



## Réception des campagnes de communication sociale et effets des messages de prévention chez la population du Grand Tunis

### Reception of social communication campaigns and effects of prevention messages among the population of Greater Tunis

Lamia Ben Hassine \*

chercheur indépendant Tuns , lamia.bhassine@gmail.com

Reçu le: 05/08/2021

Accepté le: 03/09/2020

Publié le: 26/08/2021

DOI. 10.53284/2120-008-002-011

#### Résumé:

*Une étude descriptive par quotas a été menée auprès de la population du Grand Tunis : «Connaissances, attitudes et acceptation des messages véhiculés sur la sante sexuelle et reproductive (SSR)». Trois cents sujets ont été ciblés ; la majorité est de genre féminin. La plupart des enquêtés citaient les chaînes de radio et de TV nationales comme principale source d'information relatives à la SSR. Le niveau de réception des actions menées reste modeste. Les émetteurs de messages devraient employer des stratégies diversifiées qui font appel à d'autres intérêts, plus grands, de leurs récepteurs, lorsque ces derniers manifestent un faible enthousiasme envers l'information. Ils peuvent élaborer des informations en combinant ces thèmes avec d'autres thèmes dont les récepteurs ressentent le besoin.*

**Mots clés :** *Connaissances. Attitudes. Messages, Santé sexuelle et reproductive. Campagnes.*

#### Abstract:

*A descriptive quota study was carried out among the population of Greater Tunis: "Knowledge, attitudes and acceptance of the messages on sexual and reproductive health (SRH)". Three hundred subjects participated in the survey most of them are female gender. The majority of the respondents did not benefit from awareness-raising sessions on SRH. Most respondents mentioned national radio and TV channels as the main source of information on SRH. This survey revealed that the level of reception of the actions carried out remains modest. Message communication actors should use diverse strategies that involve other larger interests of their receivers, when they have little enthusiasm for information. They can develop information by combining these themes with other themes that the receivers feel the need for.*

**Key words:** *Knowledge. Attitudes. Messages, Sexual and Reproductive Health. Campaigns.*

---

\* Corresponding author



## 1. Introduction

À l'échelle mondiale, peu d'études ont examiné le prix de revient unitaire des campagnes réalisées auprès des médias. Une étude réalisée en Afrique du sud sur un modèle de divertissement éducatif de « Soul City<sup>1</sup> », a montré que « véhiculer des informations relatives au VIH et au Sida coûte environ 0,60 dollars US par personne touchée. Inciter à agir suite à l'information fournie sur le Sida coûte 0,70 dollars US et induire un réel changement de comportement coûte 0,38 dollars US. En comparaison, une étude menée en 1997 aux États-Unis avait montré qu'il en coûtait 8 dollars US pour exposer un étudiant à une campagne préventive contre le tabac » (ONUSIDA, 2006, p.26). La clé de son succès repose sur la rigueur de la recherche qui contribue à l'élaboration des messages et des scénarii, à laquelle est dévolu près de 75 % du temps nécessaire à la réalisation.

Comprendre comment la population perçoit les messages en santé sexuelle et reproductive (SSR) est « une première étape pour identifier les freins éventuels à l'efficacité des politiques d'information » (Collectif, 2012, p. 63). Notre étude s'inscrit dans ce cadre. Nous avons donc choisi d'étudier les connaissances, les attitudes et la réception des messages véhiculés sur la SSR. L'enquête évalue la connaissance complète ainsi que les sources de cette connaissance. « La connaissance complète est définie comme la possession à la fois, des informations exactes sur les moyens de prévenir les risques, et des principales idées fausses concernant ces risques » (Essi, Njoya., 2013, pp. 1-3).

L'objectif poursuivi est donc celui d'évaluer le niveau de connaissances puisqu'il détermine les attitudes qui motivent les pratiques. « Toutefois, il peut arriver qu'elle soit menée dans une simple visée descriptive, qui ne vise pas à établir un lien entre les différentes dimensions » (Essi, Njoya., Ibidem.). Cette enquête a pour objectifs d'évaluer le niveau de connaissances, d'identifier les attitudes, et de déterminer les pratiques des acteurs à travers l'évaluation du degré de réception des messages en SSR par le public cible.

Cependant notre travail tire ses justifications de trois raisons essentielles :

- Aucune étude sur la réception en matière de SSR n'a encore été menée auprès de la population tunisienne. Les différentes enquêtes CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) qui ont été menées portent essentiellement sur la PF (le taux de fécondité et le degré d'adhésion de la femme aux différentes méthodes contraceptives), sur la santé de la mère et de l'enfant, sur la violence basée sur le genre, le comportement des jeunes et des populations à haut risque vis-à-vis des IST VIH Sida, etc.
- La gestion de la problématique de la SSR de point de vue communicationnel à travers différentes composantes.
- La compréhension du cadre du travail des acteurs nationaux et régionaux dans la mise en œuvre des campagnes de communication et des actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) en matière de SSR.

## 2. Méthodologie

Une enquête auprès de la population bénéficiant d'un service de SSR au sein des Centres de SR du Grand Tunis de l'Office national de la famille et de la population (ONFP) a été



lancée afin de recueillir des informations nous aidant à répondre à des questions telles que : Qu'est-ce que les individus connaissent sur la SSR ? Comment perçoivent-ils la SSR ? Quelles sont leurs attitudes et motivations ? Quelles sont leurs habitudes exprimées ou déclarées ? Est-ce que les éléments exprimés varient d'une personne à une autre, d'un gouvernorat à un autre ? Quelles sont les caractéristiques individuelles qui s'associent ou permettent de prédire ces variations ?

De même, comme plusieurs actions en matière de communication en SSR (IEC, Campagnes, etc.) ont été réalisées, on désirera savoir si elles ont été perçues par une part importante du public, par quel biais, comment elles ont été accueillies, et quels effets ont-elles sur la population et sur qui ?

### **2.1. Choix des régions de l'enquête**

L'ONFP est doté d'un réseau de structures sanitaires spécialisées, complémentaires et actives de par leur caractère décentralisé, et répondant aux besoins de la population, lui permettant d'assurer une grande partie des activités médicales, d'information, d'éducation et de communication, de formation et de recherche.

Ce réseau est représenté par les Centres régionaux d'éducation et de planning familial (CREPF) ou Centres de SR qui sont implantés dans les sièges des Chefs lieux des gouvernorats. Ces Centres ont représenté le lieu de notre étude.

