des moments où nous travaillons- je ne dis pas arbitraires – mais d'une manière intuitive selon notre expérience [...] j'ai voulu travailler avec l'approche COMBI, à ce jour je n'ai pas pu parce que je n'ai pas trouvé des cadres formés [...] ». La question se pose ainsi peut-on réellement appliquer cette approche dans le domaine de la SSR ?

15. Forces, faiblesses, opportunités, menaces.

En matière de production de supports IEC ceux-ci sont produits dans un esprit généraliste qui n'aide pas à la communication et cadrent difficilement avec les spécificités qui sont requises dans l'élaboration des contenus des messages (*ibid.*).

Les activités d'IEC et du CCC relèvent de la « communication de proximité, domaine d'interventions prioritaires des ONG, sous bénéficiaires (SB) et partenaires ». Ce genre d'activité est pratiqué dans un esprit de Bénévolat, d'autant que la faiblesse des moyens humains et financiers des ONG couplée avec la faiblesse des compétences communicationnelles, rend difficile de parler d'une vraie stratégie de communication au niveau national. D'autres concepts et notions sont utilisés pour ce qu'ils ne sont pas, tels que les stratégies de communication, plans de communication, campagnes de communication et ciblages publics entre autres (*ibid.*).

5.2 Les stratégies communicationnelles en SSR : un ensemble disparate et dispersé

> Compte tenu des « objectifs et des priorités d'un programme de population d'un pays, les besoins des auditoires ciblés constituent le point de départ des travaux d'élaboration des stratégies IEC destinées à résoudre des problèmes. Ceci explique pourquoi les activités d'IEC – population s'adressent à de nouveaux secteurs et programmes, telles que la dispense de conseils à l'intention des utilisateurs des services de planification familiale, la prévention des IST VIH Sida, la prévention des cancers génitaux et du sein, etc. » (Belhassen, Op. cit, p. 224-225).

Des stratégies sectorielles spécifiques d'IEC ont été mises en place. À ce niveau, il est important de signaler que six composantes sur une dizaine ont bénéficié du travail d'analyse préalable. Il s'agit des IST, infertilité, cancer du sein et cancer du col, la santé sexuelle des adolescents et des jeunes et la violence basée sur le genre (VBG) (ONFP, Op. cit, p. 4-5).

Dans cette lancée et à travers notre observation particulièrement durant la période de l'enquête par questionnaire au Centre de la santé de la reproduction du gouvernorat de Tunis, nous avons eu des échanges avec trois jeunes sages-femmes dont une assurerait des séances d'éducation en matière de SSR à l'Espace amis des jeunes et des consultations pour adolescent(e)s et jeunes de la tranche d'âge (15-29 ans), qui nous ont bien exprimé au cours des séances de débriefing sur les objectifs attendus de notre recherche et de l'enquête poursuivi Connaissances, attitudes et acceptation des messages véhiculés sur la santé sexuelle et reproductive" que le personnel socio-éducatif n'est pas suffisamment outillées en techniques de communication pour traiter les différentes composantes de la SSR et que parfois elles sont confrontées à des questions de la part des jeunes sur les comportements à risque (Sexualité, homosexualité, toxicomanie et drogues, amour...) dont elles ignorent les réponses à certains sujets ni l'attitude à adopter face à certaines situations.

5.3 La communication sur les IST VIH Sida : une stratégie qui tarde à se concrétiser

De son côté et dans le cadre du programme d'appui au Fonds Mondial, l'ONFP a lancé une stratégie nationale de communication en matière d'IST VIH Sida en 2009 qui a pour objectif de donner cohérence, visibilité et efficacité aux interventions de prévention de tous les acteurs et intervenants auprès des différentes populations bénéficiaires.

Dans ce cadre, deux modes d'interventions complémentaires ont été proposés : des campagnes médiatiques limitées dans le temps et un renforcement de la CIP, de la communication communautaire et des relations publiques auprès des publics cibles. Le démarrage de différentes actions de communication devrait avoir lieu simultanément mais le travail sur le terrain devrait se poursuivre au-delà du temps de la campagne sur le reste de l'année (ONFP, 2009, p. 58). Selon l'un des cadres en relations publiques « *cette stratégie a été confiée à un bureau d'étude national en Tunisie et on a eu une stratégie clé en main décliné sous forme de plan d'action qui a été suivi une seule année et puis . . . il y a eu les changements du 14 janvier 2011* ».

Cependant, ce document ne présente pas un plan de mise en œuvre opérationnelle et n'a pas pu être exécuté. Une adhésion des différents intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux semble tarder à voir le jour. « Ceci pourrait s'expliquer par les manquements, les insuffisances et les incohérences qui entachent la communication sur le programme national de lutte contre les IST et le Sida (PNLS) » (Ministère de la santé publique, Op. cit, p. 186). Une structure centrale de référence, auprès de laquelle on aurait pu obtenir toutes les données relatives aux aspects de communication.

5.4 La communication pour la lutte contre le cancer du sein en Tunisie : une stratégie cohérente, chacun a sa manière de diriger et de gérer

Cette stratégie s'inscrit dans le cadre de la politique générale de la santé publique et des objectifs du Millénaire pour le développement pour l'an 2000. Elle propose des éléments pour une campagne nationale et une autre régionale « Ville Rose ». Le message essentiel proposé est : « قد ما تفطن بيه بكرى. . . قد ما ينجم يتعالج »[16].

Des projections de messages à l'adresse de l'environnement social immédiat (le voisinage, la coiffeuse, le personnel médical et paramédical, etc.), ont été avancés. Elle a également proposé « d'articuler la stratégie de lutte contre le cancer du sein avec la réalisation des activités envisagées pour l'année 2010, année de lutte contre les cancers et de demeurer la CIP comme le « nerf de la guerre contre le cancer du sein » pour un changement des mentalités et la levée des tabous qui persistent encore visant la femme, l'homme, les descendants, la famille et l'entourage social et professionnel » (ONFP, Op. cit, p. 23-24.). A cet effet, l'ensemble des acteurs de la communication interviewés ont témoigné à l'unanimité de la réussite de la campagne de prévention du cancer du sein en 2008/2009.