Nous avons choisis de mener notre enquête au Grand Tunis. Ainsi six Centres de SR ont été impliqués dans notre étude :

- Le Centre de SR du gouvernorat de Tunis.
- Le Centre de SR du gouvernorat de La Manouba.
- Le Centre de SR et de recherche du gouvernorat de l'Ariana.
- Les Centres SR de Hammam Lif, d'Elmourouj et de Ben Arous du gouvernorat de Ben Arous.
- Les quatre Espaces Amis des Jeunes (EAJ) ont été également impliqués. Ces espaces sont des structures (Services) intégrés au sein des Centres de SR

### **2.2. Population de l'étude**

Trois cibles étaient visées : Les femmes en âge de procréation, les hommes adultes et les jeunes des deux sexes. Il s'agit d'hommes et/ou de femmes à partir de l'âge de 15 ans ayant bénéficié d'un service SSR au sein des Centres de SR et des EAJ du Grand Tunis et ayant volontairement accepté de participer à l'enquête.

N'était pas inclus dans notre enquête, les personnes accompagnant la population visitant le Centre SR pour bénéficier d'un service SR (Époux ; épouse ; parents ; sœur ; voisine ; etc.), les personnes ayant moins de 15 ans et les personnes n'ayant pas souhaité participer à l'enquête.

Les personnes ayant mentionné leurs prénoms et/ou leurs signatures sur les questionnaires ont été exclus de l'étude et ceux qui ont remis un questionnaire très inexploitable et à la limite vide sans réponse.

### **2.3. Taille de l'échantillon**



Notre échantillon a été composé de 300 bénéficiaires de services SSR dans le Grand Tunis. Cette cohorte a été obtenue de la façon suivante : nous avons demandé aux délégations régionales du Grand Tunis d'inclure l'ensemble des personnes ayant bénéficié d'un service SSR au sein des CREPF et obéissant aux critères d'inclusion.

Dans le cas de notre recherche nous avons opté pour la méthode des quotas en se basant sur le nombre des bénéficiaires des services de SSR à l'ONFP durant l'année 2015.

#### **2.4. Enquête par questionnaire**

Une étude descriptive a été réalisée auprès d'un échantillon de la population venant pour un service SSR dans les Centres de santé de la reproduction (SR) du Grand Tunis. Une enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire standardisé auto-administré.

Quatre thèmes ont fait objet de notre enquête : la planification familiale (PF), la lutte contre le VIH Sida, la prévention du cancer du sein et la prévention de la violence basée sur le genre (VBG). Il s'agit de campagnes diffusées dans les médias grand public, comme les chaînes de télévision et de radios nationales et régionales (pour les spots), et par voie d'affichage urbain à grande échelle (pour les visuels « papier ») et les titres de presse destinés à un large public.

##### **a) Questionnaire**

La confection d'un questionnaire repose sur la réduction de la réalité et sur la sélection des informations les plus pertinentes. « *Pour étudier un ensemble de comportements dans un domaine particulier de l'activité humaine* » (Hap, 1990, p. 4), les données se répartissent, dans l'ensemble, sur cinq axes (Mucchielli, 1993, p. 7) :

- i. Les données dites personnelles : l'âge, le sexe, le degré d'instruction, la nationalité, les données économiques, les données professionnelles, ou familiales, etc.
- ii. Les données socioculturelles ou sur l'environnement [...].
- iii. Les données de comportement ou les variables personnelles évolutives, qui peuvent être modifiées par une action [...].
- iv. Les niveaux d'information, les attentes et les opinions (C'est-à-dire craintes, espoirs, expectations).
- v. Les conduites et les habitudes comportementales telles qu'elles sont déclarées par les personnes interrogées dont on peut dire en gros qu'elles représentent ce qui pousse à l'action.

Dans le cas de notre recherche le questionnaire a été administré en deux langues le français comme langue de référence et l'arabe simple évitant les formules grammaticales parfois peu claires en vue de faciliter la compréhension auprès des enquêtés.

##### **b) Déroulement de l'enquête proprement dite**

L'étude s'est déroulée entre le 22 mars 2016 et le 07 mai 2016. Une pré-enquête s'est menée le 19 mars 2016 dans la délégation régionale de l'ONFP de Tunis.

Des autorisations d'enquête ont été obtenues avant le début des activités de terrain. Une autorisation auprès de la Direction générale de l'ONFP a été préalablement effectuée avant



le lancement de la recherche pour présenter l'étude ainsi que les modalités pratiques d'exécution.

Chaque personne a répondu de manière individuelle à l'exception de certains bénéficiaires qui ont exprimé une assistance de l'enquêteur. L'identité des personnes soumises au questionnaire a été protégée : le questionnaire était anonyme. La participation à l'enquête était volontaire et sans contrainte. Le choix de ne pas se soumettre au questionnaire a été respecté.

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0

### **3. Caractéristiques des répondants : des différences de genre significatives**

#### **3.1 Une population de jeunes, à dominante féminine**

La répartition par genre et par âge des répondants, ainsi que leurs niveaux scolaires révèlent des différences. Plus des quatre cinquièmes (89,3%) de la population d'étude sont de genre féminin.

L'âge moyen est de  $\pm 31$  ans. Les deux cinquièmes (43%) ont moins de 30 ans.

Quant au statut matrimonial, 70,7% des participants sont mariés. Les deux tiers (65%) ont des enfants (1 à 2 enfants). Près du tiers sont des célibataires (28%), sept ont déjà des enfants (8,3%). Cette évolution pourrait être liée à l'émergence de certaines nouvelles formes de conjugalité dans la société tunisienne (Couple non marié) et à la pratique des rapports sexuels non protégés hors cadre du mariage particulièrement auprès des jeunes des deux sexes.

L'intérêt pour les hommes, dans le cadre de la santé familiale, était limité aux maris. En effet, l'impact de l'implication des hommes sur les différentes composantes des programmes de SR a été largement démontré. L'homme joue un rôle important dans l'utilisation des services de SR par la femme : Le partenaire masculin influe aussi sur les décisions de la femme concernant le traitement, notamment de recevoir ou non des médicaments et de suivre ou non les conseils reçus en matière de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et autres. A cet égard, l'engagement constructif des hommes peut produire des résultats positifs pour la santé des femmes, des enfants et des familles.

#### **3.2 Une population ayant un niveau d'études secondaires**

Près de la moitié de la population étudiée a un niveau d'études secondaires (44,3%) dont la majorité est de genre féminin (90,9%) et le dixième du genre masculin (9%). Les gouvernorats de Ben Arous et de la Manouba représentent chacune près du tiers (28,5%). Quant à la population ayant suivi des études supérieures, elle représente environ le quart (24,3%) avec une majorité féminine dont le tiers (31,5%) du gouvernorat de Tunis.

La fréquentation des Centres de SR par la population estudiantine était moins d'un dixième (6,7%) avec une fréquentation allant jusqu'à 54% au gouvernorat de la Manouba. Il pourrait à son tour s'expliquer par la présence d'un campus universitaire à proximité du Centre de la médecine scolaire et universitaire qui pourrait orienter les jeunes pour bénéficier des



services SSR. Par contre la fréquentation des jeunes étudiants au Centre de SR de l'Ariana est faible (5%).

La population collégienne est par ailleurs bien trop faible (3,7%) dont près de la moitié (45,5%) fréquentait le Centre de SR de la Manouba et un peu plus du tiers (36,3%) le Centre de SR de Tunis. Le taux assez important du gouvernorat de la Manouba pourrait s'expliquer par la proximité de l'EAJ qui présentait des activités multimédias pour les jeunes.

Le niveau d'étude constitue une variable déterminante du niveau de la fécondité, il est également corrélé avec le degré de pratique contraceptive. Mais d'autres facteurs ont également un impact sur le changement de comportement contraceptif (recul de l'âge du mariage, le déclin de la mortalité infantile, etc.). La disponibilité, l'accessibilité et la gratuité des services de PF / SSR dans les différentes régions pourraient être également des facteurs encourageant la population pour aller consulter, être en contact avec les prestataires de soins et bénéficier d'Information, d'éducation et de communication (IEC) adéquates en PF / SSR.

### **3.3 Les jeunes et les moins diplômés fortement touchés par le chômage**

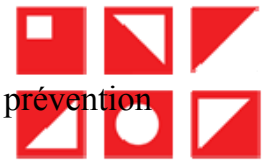
Le un cinquième de la population (20,7%) de notre étude est en chômage. Le taux de chômage de la population du genre féminin est près du quart (22,7%) contre un faible taux (3,1%) de la population de genre masculin. Les gouvernorats de Tunis et de Ben Arous ont enregistré le taux le plus élevé avec respectivement 32,2% et 24,2%. L'écart entre les régions n'est pas significatif et il est le reflet des résultats de l'Enquête Nationale sur la Population et l'Emploi du quatrième trimestre 2016, publiés par l'Institut national de la statistique (INS) soit 15,5%.

En effet, près du tiers de la population (29,09%) ayant un niveau d'éducation primaire et près du quart (23,3%) des personnes qui ont un niveau secondaire sont au chômage. Également le quart des jeunes (24,39%) âgé entre 20 et 29 ans est sans emploi, ce qui pourrait être principalement dû à l'insuffisance de l'offre d'emploi par rapport à la demande d'emploi et au manque des programmes d'insertion professionnelle pour les moins diplômés. Quant à l'écart hommes-femmes il pourrait s'expliquer par l'orientation des femmes vers des diplômes moins demandés par les entreprises ou qu'elles s'insèrent moins bien dans le marché du travail pour des raisons familiales.

## **4. Des connaissances faibles au regard de la ssr chez la population du Grand Tunis**

### **4.1 Un bon niveau d'information et un manque de sensibilisation : des besoins à combler**

La majorité des participants (plus de 70%) ont déclaré avoir entendu parler de l'une des quatre composantes de la SSR objet de notre étude. Le PF a occupé la 1<sup>ère</sup> place (87,3%) suivi par la composante VIH Sida (82,3%). Ces résultats sont confirmés par l'enquête par grappes à indicateurs multiples 2011-2012 (MICS 4) qui a montré que « 87,7 pour cent des femmes âgées de 15-24 ans ont entendu parler du Sida, soit une proportion très peu différente de celle observée chez les femmes âgées de 15- 49 ans (83,6 pour cent) » (MDCI, 2013, p.115).



Quant à la composante VIH Sida, les données recueillies par l'enquête nationale auprès des jeunes (15-24 ans) sur les comportements à risque en Tunisie ont montré que près des deux tiers des enquêtés (63,3%) ont déclaré connaître le VIH (ATLMST SIDA, 2014, p. 68).

Bien que la plupart des enquêtés (80%) n'ont pas bénéficié de séances de sensibilisation en SSR. Le un cinquième des participants (21%) a déclaré bénéficier de séances de sensibilisation sur le PF et près du quart sur la VBG (16%). Quant aux autres thèmes, 15,7% des enquêtés ont bénéficié de séances d'éducation sur le VIH Sida et 14,3% sur le cancer du sein. Dans l'ensemble des séances dispensées plus des trois quarts de la population ciblée sont de genre féminin.

Les participants de moins de 40 ans ont participé le plus à des séances de sensibilisation sur la SSR particulièrement la tranche d'âge 20-29 ans où les deux cinquièmes (39,5%) ont assisté à des séances sur la VBG et plus du tiers (32,5%) sur le cancer du sein. Seulement le quart (25,5%) a participé à des séances de sensibilisation sur le VIH Sida.

#### **4.2 Les méthodes naturelles comme moyen de contraception préféré**

La moitié des participants (51,5%) déclaraient avoir utilisé un moyen de contraception. L'enquête MICS 4 a montré que ce taux a atteint « au niveau du Grand Tunis 68,3% » (MDCI, 2013, p.9). Selon le statut matrimonial, ce sont les femmes mariées qui ont une meilleure connaissance des méthodes par comparaison aux célibataires. Nous n'avons pas remarqué de différence entre les instruites et les non instruites.

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6% (OMS, 2015).

D'autre part, il est à remarquer que 21,3% des enquêtés n'utilisent aucune méthode contraceptive. Les deux tiers (61,7%) des femmes mariées et le tiers (35,9%) des célibataires ont déclaré qu'elles n'ont recours à aucun moyen de contraception actuellement. Les femmes analphabètes (30%), les femmes un niveau d'instruction primaire (28,3%) et celles ayant suivi une formation professionnelle (31,8%) n'ont utilisé aucune des méthodes. Ceci pourrait s'expliquer par un intérêt plus ou moins prononcé de la population pour les méthodes naturelles (Abstinence). L'adaptation d'une méthode contraceptive par une femme dépend de plusieurs facteurs (Personnel ou de santé). Dans de nombreux cas elles peuvent être influencées positivement ou négativement par les activités du programme national de PF.

Le modèle du comportement planifié considère que « *l'intention n'est pas suffisante pour concrétiser un comportement et que le « passage à l'acte » dépend également des capacités de contrôle du comportement perçu par l'individu* » alors que d'après le modèle des croyances en santé, les capacités d'une personne à assumer un comportement relatif à la santé dépend essentiellement « *du degré de perception personnelle d'une menace, en termes*



*de susceptibilité personnelle et de gravité de la menace et de la croyance ou non qu'une attitude particulière peut réduire la menace* ». Cette croyance dépend elle-même de la perception de l'efficacité propre de cette attitude et de l'évaluation des barrières (physiques, psychologiques, sociologiques / culturelles, financières, etc.) qui pourraient s'y opposer (ANAES, 2004, pp.139-140).

#### **4.3 Les jeunes sont peu informés des IST et du Sida**

Les hommes semblaient mieux connaître l'Hépatite B ou C (62,5% contre 43,6%) et la syphilis (25% contre 21,2%) par rapport aux femmes. (Table N°1).