16. « Cancer du sein mieux le découvrir tôt. . . mieux sera soigné » (Traduction de l'auteur). ONFP en partenariat avec la CNAM, ONFP (2009). [Message diffusé en langue arabe dialectale à l'occasion de la Campagne nationale de lutte contre le cancer du sein 2009. Une campagne d'affichage urbain a été menée du 4 au 15 février 2009 et des Campagnes dans les moyens de transport en métro, en train, . . . du 4 au 15 février 2009 et du 23 février au 9 mars 2009].

Selon l'un des cadres de l'unité des relations publiques et de presse : « *Pour la campagne du cancer du sein, c'était une campagne réussie mais c'était des fragments d'initiatives*. [. . .] *Il n'y avait pas un plan au début mais au final vous observez un plan de communication bien établi* [. . .] *À travers le personnage de l'actrice de théâtre Amel Safta, nous avons fait une série de témoignages dans les radios et la TV, un spot TV et une émission :* سويعة لصحتك[17] *suivi par une conférence de presse au Ministère de la santé et des actions de communication de proximité* [. . .]*ce sont des ingrédients qui ont fait un tout* ».

En effet, cette stratégie n'a pas fait l'objet de publication et de diffusion. Les entretiens que nous avons conduit avec les acteurs de terrain nous ont permis de constater des efforts louables à travers les campagnes de « l'Octobre Rose » chaque année, mais gagnerait en efficacité si tous les concernés œuvrent de concert.

5.5 La communication sur la prévention de la violence faites aux femmes : un processus de réflexion stratégique engagée

La stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes (VFF) à travers le cycle de vie, publié conjointement par le Ministère de la femme et de la famille (MAFF) et le FNUAP en 2013 présente deux domaines d'interventions visant la mise en place de stratégie de sensibilisation et de communication pour le changement des comportements violents à l'égard des femmes au sein de la famille et de la société (MAFF, 2013, p. 22-27). Ces domaines touchent essentiellement la mobilisation sociale et sensibilisation communautaire et le plaidoyer.

À cet effet l'un des acteurs gouvernementaux rencontrés nous a indiqué : « qu'une ébauche d'un plan de communication pour la prévention de la violence à l'égard de la femme [18]serait en cours de réalisation par le Centre de recherche, de documentation et d'information sur la femme ».

Des initiatives ont été lancées par différents acteurs sur le terrain à travers des actions de sensibilisation et d'éducation au profit de la population. Des initiatives d'élaboration de supports écrits et audiovisuels qui ont suscité les critiques des acteurs interviewés particulièrement la conception des messages de prévention.

En effet, la conception d'un message de prévention est parfois sujette au contexte national voir mondial, ou dans une perspective de lancer un débat de société sur une problématique donnée tel que l'ont exprimé les acteurs chargés des relations publiques et de presse à l'ONFP en citant l'exemple du premier message lancé sur la prévention de la VBG « لا للعنف لنتحاور »[19] en 2007. Cette période a été caractérisée par le lancement de la 1ère phase du projet « Équité de genre et prévention de la violence à l'égard de la femme » en collaboration avec l'Agence espagnole de coopération internationale.

En effet, le message doit comporter des éléments significatifs pour composer avec le problème à traiter (Frenette, 2009, p. 56), comme ne le cache d'ailleurs pas l'un des hauts cadres et spécialiste en communication à l'ONFP :« Pour la violence on a fait beaucoup de photos en mettant l'accent sur la violence physique, yeux bleues, ensuite on

17. Une heure pour votre santé.
18. Aucun document n'a fait objet de publication ou de diffusion à ce jour (Déc.2016).
19. « Non à la violence. . . pour le dialogue »

s'est proposé la peinture pour exprimer l'acte d'agression, on a eu recourt à des peintres pour nous élaborer des propositions on est passé par plusieurs étapes jusqu'au message lancé cette année العنف ضعف[20] [...] ».

6 La communication sociale en SSR : des actions de communication alternées pour le grand public

6.1 Parler de la SSR : vue générale des formes de communication pratiquées

Des actions permanentes d'IEC et de formation à travers un faisceau d'activités spécifiques ont été menées auprès des différents segments des divers groupes cibles.

Chaque année, les efforts d'IEC sur le terrain concernant les différentes composantes de la SR, à travers l'organisation des séances d'éducation individuelle et de groupe, touchent un nombre total de bénéficiaires d'environ un million d'hommes et femmes (dont un tiers est constitué des jeunes des deux sexes âgés de 15 à 24 ans).

Deux campagnes de communication méritent d'être soulevées : La campagne de lutte contre le cancer du sein (ONFP, 2009) et la campagne de promotion du dépistage du VIH Sida (ONFP, 2010). Ces campagnes visent des changements de comportement auprès du public, l'un spécifique et l'autre général tout âge confondu. Elles portent également des enjeux organisationnels découlant d'enjeux sociaux (parler de l'intime : le sein, la sexualité), opérationnels (distributeurs et partenaires) et institutionnels (image, notoriété). À ce niveau, l'ensemble des acteurs rencontrés ont soulevé les difficultés d'ordre organisationnel et de leadership entre les différents intervenants institutionnels et son impact sur l'atteinte des résultats escomptés ce qu'a précisé un ancien délégué régional de l'ONFP *« il y a toujours ce double emploi entre les Ministères : la santé, les affaires de la femme et de la famille, les affaires sociales, etc. »*

La notoriété et le renforcement d'image de l'institution seraient parmi les objectifs les plus importants à considérer tant pour le public interne que pour le public externe. Ainsi la communication par l'événement provoque ou renforce un sentiment de fierté et d'appartenance de la part du personnel mais reste une variable stratégique non considérée. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que la communication événementielle n'est pas encore managée de manière globale.