De point de vue âge, les hommes âgés de 30 à 39 ans connaissent mieux l'hépatite B ou C que la population femme (69,2% contre 49%) et les femmes connaissent mieux la syphilis que la population de sexe masculin (17% contre 7,6%). La connaissance des autres IST est variable entre 7 et 20% dans notre population d'étude. Il apparaît de ce fait le risque accru de contracter des maladies bien spécifiques suite aux rapports sexuels non protégés. Une évolution semble loin d'être remarquable par rapport aux résultats de l'enquête tunisienne sur la santé de la Famille qui a « *révélé que 64% des jeunes garçons ne connaissent pas la syphilis contre 71% des jeunes filles* » (ONFP, 2002, p.63). Il se dégage également de l'enquête nationale auprès des jeunes 15-24 ans sur les comportements à risque en Tunisie que 26,4% ne connaissent pas les IST (ATLMST SIDA, 2014, p.63).

**Table N°1. Connaissance des IST selon le genre**

<b>Genre</b>	<b>Genre masculin</b>	<b>Genre féminin</b>
	<b>Oui (%)</b>	<b>Oui (%)</b>
MST		
Blennorragie	12,5	17,9
Chlamydia	3,1	4,8
Syphilis	25	21,2
Hépatite B / C	62,5	43,6
HPV	0	11,5
Crête de Coq	9,3	20,8
<b><i>N.B : Cinq soit 1,6% : Sans précision</i></b>		

#### **4.4 La voie sexuelle est le mode le plus connu**

Il se dégage des données recueillies que la majorité des enquêtés (86%) ont cité la voie sexuelle comme le mode de transmission le plus connu. Ainsi, il est à signaler que le tiers des enquêtés (30%) n'a pas pu fréquenter l'école (Sans instruction) ou il a abandonné ses études secondaires (Écoles coranique, École primaire, École de formation professionnelle). Cela dénote que le travail mené par l'ONFP et d'autres organisations (gouvernementales et non gouvernementales) en matière de la prévention des comportements à risque n'arrivent pas à atteindre la population.

Comme principaux moyens de transmission du VIH, la plupart des femmes (86,9%) connaissent les relations sexuelles non protégées contre les trois quarts pour les hommes (78,1%). La transmission de la mère à l'enfant n'est connue que par la moitié des femmes enquêtées (47,7%). Une femme sur deux ne semblait pas être informée du test VIH, à savoir





l'utilité du dépistage du VIH au moment de la grossesse et /ou ne se sent pas à risque de l'infection VIH.

Il est à noter que les jeunes appartenant à la tranche d'âge 10-19 ans connaissent moins le préservatif comme moyen de prévention (7,3%) que ceux de la tranche d'âge 20-29 ans (15,3%). Ces résultats concordent avec les données de l'enquête nationale auprès des jeunes 15-24 ans sur les comportements à risque en Tunisie qui précise que « *les jeunes appartenant à la tranche d'âge 15-19 ans sont plus nombreux à déclarer ne pas savoir si le préservatif peut être un moyen de protection (26,9%) que ceux issus de la tranche d'âge 20-24 ans (13,6%)* » (ATLMST SIDA, 2014, p.67). L'introduction de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires (Écoles, collèges et lycées) semblait parmi les programmes qui vont permettre aux élèves d'acquérir les connaissances nécessaires aux droits des uns et des autres en matière de SSR afin de conforter le vivre ensemble.

Quant à l'opinion des enquêtés sur l'importance du préservatif, les hommes étaient beaucoup plus favorable (81,2%) que les femmes (58,7%) à l'utilisation du préservatif. Ainsi (48%) des enquêtés ont cité le préservatif comme étant le meilleur moyen pour les jeunes célibataires.

Cependant, selon la théorie de l'action raisonnée (TAR), l'intention d'adopter un nouveau comportement exprime les croyances, les attentes de l'individu et sa perception des normes sociales. Le modèle de Triandis nous a permis de comprendre la résistance à l'usage du préservatif chez les individus qui pourraient résister par habitude et d'expliquer l'intention comportementale de mettre en pratique le comportement préventif. Ainsi, l'application du modèle des croyances relatives à la santé (HBM) à l'abstinence sexuelle dans le cadre des programmes d'éducation sanitaire est possible mais n'est pas nécessairement un bon ajustement. Les jeunes s'abstiennent sexuellement pour plusieurs raisons personnelles, religieuses, financière (difficulté d'achat du préservatif) et non pas toujours pour éviter une menace perçue des résultats négatifs de santé (Noumbissie, 2010, pp.112-113).

#### **4.5 Les ONG, sont le meilleur endroit pour le dépistage du VIH**

La Tunisie compte 25 Centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG) répartis sur 19 gouvernorats. Le Grand Tunis en compte sept.

Les trois quarts des enquêtés (74,3%) en ont affirmé l'existence et près de la moitié (46,3%) des participants a déclaré ne connaître aucun CCDAG. Parmi les interrogés le quart (26,3%) a cité le Centre de l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie (ATIOST). Ceci pourrait s'expliquer par l'emplacement géographique du CCDAG de l'association sis à Bab Saadoun (En face du Souk Sidi Abdessalem et à 10 min du Centre ville). Un endroit bien desservi par les moyens de transports publics et privés. (Table N°2)

**Table N°2 : Connaissance des CCDAG du Grand Tunis**

Réponses des participants	Pourcentage (%)
CCDAG 9 Avril- Gouvernorat de Tunis <sup>(2)</sup>	9,6
CCDAG H. Lif - Gouvernorat de Ben Arous <sup>(3)</sup>	11



CCDAG La Marsa - Gouvernorat de Tunis <sup>(2)</sup>	3
CCDAG ATIOST- Gouvernorat de Tunis	26,3
CCDAG Ezzahra - Gouvernorat de Ben Arous <sup>(2)</sup>	3,3
CCDAG D Hicher - Gouvernorat de La Mannouba <sup>(3)</sup>	8
CCDAG DMSU - Gouvernorat de La Mannouba <sup>(4)</sup>	4,6
Je ne connais aucun CCDAG	42,3

Quant aux CCDAG des institutions publiques (ONFP, DSSB, DMSU) restent peu connus par la population en dépit de leur importance dans la riposte nationale au VIH Sida. Ces Centres ne sont pas ouverts en dehors des horaires administratifs (8h à 14h00 du Lundi au Samedi). Les après-midi et le weekend ils sont fermés. Les jeunes ou d'autres populations à hauts risques ne peuvent pas s'y rendre en cas de comportement à risque.

#### 4.6 Un faible taux de connaissance des structures de dépistage et de prévention du cancer du sein

Selon le plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019, le dépistage du cancer du sein est supervisé par l'ONFP et la DSSB (Ministère de la santé, 2015, p.11).

Près des deux cinquièmes des participantes (37,7%) ont déclaré ne pas avoir recours à aucun Centre de dépistage. Ceci nous laisse réfléchir que ces femmes ont pratiqué l'autopalpation des seins sans l'assistance d'un cadre médical ou para médical (Sage femme). De même, ce choix de ne pas recourir à un Centre de soin pourrait s'expliquer par le fardeau de la perception de la maladie vis à vis de la femme et de la société d'une part et par les obstacles accompagnant le dépistage et le diagnostic tels que la stigmatisation sociale, le retard de prise en charge et le manque d'accueil et d'orientation dans les établissements de santé d'autre part. En effet, selon le même plan « *Le taux d'incidence du cancer du sein est en hausse et les diagnostics interviennent souvent à un stade tardif (30 % au stade localisé ; 40% au stade régional ; 15 % à un stade métastatique). En Tunisie, le cancer du sein peut être stigmatisé par la société et la famille des patientes* » (Ministère de la santé, Ibidem).

### 5. Des attitudes et comportements dispersés au regard de la SSR

#### 5.1 La VBG est le thème le plus évoqué par la population

Les trois quarts des participants (75%) ont déclaré qu'ils ont parlé de la VBG avec leurs entourages. Les femmes discutaient plus que les hommes sur ce sujet (68,6% contre 59,3%). Ceci pourrait expliquer que les femmes continuent à subir la VBG sous différentes formes (psychologique, sexuelle, économique,...). L'enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie (ENVEFT) le confirme, puisque « *47,2% des femmes âgées entre 18 et 64 ans ont déclaré avoir été victime de violence physique, 68,5% de violence psychologique, 78,2% de la violence sexuelle et 77,9% de la violence économique* » (ONFP, 2011, p. 48).

**Table N°3 : Avez-vous parlé de l'un de ces thèmes à votre entourage?**

Thèmes relatives à la SSR	Oui (%)	Non (%)	Je ne me souviens pas (%)	Sans précision (%)
VIH Sida	53,3	44,3	-	1,3
Cancer du sein	59,6	29,3	9,6	1,3



VBG	75	20	5	-
-----	----	----	---	---

En ce qui concerne le VIH Sida, un peu plus de la moitié des femmes enquêtées (53,3%) ont parlé du Sida avec leur entourage. L'enquête MICS 4 a montré que « *plus des trois quarts des femmes interrogées (83,6 pour cent) ont entendu parler du Sida* » (MDCI, 2013, p.115), alors que les résultats de l'enquête tunisienne sur la santé de la famille ont indiqué que « *90% des femmes déjà mariées (15-49 ans) connaissent le Sida* » (ONFP, 2002, p. 133). En effet, comme nous l'avons démontré les femmes sont conscientes des risques d'être infectées et de souffrir de discriminations. Nombreuses sont celles qui subissent des pressions ou ressentent des craintes que ce soit pour être informées sur les méthodes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH particulièrement si elles sont célibataires. (Table N°3)

Le cancer du sein est moins évoqué par les hommes (25%) que les autres thématiques. Par contre près des deux tiers (63,8%) des enquêtés de genre féminin ont déclaré avoir parlé de ce sujet avec leurs entourages en particulier la tranche d'âge 30-39 ans (27,2% pour les femmes contre 6,2 pour les hommes). Les hommes semblaient considérer le cancer du sein comme une maladie qui concernait les femmes. Ceci pourrait s'expliquer par la non implication des hommes dans les programmes de prévention sur le cancer du sein. On peut aussi avancer l'hypothèse que « *le déni du cancer du sein est plus actif que pour les autres cancers, car le sein est associé à la mère. Il renvoie donc au stade initial de construction de la personnalité, à partir duquel s'organise la vie psychologique future* » (Vernet, Henry, 2007, pp. 54-57). En outre, le cancer du sein confronte à la disparition de l'image de soi et met en cause la féminité, donc les assises de la personnalité, car il mutile les caractères sexuels secondaires de la femme : les seins, la chevelure (Vernet, Henry, Ibidem).

### **5.2 Une attitude non favorable à l'accès des jeunes célibataires à la contraception**

Il a été demandé aux participants si on devrait mettre à la disposition des jeunes célibataires des contraceptifs, les deux cinquièmes (41,7%) d'entre eux n'étaient pas favorables contre la moitié (54,3%) qui sont favorables parmi eux 68,7% des hommes 52,6% des femmes.

En effet, pendant l'adolescence, les jeunes sont très influençables, car ils sont à la recherche de leur propre identité. Or, « *la perception du contrôle perçu par les adolescents face à l'adoption d'un comportement est influencée principalement par l'information qu'ils reçoivent de sources externes et de leurs expériences antérieures (Ajzen, 1991)* » (Hernández, Goulet et all, 2005, pp.71-86). Lavoie et Godin (1991) mettent en évidence que la perception du contrôle perçu est associée à l'intention d'utiliser le préservatif. Il est donc nécessaire de regarder l'information que les adolescents reçoivent de leurs amis et celle d'autres sources d'information afin d'avoir une connaissance plus juste de cette influence sur la perception du contrôle de l'adolescent face à la contraception (Hernández, Goulet et all, Ibidem).

### **5.3 Un taux d'examen clinique des seins au dessous des aspirations**

Il a été demandé aux femmes visitant les Centres de SR dans le Grand Tunis si elles ont eu recours à un moyen de dépistage pour se prévenir contre le cancer du sein ; les deux cinquièmes (41,8%) des participantes ont déclaré qu'elles font recours à l'autopalpation des



seins, le un cinquième (19,8%) des femmes a fait recours à la mammographie et 15,3% à l'examen clinique. En effet, selon le plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019 : « Pour être efficaces, les programmes de détection précoce devraient atteindre une couverture dépassant 70% de la population cible » (Ministère de la santé, 2015, p. 10). (Table N°4)

**Table N°4 : Recours aux moyens de dépistage du cancer du sein**

Réponses des participants	Oui (%)
Autopalpation des seins	41,8
Mammographie	19,8
Examen clinique	15,3

« La détection précoce est faite annuellement par examen clinique des seins (ECS) à partir de l'âge de 30 ans et au delà. Il a été noté que cet examen était généralement offert à toute femme se présentant à une consultation dans un centre de santé » (Ministère de la santé, 2015, p. 11). Parmi les femmes de notre enquête ayant 30 ans et plus, 17,7% d'entre elles ont affirmé qu'elles ont eu recours à un examen clinique des seins (ECS). Ce taux est considéré comme faible et confirmé par l'analyse du plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019 qui a montré que « le taux de couverture d'un examen clinique des seins est cependant faible, inférieur à 10 % des femmes du groupe d'âge cible font un ECS » (Ministère de la santé, Ibidem).

Quant à la mammographie, l'examen de référence de dépistage du cancer du sein, 35% uniquement des femmes participantes à notre enquête âgées de 40 ans et plus l'ont effectué. Près des deux cinquièmes (39%) des femmes ayant effectué une mammographie ont eu recours à un Centre privé alors que moins de 24,5% se sont orientées vers les Centres de l'ONFP ou vers les Centres des soins de santé de base (CSSB).