Quant à la communication de proximité, l'IEC reste la composante privilégiée par les acteurs de la communication en SSR en Tunisie. Selon le rapport semestriel des activités de l'ONFP 2016, le nombre de bénéficiaires des services IEC en SSR a atteint 579 977 personnes (39 192 hommes et 540 785 femmes) soit une évolution de 21,8% par rapport à l'année 2015 pour la même période. La moitié (54%) des sujets ont bénéficié de séances d'éducation sur la PF, les cancers féminins et la prénuptialité, 3,2% sur la VBG, 19,6% sur les IST VIH Sida et les comportements à risque. Le nombre de jeunes ayant bénéficié de services IEC est de 117 258 (31 770 garçons et 85 488 filles) (ONFP, 2016, pp. 13-15).

Au cours de notre observation, nous avons remarqué au Centre de santé de la reproduction de Tunis un « planning hebdomadaire » (Feuille de dimension A4) affiché au sein de l'Espace amis des jeunes indiquant par jour le thème et la durée des séances de

20. « La violence est une faiblesse »

sensibilisation sur « la prévention des comportements à risque auprès des jeunes » à prodiguer pour la population venant bénéficier d'un service SSR. Ces séances sont assurées par des animatrices et rarement par des sages-femmes. Le discours moralisant était bien présent au cours de ces séances. Par contre les délégations régionales de l'ONFP de la Manouba et de Ben Arous proposaient quasi systématiquement le thème de la PF et des méthodes contraceptives. Des dépliants sont distribués – parfois en langue française – sans explication au préalable du contenu et ne tenant pas compte du niveau éducatif et socio professionnel de la population accueillie par ces Centres.

6.2 Une communication communautaire au service des groupes sociaux à haut risque

Depuis 2007, plusieurs partenaires ont contribué à la mise en œuvre d'activités inhérentes à plusieurs domaines d'interventions qui se rattachent essentiellement à l'éducation et à l'information auprès des jeunes et des populations à haut risque, au plaidoyer et à la mobilisation des leaders politiques, religieux et des médias, à la promotion de la distribution des préservatifs, au renforcement de la prise en charge des IST et du VIH Sida et au développement de la recherche par la réalisation d'enquêtes séro-comportementales auprès des jeunes et des populations à haut risque.

En 2009 et en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), un dispositif national de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH a été mis en place. Plusieurs activités génératrices de revenu ont été lancées par des personnes vivant avec le VIH ; et une assistance psychologique a été assurée conjointement par le Ministère des affaires sociales et les ONG impliquées au profit des PVVIH.

Vingt-cinq Centres[21] de conseil et de dépistage anonyme et gratuit du VIH Sida sont fonctionnels répartis sur 14 gouvernorats. Un numéro vert gratuit « 80 10 12 12 » sous forme d'un serveur vocal est mis en service pour indiquer les adresses de ces centres. Une année après, ce numéro est mis hors service.

En 2010, les PVVIH ont été impliquées dans la riposte nationale au VIH Sida à travers la création d'un groupe de médiateurs socio-sanitaires en vue de participer à la résolution de certains problèmes liés à l'observance et à la lutter contre la stigmatisation ainsi que la création d'un groupe de soutien des personnes vivant avec le VIH et le renforcement du système de suivi et évaluation de la riposte nationale au VIH Sida.

Plusieurs autres acteurs nationaux ont été impliqués particulièrement dans le programme national de lutte contre les IST VIH Sida en plus du Ministère de la santé [tab. 1]. Également, la société civile a largement contribué au ciblage des populations les plus exposés au risque [tab. 2] ainsi que les personnes infectées ou affectées par le VIH, les universités privées et le secteur privé.

21. Arrêté du ministre de la santé publique du 18 nov.2008 pour la création des CCDAG ; Arrêté du ministre de la santé publique du 04 sep. 2009 complétant l'arrêté du 18 nov.2008et Arrêté du ministre de la santé publique du 25 mars 2011 complétant l'arrêté du 18 nov.2008. Au total 25 CCDAG dans 14 gouvernorats.

Tableau 1: Principaux ministères impliqués dans la lutte contre le Sida (Ministère de la Santé Publique, 2011, p. 40).

ONG	Public cible	Sites d'intervention
Ministère des Affaires Sociales (MAS).	Milieu professionnel ; Jeunes des quartiers défavorisés fréquentant les Centre de Défense et d'Intégration Sociale (CDIS) et les PVVIH.	Activités de communication ; de prévention de proximité et de soutien social aux PVVIH.
Ministère de la Défense Nationale.	Jeunes recrues militaires et les militaires en mission.	Activités de communication ; de prévention de proximité et de protection sanitaire.
Ministère des Affaires de la Femme.	Centre de formation de la fille rurale.	Activités de prévention de proximité.
Ministère de la Justice.	Détenus et services médicaux du ministère ; Populations clés : Professionnelles de sexe (PS), Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), Usagers de drogue injectables (UDI) et PVVIH.	Activités de communication ; de prévention de proximité et plaidoyer visant la révision des textes de lois discriminatoires.
Ministère des Affaires Religieuses.	Imams et prédicateurs.	Activités de sensibilisation et de plaidoyer.

Tableau 2: Les ONG Thématiques impliqués dans le programme SSR pour les populations à haut risque (Ministère de la Santé Publique, 2011, p. 40).

ONG	Public cible	Sites d'intervention
L'Association Tunisienne de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles SIDA (ATLMST SIDA- Section de Tunis).	TS ; HSH ; UDI.	Tunis, Nabeul, Sousse, Sfax...
L'Association Tunisienne de prévention contre la toxicomanie (ATUPRET) à Sfax.	TS ; UDI.	National.
L'Association Tunisienne d'information et d'orientation sur le SIDA (ATIOS).	Détenus ; UDI.	Tunis et nord du pays.
Groupe de Soutien des PVVIH (GS++)	PVVIH.	Tunis.

6.3 Marketing social : une expérience non renouvelée

À l'instar du premier programme de marketing social initié au cours des années 90, deux autres plans de marketing social ont été élaborés. Le premier « Projet d'élaboration d'une stratégie de marketing social pour la promotion du condom auprès des jeunes tunisiens » (ONFP, 2007). Le deuxième « Développement et mise en œuvre du plan marketing social 2009-2012 » (ONFP, 2009) élaboré dans le cadre de l'étude pour le développement et la mise en place d'une stratégie nationale de communication pour la prévention des IST VIH Sida. Ces deux derniers documents n'ont pas pu être traduits en actions concrètes sur le terrain. En effet, les modèles de la communication persuasive de santé publique possèdent de nombreuses implications pour le marketing social, notamment pour la connaissance et la segmentation de la cible. Les modèles duaux de la persuasion montrent l'importance de prendre en compte la motivation, l'implication et la capacité de traitement du message de la cible pour que la campagne soit efficace (Marchioli, 2006, p. 24).

7 Canaux de diffusion : un choix centré sur les médias traditionnels

Les médias sont un point d'appui stratégique pour diffuser une information accessible à tous relative à la SSR dans ses différentes composantes. La presse écrite, les émissions télévisées et radiophoniques, les spots publicitaires, les films, les pièces de théâtre, et les réseaux sociaux sont autant de canaux qui permettront de miser sur la transmission d'un contenu général et vulgarisé et qui pourront être utile à un public le plus large possible.

Un large éventail d'actions médiatiques a été programmé principalement autour des journées mondiales avec une couverture journalistique épisodique et saisonnière et une programmation radiophonique varié avec un partenariat avec les radios privées qui a offert l'opportunité aux auditoires de parler ouvertement du Sida, de VBG, etc., de poser différentes questions et d'exprimer leurs points de vue. Les radios régionales se sont également mobilisées.

L'ONFP et la DSSB ont une présence médiatique importante sur les chaînes de TV nationales à travers la diffusion de spots télévisuels visant la promotion du dépistage anonyme et gratuit sur le Sida et la non-discrimination des PVVIH ainsi que la prévention du cancer du sein et la lutte contre la VBG.

La prévention du VIH Sida était la principale thématique des spots télévisés produits. Vingt-cinq spots ont été réalisés par plusieurs intervenants sur le VIH Sida de 1987 à 2010 (Ben Hassine, 2011, p. 115-124) ont été diffusés dans les chaînes de télévision nationales et privées. En matière de lutte contre le cancer du sein l'ONFP a assuré dès 2009 la production de deux spots TV sur le cancer du sein et une production sur la VBG objet de campagnes télévisé et d'affichage urbain.

8 Les nouvelles technologies de l'information : un portail à vocation documentaire

L'analyse des différentes rubriques du portail d'information [22] est principalement dédiée à la recherche documentaire au profit des spécialistes et chercheurs universitaires que pour le grand public.

La rubrique jeunes comporte deux rubriques, une sous forme de « questions réponses » et une autre sur les « espaces jeunes SSR et adolescents ». La première regroupe des sous-rubriques sur la contraception prénuptiale, les méthodes contraceptives, l'infertilité, les IST, le cancer et la ménopause. Dans chacune des sous rubriques avec une dizaine de questions où il faut encore cliquer pour lire le contenu. Aucune illustration graphique ou animation par vidéo, jeux, etc. n'y figure pour attirer le jeune à continuer à lire le contenu sur le portail mais risque de l'orienter vers d'autres sites d'information ou plateforme spécialisée sur la problématique de SSR sachant que « 27,1% des jeunes utilisent Internet tous les jours » et « 70,6% utilisent Internet pour faire de nouvelles rencontres et établir des relations d'amitié » (Association Tunisienne de lutte contre les MST Sida, 2014, p. 35).

22. www.onfp. tn (Page consultée le 26 février 2018 à 15h30).

En effet, l'internaute est contraint de passer par des pages dites « tunnels » qui obligent le visiteur à utiliser un long chemin pour arriver à l'information recherchée. L'internaute est contraint d'effectuer plusieurs « cliques » pour ouvrir à chaque fois de nouvelles pages. Il serait mieux d'utiliser des pages « scroller » en d'autres mots favoriser les pages longues plutôt que la division en plusieurs sous-rubriques (à moins qu'il y ait un vrai enjeu de référencement qui implique cette séparation).

L'ONFP semble conscient de cette nécessité d'intégrer les NTIC, ce que précise l'un des acteurs rencontrés :

> « Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) devra entrer dans le cadre de la stratégie de l'ONFP [...] sachant qu'on a mis les moyens avec les opérateurs existants, c'est un créneau que nous œuvrons à le développer avec la Direction de la communication, [...] et étudier les différentes modalités pour intégrer les NTIC ».

9 Discussion et interprétation

Des techniques et des approches variées ont été adoptées en éducation de la santé : communication interpersonnelle, communication culturelle et interculturelle, médias de masse, communication organisationnelle, marketing social, formation, plaidoyer (sensibilisation des décideurs), mobilisation sociale, etc. Un nombre grandissant de projets SSR, VIH, VBG et Cancer du sein à l'intention des jeunes et de la population en général dans les 24 gouvernorats, a permis d'obtenir de meilleurs résultats et d'aider à maintenir les interventions. Que pensent donc nos interviewés des actions de communication sociale menées ?