Dans ce cas de figure, le modèle de croyance de la santé (HBM) prédit qu'une femme ira faire un examen de dépistage du cancer (sein, col de l'utérus) si elle se sent vulnérable, si elle pense que ce cancer est grave, si les bénéfices sont élevés et si comparativement les coûts sont faibles. Elle pourra le faire si elle y est incitée, soit par un élément externe, comme une affiche chez un médecin ou dans une structure de soins, soit par un élément interne, comme un symptôme qu'elle aura interprétée (à tort ou à raison) comme pouvant être lié à la présence d'une tumeur. Selon ce modèle HBM, on pourra prédire que sa probabilité d'aller réaliser l'examen sera d'autant plus élevée qu'elle a un fort sentiment de contrôle et qu'elle est motivée à rester en bonne santé (Ogden, Desrichard, 2008, pp. 27-28).

#### **5.4 La VBG : des croyances bien figées, un phénomène courant dans nos sociétés**

En effet, le comportement violent dirigé envers les femmes particulièrement qu'il soit physique, sexuelle ou psychologique est un comportement qui porte préjudice à la vie privée de la personne (Nations unies, 1993).

Il ressort des données recueillies que les deux tiers des participants (68,3%) ont déclaré que « la violence de l'homme sur la femme » est un délit et le tiers (33,3%) l'a considéré comme un phénomène courant. De même la moitié (50%) des participants ne la considère pas comme une forme d'injustice. En effet, ces résultats pouvaient être expliqués par l'ENVEFT



2010 qui a montré que « *la violence est prédominante dans la famille avec un indice global de 17,4%, ensuite en couple avec 15,2% suivi de l'espace public avec 7,3% puis le travail 3% et enfin l'espace scolaire et universitaire avec 1,8%* » (ONFP, 2011, p.14). Dans ce cadre également l'enquête nationale auprès des jeunes 15-24 ans sur les comportements à risque en Tunisie a montré que « *17,9% des interrogés qui ont déclaré avoir subi une violence physique au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête, déclarent que l'acteur de la violence est le frère (35,4% des filles contre 7,3% par les garçons)* » (ATLMST SIDA, 2014, p. 78). Cette situation confirme la réflexion sur l'évolution des comportements violents dans nos sociétés et que les femmes continuent à subir la VBG dans l'espace familial, institutionnel et privé en vue de limiter leurs libertés et contrôler leurs comportements.

Toutefois nous remarquons la complexité de traitement du problème de la violence. La structuration des attitudes évolue bien souvent de manière dialectique. A travers notre enquête les attitudes envers la violence contre soi, sa partenaire et autrui sont différentes. Une capacité accrue à refuser et accepter l'acte de violence est bien présente chez nos enquêtés où 67% ont déclaré défendre la femme si l'acte de violence a été subit devant eux où (67%) déclareraient défendre la femme si l'acte de la violence a été subit devant eux.

En effet, une population qui adhère « *à des comportements défavorables est plus susceptibles d'éprouver un inconfort cognitif et émotif* » si elle agresse un de ses membres (par exemple famille). « *Même si l'attitude n'est pas le comportement, elle peut exprimer à tout le moins des intentions comportementales* ». De ce fait, nous rejoignons la théorie de comportement planifié qui repose précisément sur le postulat que les intentions d'agir sont en partie influencées par les attitudes personnelles (Chamberland, 2003, pp. 130-132).

## **6. L'exposition aux messages en SSR : Savoir ne suffit pas à changer les attitudes**

### **6.1 La prévention sur le VIH Sida : Des messages à faible marquage sur les jeunes**

Il ressort des données recueillies à travers notre enquête que près des deux cinquièmes (38,3%) des participants ont déclaré qu'ils n'ont pas été exposés aux messages sur le Sida auparavant alors que le tiers (31,3%) pensait avoir été plus exposé au message : « *اللي نحبو اللي نحبيه* »<sup>5</sup>. Ce message a été conçu de près d'une vingtaine d'années et a fait objet de plusieurs interventions IEC à travers les 24 gouvernorats et de campagnes de sensibilisation à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida en 2011. Ce message a également fait objet de diffusion à travers des spots radios en 2013. (Figure N°1)

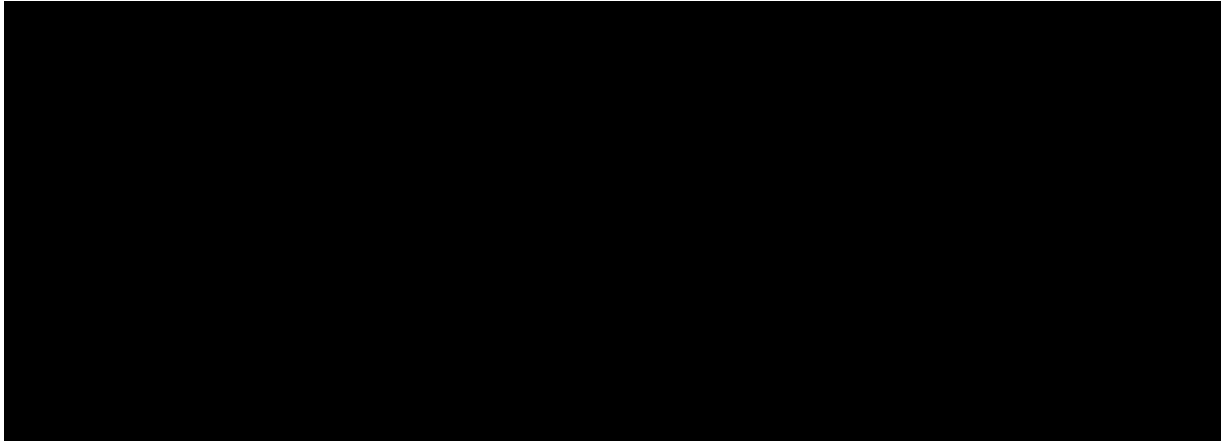
De notre analyse, il ressort que 36% de la population de moins de 30 ans ont déclaré avoir été exposé à ce message. Les participants du gouvernorat de la Manouba (45,3%) ont été beaucoup plus exposés au message : « *اللي نحبو نحبيه* » que ceux des enquêtés des gouvernorats de Ben Arous (34,6%), de Tunis (22%) et de l'Ariana (21%).