Une comparaison de type « avant / après » ou « ici / ailleurs » a été avancée par les interviewés à travers une démarche d'observation et de comparaison des programmes SSR. La comparaison a mis l'accent sur le déroulement des actions de communication en SSR menée avant et après le 14 janvier 2011. Certains ne nous semblent pas basés sur un objectif de SSR déterminé par la littérature ou construit de façon pragmatique en fonction de certaines situations et à partir d'avis des experts rencontrés. En effet, « toute donnée, relevée ou mesurée, qui ne peut être comparée à une autre, ne peut être considérée comme une donnée évaluative » (Stalder, 2010, p. 5).

Une réflexion avancée sur les changements des modes de vie de la société tunisienne en un demi-siècle d'indépendance et de développement économique et social. L'adoption également de nouvelles valeurs et pratiques en matière de SSR. Les résultats des enquêtes séro-comportementales sur le VIH Sida (2009, 2011, 2014) [23] et la VBG à travers l'ENVET [24] (2010) pourraient en témoigner.

23. Les résultats de ces enquêtes, nous ont permis de comprendre que le risque de transmission par le VIH n'est pas le même pour toute la population. Étant donné que le seul suivi de la propagation du VIH dans la population ou dans ces groupes ne fournit pas des informations suffisantes pour les planificateurs et les acteurs de la prévention du VIH, l'ONUSIDA s'est chargée de mettre en place des systèmes de surveillance de deuxième génération, incluant le recueil des données comportementales. La surveillance comportementale permet de suivre et expliquer les tendances dans une population donnée, d'alerter les intervenants quant à un risque réel de propagation du virus dans un groupe donné, et enfin d'aider à la conception des programmes de prévention.

24. L'enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie, réalisée par l'ONFP/AEICD en 2010, permet de jauger l'ampleur du phénomène en Tunisie. L'enquête a également mis en évidence que la prévalence de

Dans cette idée nous rejoignons la thèse culturaliste Richard Hoggart et Stuart Hall, partant de

> « l'idée que les effets des médias dépendent de la place des récepteurs dans la division sociale du travail et dans la culture. Les médias véhiculent une idéologie dominante mais la réception qui en est faite dans les classes dominées n'est pas naïve, elle est distanciée et critique. Par exemple, le goût populaire pour les émissions de distraction ne signifie pas que les gens confondent le contenu des émissions avec leur vie » (Missika, 2008, p. 294).

En effet, avant de définir un choix, certaines informations devraient être demandées ou fournies. Toute décision s'appuiera soit sur (Cecchi, 2008, p. 392-393) :

— Une approche analytique, fondée sur un critère de satisfaction lui-même basé sur la comparaison entre les diverses possibilités de choix et les différentes solutions potentielles.
— Une approche intuitive où l'expérience du décideur et sa capacité à reconnaître la situation dans laquelle il est jouent un rôle important dans la prise de décision.

Catherine Cecchi ajoute que « si la prise de décision est la partie la moins visible de la politique en santé publique, elle en est pourtant le moteur principal. Elle doit intégrer le point de vue de tous les acteurs, usagers compris qui se situent à l'heure actuelle de plus en plus au cœur du système de santé » (Cecchi, 2008, p. 393).

Certaines activités menées en SSR sur le terrain relèvent l'absence de coordination et de plaidoyer et ne favorisent pas la conception d'un schéma directeur de communication et d'une stratégie de communication en SSR appropriés.

Dans cette perspective, nous rappelons l'apport Henri Mintzberg à travers l'approche systémique pour mieux comprendre les organisations. Mintzberg a élaboré une typologie permettant de catégoriser les diverses composantes internes d'une organisation en passant en revue plusieurs variables organisationnelles étroitement coordonnées entre elles à savoir la coordination des opérateurs et la division du travail, les buts organisationnels et la distribution du pouvoir. Le modèle de Mintzberg nous a permis de mieux comprendre les organisations et y envisager des changements en proposant une analyse du contexte organisationnel pour préparer les actions à entreprendre en permettant de clarifier les enjeux des interventions.

> Cependant « un changement d'accent s'impose aux planificateurs de regarder au-delà des activités de communication et d'incorporer des stratégies constructives pour offrir un environnement et une organisation propres aux changements de comportements individuels. Une approche utilisant des sites clés et les secteurs déplace aussi l'intérêt vers la création d'environnements favorables aux changements » (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1998, p. 53).

toutes les formes de violence est généralement associée au niveau d'éducation des femmes (les moins éduquées étant les plus vulnérables), à l'âge (pour la prévalence sur toute la vie) et à la région. Cette violence semble « normalisée » par les femmes qui déclarent que la violence est un fait ordinaire qui ne mérite pas qu'on en parle dans 55% des cas.

Plusieurs alternatives existent pour améliorer les stratégies de communication sociale en SSR. Ainsi, le but des stratégies préventives ne doit pas être « seulement » d'informer, de sensibiliser ou de promouvoir un comportement vertueux, mais d'inciter la population à l'adopter.

> « Une telle entreprise passe notamment par la remise en question du mythe de l'agent rationnel par une meilleure appréhension des biais psychologiques et sociaux qui caractérisent l'être humain. Le domaine de la prévention a la responsabilité d'intégrer ces nouvelles dimensions en s'ouvrant à de nouvelles expertises, parmi lesquelles les apports des recherches en sciences comportementales » (Oullier et Sauneron, 2010, p. 15).

Un intérêt semble marqué par le recours aux approches qualitatives qui, selon certains interviewés : « engendrait moins de coût et de moyens techniques et humains que les enquêtes quantitatives ». De plus le caractère très générique de l'Analyse SWOT et son utilisation « en de nombreuses circonstances car il ne s'appuie pas sur des postulats trop spécifiques. Il se contente d'affirmer le lien entre environnement et caractéristiques interne, et c'est ce qui fait sa force » (Desreumaux et *al.*, 2009, p. 73-74) et encourage les acteurs à son adoption par rapport à COMBI qui nécessite « d'entreprendre une étude rigoureuse du marché sur le terrain. Un des procédés est appelé analyse des forces du terrain pour une attitude particulière attendue [...] sachant que COMBI met beaucoup l'accent sur la sensibilisation, l'apologie, l'information, et l'éducation (le EIC), et fait entrer en scène les facteurs de marketing de communication intégré (MCI) qui génèrent des attitudes (le DARM) » (Organisation mondiale de la Santé, 2003, p. 20).

Comme règle générale « le succès d'une campagne ne pourra être évalué qu'à travers des objectifs bien précis. Le réalisme est toujours de mise dans la formulation des objectifs, car des buts raisonnables en termes de changement de comportement auront plus de chances d'être atteints » (Frenette, 2009, p. 47). Micheline Frenette, précise qu'il faut spécifier un objectif de changement qui soit observable sur au moins l'un des plans cognitif (Les connaissances, les attitudes, les perceptions au regard des normes sociales, des influences et des capacités personnelles) et de l'action (La consultation d'information ou de personnes-ressources, la participation des activités, l'adoption d'un comportement ponctuel ou permanent, et la fidélisation ou le maintien d'un comportement) (*Ibid*).

Un flou autour de la détermination du public a été remarqué particulièrement à travers les entretiens menés avec certains acteurs qui nous laisse rejoindre Bernard Dagenais qu'« on ne se demande donc pas quel public on veut rejoindre, mais plutôt quel objectif on veut atteindre et quel public sert le mieux cet objectif » (Dagenais, 1998, p. 224).

Quant aux thématiques liées à la prévention du Sida, du cancer du sein et la VBG, des difficultés à atteindre le public escompté ont été exprimées. La plupart des comportements que les travailleurs de la santé veulent faire adopter ont des conséquences immédiates négatives. Par exemple, utiliser un préservatif, cesser d'exercer de la violence, changer ses habitudes en entraînent l'abandon de gratifications et l'acceptation d'un certain nombre d'inconvénients difficiles à supporter. Enseigner aux gens des comportements sains ne peut se concevoir que dans une perspective de longue période.

Nous rejoignons ainsi les théoriciens du modèle des croyances relatives à la santé (HBM) qui ont supposé que les gens craignent les maladies et que les actions de santé doivent être motivées en fonction du degré de crainte des individus (menace perçue) et de potentiel prévu de réduction de crainte au niveau des actions, pour que ce potentiel soit supérieur à des obstacles pratiques et psychologiques à agir (les avantages nets). À partir de l'exploration et de l'application de ce modèle, il est très difficile de comprendre les raisons de la résistance à l'adoption des conduites préventives du VIH Sida chez les individus. L'effort à fournir n'a de sens que s'il en résulte, plus tard, un état de bien-être suffisamment désirable (De Guise, 1995, p. 2-3).

En effet,

> « la communication nous impose d'interpréter et de faire des inférences qui défient toute codification : pour toute réception d'un acte de langage, d'un énoncé, l'auditeur infère d'abord que le locuteur lui a dit ce qu'il lui a dit (qu'il a voulu exprimer le sens des mots qu'il a énoncés) ; puis, il détermine, en tenant compte du contexte, l'acte de parole dont il s'agit et, par là même, il peut éprouver que cet acte viole apparemment une maxime conversationnelle et inférer, par conséquent, qu'un deuxième acte est accompli indirectement ; de sorte que, au bout du compte, le locuteur a dit ce qu'il n'a pas dit » (Besnier, 1991, p. 36).

10 Conclusion

Parmi les grands atouts de l'ONFP figure sa capacité de mobilisation sociale confortée par une plate-forme de partenariat avec les institutions et les ONG intervenant auprès de la femme et des jeunes.

Malgré l'existence de toute une architecture institutionnelle dans la mise en œuvre des campagnes de communication et d'actions IEC en SSR, l'exposé général des différents mécanismes de coordination entre les acteurs de la communication nous a permis de relever certains obstacles à la communication. « Ils sont traduits en termes de transmission de messages, de difficultés d'émission et de réception de sens des messages transmis et des difficultés engendrés par l'environnement de la communication » (ONFP, p. 42). En effet, ces programmes nécessitent bien souvent l'implication de la population cible. Or, en pratique, il n'est pas toujours possible d'assurer le niveau nécessaire d'exposition des publics, ce qui réduit la probabilité de la réussite d'une action de communication. Dans les actions analysées, « les publics sont parfois considérés du point de vue de l'organisation. Rarement la perspective est-elle inversée. La pertinence du point de vue du public n'est jamais interrogée » (Kugler, 2010, p. 287).

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) font à ce jour défaut aux actions et campagnes de l'ONFP. Aujourd'hui « les sites Web deviennent de plus en plus des outils d'interaction organisation-public [...] et non de simples zones d'affichage » (Kugler, 2010, p. 289).

Dominique Bessières interroge l'évaluation de la communication dans l'action publique relativement aux instruments utilisés par le management public et à leur compatibilité avec les visées historiques du service public. En effet,

> « il est question de la légitimité d'un management de type libéral appliqué au secteur public qui se traduirait dans la communication publique par une évaluation par les usagers mais aussi par l'évaluation des communicants eux-mêmes par la structure. La performance est ici visée à l'instar de celle des organisations et se posent en termes d'indicateurs à élaborer « avant » comme autant critères de mise en place des actions de communication » (Le Moënne et Parrini-Alemanno, 2010, p. 7-14).