Cependant « *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) «



*Réaliser un message, une signature, avec des mots simples, est à relier à la volonté de s'adresser à tout le monde, ce nécessite d'employer des termes ne requérant pas à un capital culturel trop élevé » (Ketterer, 2012, p. 195).*

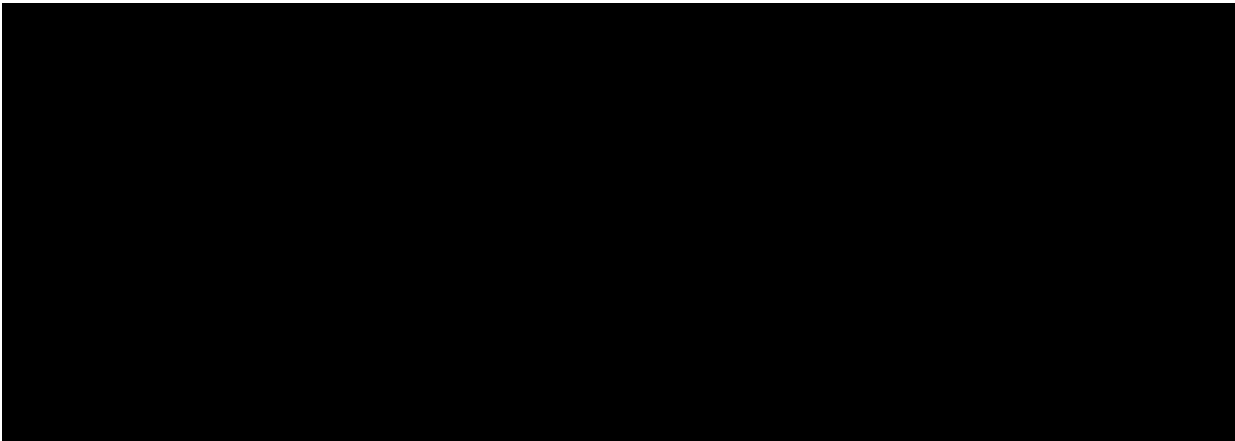
**Figure N° 1. Exposition des participants aux messages de prévention sur le VIH Sida.**



### **6.2 Le cancer du sein : Une communication centrée sur l'acte de dépistage lui-même**

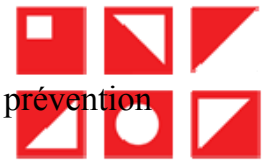
Les données recueillies à travers notre enquête révèlent que près de la moitié (48,3%) des participants dont la majorité (94,4%) sont de genre féminin ont déclaré avoir été exposé au message «سرطان الثدي قد ماتفطن بيه بكري...قد ما ينجم يتعالج»<sup>6</sup>. (Figure N°2)

**Figure N°2 : Exposition des participants aux messages de prévention sur le cancer du sein.**



Il ressort des données collectées que le quart de la population (24,8%) de genre féminin à 40 ans et plus a indiqué avoir été exposé à ce message. Parmi les participantes la moitié ayant un niveau secondaire et le un cinquième (22%) ayant un niveau universitaire ont déclaré avoir été exposée à ce message sachant que pour les femmes ayant suivi une formation professionnelle, les femmes sans instruction, et celles ayant suivi l'école coranique, ce taux ne dépassait pas les 10%. Il est ainsi important que les différences socio-éducatives et professionnelles des populations ciblées soient prises en compte dans l'élaboration des campagnes de communication et au cours de la conception des messages préventifs.

Ces données expriment la difficulté véhiculée dans la conception des messages. Des propositions de messages clefs ont été avancées dans le document de « la stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer du sein en Tunisie 2009-2011 »<sup>7</sup> en fonction

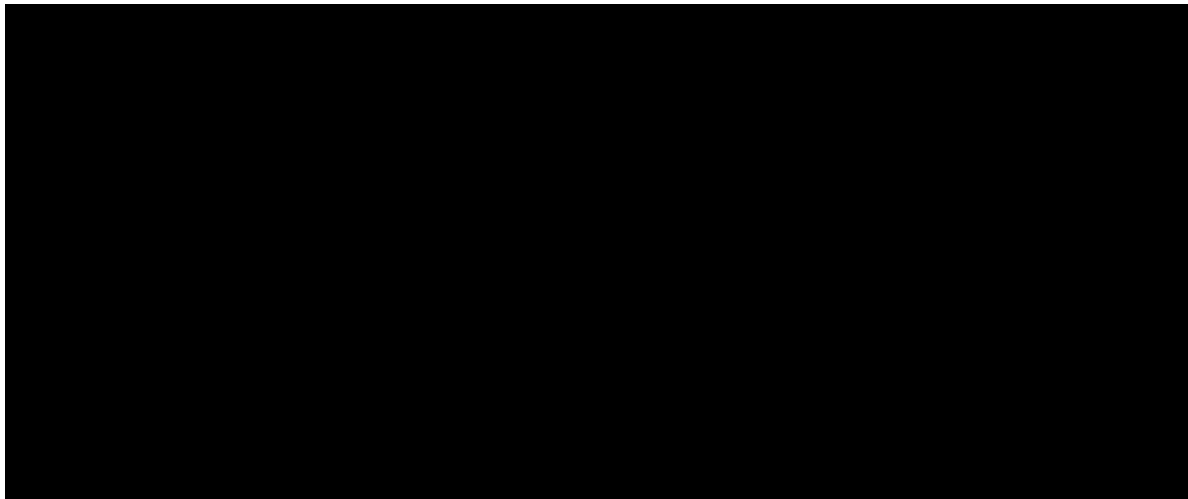


du public cible mais cette stratégie reste loin d'être mise en œuvre. L'ONFP semble mettre l'accent sur les femmes ayant 40 ans et plus indépendamment de leur environnement social. En effet, « *le diagnostic de la situation permet de mettre en œuvre le caractère systémique de la thématique «cancer du sein». Il découle un fait primordial : la décision de la femme « se faire dépister » ne lui revient pas. Cette autonomie lacunaire illustre le caractère complexe de la prise de décision* » (ONFP, Sans date, p. 9).

### **6.3 Les représentations du danger dans les messages de VBG : une problématique encore peu maîtrisée**

Il ressort des données de notre enquête que le quart (25,7%) des participants a déclaré avoir été exposé au message lancé en 2010 par l'ONFP «سكاتنا يزيد عنف على العنف» lors de sa campagne médiatique. (Figure N°3)

**Figure N°3 : Exposition des participants aux messages de prévention sur la VBG.**



Ce spot est diffusé chaque année à la TV à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la violence faites aux femmes le 25 Novembre. Il décrit une femme lourdement violentée jetée par terre en présence de son enfant. La protection civile fait son entrée à la cuisine, lieu de l'acte de violence et intervient pour prendre soin de la maman et de sa fille. Le spot est accompagné par le titre «<sup>8</sup> ما نحبش فضة وذهب...» de l'artiste interprète tunisienne Neema.

Plusieurs interrogations ont été avancées sur le niveau d'efficacité de tels messages : peuvent-ils provoquer chez les femmes et dans la société un changement idéologique ? Ne serait-il pas plus positif, pour les femmes agressées et les femmes en général, de montrer la force et la capacité des femmes à faire face à la violence ? A quoi sert de montrer le caractère irréparable d'une agression ? Est-ce de montrer que l'agresseur a réussi à soumettre sa proie ? Quelles réactions résultent de ces images de faiblesse et d'enfermement dans la perception de la violence faite aux femmes ? (Chejter, 2007, p. 11).