Pour remédier à ces insuffisances, certaines actions méritent d'être prises en considération à savoir :

- Le renforcement de la coordination intersectorielle comme une politique organisationnelle est un atout pour l'ensemble des intervenants à l'échelle nationale et régionale en SSR et le développement d'une gestion basée sur les résultats en SSR au niveau de l'ONFP, particulièrement à l'échelle centrale et à l'échelle régionale.
- Le renforcement du management et du leadership des actions de communication en SSR par la conception, l'adoption et la mise en œuvre de stratégies nationales de leadership, stratégie, management et culture d'entreprise au niveau du Ministère de la santé en partenariat avec les autres ministères impliqués.
- La promotion de la formation des cadres en communication et du personnel éducatif à travers la mise en place de mécanismes de motivation pour la formation au niveau de l'ONFP par la constitution d'équipes multidisciplinaires spécialisés en matière de communication en SSR et par l'introduction de cours spécialisés en conception, élaboration et diffusion des messages en SSR, en leadership et management des programmes de communication en SSR, et planification stratégique pour les cadres centraux et régionaux en SSR.

11 Références bibliographiques

Assailly, J. P. (2010). *La psychologie du risque*. Paris : Lavoisier.

B. Miles, M. et A. Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles : Edition De Boeck Supérieur.

Belhassen, B. (1998). *La communication en matière de population en matière de population et l'élaboration des stratégies. Le livre de référence en communication en matière de population*. Tunis : Institut de Presse et des Sciences de l'Information en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la population.

Ben Hassine, L. (2012). *La communication sur le Sida en Tunisie. Messages et images*. Mémoire de Master de recherche en sciences de l'information et de la communication, Université de la Manouba –Tunisie.

Ben Hassine, L. (2018). *La politique de communication sociale et santé en Tunisie : Acteurs, pratiques et réception*. Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication non publiée, Université de la Manouba –Tunisie.

Besnier, JM. (1991). Pour une communication sans concept. *Réseaux*, 9(46-47), 27-39.

Cecchi, C. (2008). La place de l'information dans la décision en santé publique. *Santé Publique*, 4(20), 392-393.

Chabrol, C. et Radu, M. (2008). *Psychologie de la communication et persuasion. Théories et applications*. Bruxelles : Edition de Boeck université. Collection ouvertures psychologiques.

Coulomb-Gully, M. (2002). Proposition pour une méthode d'analyse du discours télévisuel. *Mots. Les Langages du politique*, 70, 103-113.

Courbet, D. et Fourquet, M. P. (2003). La télévision et ses influences. Bruxelles : Éditions De Boeck Université.

Dagenais, B. (1998). *Le plan de communication : l'art de séduire ou de convaincre les autres*, Canada : Presses Université Laval.

De Guise, J. (1995). Marketing social et stratégies de communication dans le domaine de la santé. Supplément à *Recherches en communication*, 4, 2-3.

Desreumaux, A., Lecocq, X. et Warnier, V. (2009). *Stratégie*. France : Pearson Éducation.

El Hadi Widad, M. (2012). *L'organisation des connaissances : dynamisme et stabilité*. Paris : Edition Lavoisier.

Fernet, M. (2005), *Amour, Violence et Adolescence*, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Fourquet, MP. (1999). Un siècle de théories de l'influence : Histoire du procès des médias. *Médiation et information*, nº 10, 116.

Frenette, M. (2009). *La recherche en communication : un atout pour les campagnes sociales*. Québec : Presses de l'université du Québec.

Gastineau, B. et Sandron, F. (2000). La politique de planification familiale en Tunisie (1964-2000). Dossiers du CEPED, N° 61. Paris : Centre français sur la population et le développement, Groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-IRD-PARIVSI,

Ghiglione, R. et Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenu et contenu d'analyse*. Paris : Edition Dunod.

Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.

Hamza, N. et Chaabouni, A. (2006). Les pratiques sexuelles des jeunes, Représentations et sources d'information dans un contexte de SIDA. In *Les mutations socio-démographiques de la famille tunisienne : Analyses approfondies des résultats de l'enquête PAPFAM* (p. 406-427). Tunisie : ONFP.

Kugler, M. (2010). Des campagnes de communication réussies. 42 études de cas primés, Canada : Presses de l'université du Québec.

Lamizet, B. (1992). *Les lieux de la communication*. Liège : Editions Mardaga.

Le Moënne, C. et Parrini-Alemanno, S. (2010). Management de l'évaluation et communication. *Communication et organisation, 2(38), 7-14.*

Le Net, M. (1981). L'état *annonceur, techniques, doctrine et morale de la communication sociale*. Paris : Edition d'organisation.

Marchioli, A. (2006). Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive. *Revue Communication & Marketing*, 1, 17-36.

Messanga, O. (2009). *La communication sur le SIDA : discours dominants et discours domines dans la construction de la réalité du SIDA au Cameroun*. Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication, Université lumière Lyon 2.

Missika, JL. (2008). L'impact des médias : Les modèles théoriques. *La communication. État des savoirs*. Paris : Éditions Sciences humaines.

Oullier, O. et Sauneron, S. (2010). *Nouvelles approches de la prévention en santé publique L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*. Paris : Centre d'analyse stratégique.

Patrick,G. (1996). Psychologie sociale : L'individu et le groupe, Paris : Éditions Bréal

Peretz, H. (1998). *Les méthodes en sociologie : L'observation*, Paris : Edition La Découverte.

Pour, H. (1994). *Les activités d'IEC de l'ONFP. Etat des lieux 1994*. Tunisie.

Rouleau, L., Allard-Poesi, F. et Warnier, V. (2007). Le management stratégique en pratiques. *Revue française de gestion*, 5(174), 15-24.

Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*, Paris : Edition Dunod.

Stalder, P. (2010). *Pratiques imaginées et images des pratiques plurilingues : stratégies de communication dans les réunions en milieu professionnel international*. Suisse : Edition illustrée.

Références institutionnelles en langue arable (traduction de l'auteur)

Office national de la famille et de la population (2002). *Rapport des activités de l'Office national de la famille et de la population pour l'année 2000*. Tunisie : ONFP, Ministère de la santé publique.

Office national de la famille et de la population (2011). *Rapport des activités de l'Office national de la famille et de la population pour l'année 2010*. Tunisie : ONFP, Ministère de la santé publique.

Office national de la famille et de la population (2016). *Rapport des activités de l'Office national de la famille et de la population pour l'année 2015*. Tunisie : ONFP, Ministère de la santé publique.

Yahia, A. (1986). Les activités médiatiques de l'Office national de la famille et de la population. Revue n°3. Tunisie : ONFP, Ministère de la santé publique.

Réferences institutionnelles

Association Tunisienne de lutte contre les MST Sida (2014). *L'enquête nationale auprès des jeunes 15-24 ans sur les comportements à risque en Tunisie*. Tunisie : ATL MST SIDA – section de Tunis avec le soutien du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose, et le Paludisme, ONUSIDA et UNICEF.

Fonds des Nations Unies pour la Population (1996). Rapport d'analyse du programme et d'élaboration de la stratégie. Tunisie : FNUAP.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (1998). *L'éducation nutritionnelle du public : Documents présentés à la Consultation d'experts de la FAO*. Rome : Edition Food & Agriculture Organization.

Gueddana, N. [sans date]. Expérience tunisienne en matière de la planification familiale et la santé de la reproduction 1966-1999. Tunis : Ministère de la santé publique, Office national de la famille et de la population, Tunisie.

Ministère de la Femme et de la Famille (2013). *Stratégie Nationale de lutte contre les violences faite aux femmes (VFF) à travers le cycle de vie*. Tunisie : Ministère de la Femme et de la Famille et le Fonds des Nations Unies pour la Population.

Ministère de la santé publique (2001). *Le rôle de la 1ère ligne dans la lutte contre les cancers*. Communication à la 9 ème journée nationale de santé publique. Tunisie : Ministère de la santé publique

Ministère de la santé publique (2010). *Analyse de la situation et de la riposte au VIH SIDA et aux IST en Tunisie*. Tunisie : Programme national de lutte contre les IST VIH Sida, Direction des soins de santé de base, ONUSIDA, GFATM.

Ministère de la santé Publique (2011). *Plan stratégique national de la riposte au VIH/SIDA et aux IST (2012-2016) en Tunisie (Draft)*. Tunisie : Ministère de la Santé Publique, Direction des Soins de Santé de Base, Programme National de Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles, avec le soutien du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

Office National de la Famille et de la Population. *Stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer du sein en Tunisie 2009-2011*. Tunisie : ONFP, Ministère de la Santé Publique.

Office National de la Famille et de la Population (2000). *Rapport annuel de l'Office National de la Famille et de la Population pour l'année 2000*. Tunisie : ONFP, Ministère de la Santé Publique.

Office National de la Famille et de la Population (2004). *CIPD+10. Rapport de la Tunisie. Synthèse*. Tunisie : ONFP.

Office National de la Famille et de la Population (2004). *Manuel de référence en santé de la reproduction pour les prestataires de la santé publique*. Tunisie : ONFP.

Office National de la Famille et de la Population (2006). *Recueil des travaux des commissions : Coopération ONFP/UNFPA ; Stratégie de services SR ; IEC et plaidoyer ; Recherche population et développement ; Coopération Sud-Sud*. Actes de la réunion de Travail de Hammamet, 13 et 14 décembre 2006. Tunisie : ONFP.

Office National de la Famille et de la population (2006). *Stratégie d'information, éducation et communication (IEC) et plan d'action par composante en soutien au développement des services de santé de la reproduction 2002-2006*. Tunisie : ONFP.

Office national de la Famille et de la Population (2007). *Projet d'élaboration d'une stratégie de marketing social pour la promotion du condom auprès des jeunes tunisiens*. Tunisie : ONFP.

Office National de la Famille et de la Population (2008). *Population et santé de la reproduction et Rôle de l'ONFP*. Communication à l'atelier de réflexion stratégique. Tunisie : ONFP.

Office national de la Famille et de la Population (2009). *Etude pour le développement et la mise en place d'une stratégie nationale de communication pour la prévention des IST VIH Sida (Phase 2) – Développement et mise en œuvre du plan marketing social 2009-2012*. Tunisie : ONFP.

Office National de la Famille et de la Population. *La gestion des programmes d'IEC en santé de la reproduction. Manuel de référence*. Tunisie : Ministère de la santé publique, ONFP, Centre international de formation (CIF) et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA).

Office National de la Famille et de la Population. *La gestion des programmes d'IEC en santé de la reproduction. Manuel de référence*. Tunisie : Ministère de la santé publique, ONFP, Centre international de formation (CIF) et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA).

Office National de la Famille et de la Population. *Stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer du sein en Tunisie 2009-2011*. Tunisie : ONFP.

Office national de la famille et de la population (2002). *Enquête tunisienne sur la santé de la famille, Rapport principal*. Tunisie : ONFP.

Office national de la famille et de la population (2009). *Étude pour le développement et la mise en place d'une stratégie nationale de communication pour la prévention des IST-VIH* Sida (Phase 1 /Volet 2). Tunisie : ONFP.

Ordre des médecins de Tunisie (2010). Dossier spécial SIDA : Programme d'appui au partenariat et au renforcement de la riposte a la menace d'extension du VIH SIDA en Tunisie 2007-2012. Bulletin d'information de l'ordre des médecins de Tunisie, 33, 18-19.

Organisation mondiale de la santé (2003). *La communication pour agir sur les comportements et faire reculer le paludisme Guide de module*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.