Cependant, selon les théories à double processus, à la lecture d'un message persuasif, les sujets sont en mesure de former et de modifier leurs attitudes initiales en utilisant soit la voie centrale soit la voie périphérique du traitement des messages. En effet, lorsque l'information fait état de doutes de l'auteur quant à l'efficacité de cette solution, les sujets



traitent le message centralement (condition « non rassurante »). Les sujets placés dans la condition «rassurante » ne sentent pas le besoin de s'engager dans un traitement central et, par conséquent, d'évaluer soigneusement les arguments persuasifs (Girandola, 2000, p. 342).

#### **6.4 La télévision reste le média le plus utilisé par les acteurs ... L'utilisation des TIC encore sous-exploitée**

En ce qui concerne *les sources d'information des messages diffusés sur la SSR*, les deux tiers des participants (63%) ont déclaré avoir reçu ces messages à travers la télévision et le tiers (35%) à travers l'affichage urbain. L'Internet a été cité en 3<sup>ème</sup> position par le tiers des participants (33,7%).

Il est à remarquer que les femmes ayant déclaré recevoir des messages sur la SSR à travers la TV étaient plus nombreuses que les hommes, de façon significative. L'affichage urbain a été indiqué en 2<sup>ème</sup> position par les participantes (37,3%) alors que les participants de genre masculin ont indiqué les réseaux sociaux (46,6%) suivi par la radio (33,3%). Ces résultats illustrent que les femmes sont généralement plus préoccupées par la SSR et privilégient une approche préventive plus que les hommes mais qu'elles ont davantage recours à la TV et aux autres médias qu'Internet.

Quant *aux canaux de diffusion les plus appropriés pour la réception des messages en SSR*, la majorité des enquêtés (81,3%) ont indiqué la télévision et la moitié ont cité Internet (53,3%). En 3<sup>ème</sup> position la radio a été citée par les deux cinquièmes des participants (40,7%). Selon les acteurs gouvernementaux, la TV et la radio restent les moyens les plus utilisés suite à des traditions de collaboration dans la mise en œuvre des programmes télévisés et radiophoniques et à leur faible coût de diffusion. Quant aux acteurs non gouvernementaux la radio reste le média « *transgénérationnel fédérateur et contemporain* » pour les jeunes à côté des potentialités d'Internet compte tenue de la pénétration croissante des technologies de réseautage dans la société.

#### **6.5 Une tendance homogénéisante des campagnes en SSR en attente de résultats liés aux changements de comportement**

Les deux tiers des participants (69,3%) ont indiqué que les messages véhiculés sur la SSR n'ont pas réussi à leur faire changer de comportement vis-à-vis des questions relatives à la SSR. (Table N°5)

**Table N°5: Indication des messages sur la SSR.**

<b>Pourriez vous citer un message sur la SSR?</b>	<b>Oui (%)</b>	<b>Non (%)</b>	<b>Sans précision (%)</b>
<b>Vous a fait changer de comportement</b>	26,7%	69,3%	4%
<b>Vous a informé sur un sujet que vous ignorez</b>	19%	76,7%	4,3%

En effet, les pratiques en matière d'éducation à la santé ont globalement évolué, passant de l'information sanitaire à une éducation prenant en considération les différents déterminants des conduites en SSR. Il n'en demeure pas moins que l'approche positive, promotrice, reste





encore minoritaire, et « *les actions ou programmes de développement des compétences psychosociales mobilisables secondairement dans divers champs thématiques sont ponctuels. C'est souvent à partir d'une problématique de santé mentale et sociale tels que l'agressivité, la violence, l'usage de drogues, les incivilités qu'ont été initialisées ces actions qui visaient l'adoption de comportements pro-sociaux, ce qui a fait naître des critiques « d'entreprises de normalisation »* » (Fortin, 2012, p. 9). Qu'en est-il donc de l'éducation à la santé comme stratégie pour promouvoir la SSR ? A-t-elle encore une place ? Est-elle le parent pauvre de la santé publique ? Faisons-nous de l'éducation à la santé sans le savoir ?

En demandant aux participants de nous citer un des messages rencontrés la plupart des enquêtés n'ont pu se rappeler. Pourtant ces messages sont déjà affichés dans les salles d'attente et également mentionnés dans le questionnaire ce qui compromet fortement la compréhension du message. Ces messages semblaient manquer de clarté et de mémorisation auprès de la population d'étude et visaient principalement une population ayant un niveau éducatif assez conséquent. Toute fois les participants ont suggéré de maintenir et renforcer cet effort de communication.

L'utilisation de la peur, également était parmi les moyens utilisés dans les campagnes de santé pour provoquer un changement de comportement. Les données recueillies à travers notre enquête ont montré que le tiers des participants (32,3%) pensaient que ces messages ne font pas peur en d'autres termes les messages véhiculés en SSR semblaient faire peur à la majorité des enquêtés ou qui étaient indifférent. Claude Chabrol et Mirune Radu ont remarqué que « *l'utilisation d'un appel à la peur provoquant une peur intense est moins efficace qu'un appel à la peur suscitant une peur faible, sur le plan de stabilité d'un changement attitudinal* » (Charbrol, Radu 2008, p. 63). En effet, « *l'intention comportementale fait suite à un choix réfléchi et délibéré où l'individu évalue le lien coût/bénéfice* » (Courbet, 2003, pp.100-120).

## **7. Conclusion**

Les résultats nous rappellent la nécessité de trouver des stratégies diverses adéquates et pérennes pour une meilleure promotion des services SSR et des prestataires de la santé.

Les résultats ont été exposés par thème. Si les résultats font état d'un niveau assez important de compréhension de la part des enquêtés, il est aussi intéressant de savoir si le contenu est compréhensible. En d'autres termes, les messages sont-ils compris sans difficultés majeures ? (Bougairé-Zangréyanogho, 2004, p. 65)

De nos résultats on retient le faible niveau des connaissances de la population vis à vis des composantes de la SSR. La réception des messages par le public connaît une certaine distorsion dont l'ampleur explique probablement le faible taux de connaissance des CCDAG, l'absence d'une adhésion aux moyens de prévention (Préservatif), le faible recours au dépistage du cancer du sein puisque 70% des femmes au moins doivent participer pour que le dépistage soit efficace.



Les attitudes et pratiques semblent être acceptables pour assurer un comportement sain. Les manquements signalés pourraient être en relation avec le manque de sensibilisation et d'information continu. Il est nécessaire de mettre en place une stratégie de changement de comportement en SSR et un programme de marketing social visant la promotion des services de SSR et de fournir également au personnel des programmes d'éducation spécifiques à la SSR et les outils pédagogiques nécessaires en insistant surtout sur le dépistage et la prise en charge.

L'effort d'IEC est bien présent mais exige un personnel capable de garantir la confidentialité. Dans ce cadre, le personnel de la santé est préféré de l'école et de la famille. Les médias constituent la principale source d'information.

Les médias sociaux peuvent ainsi être utilisés en complémentarité des formes de communication plus traditionnelles, dont la presse électronique et écrite. Les médias sociaux sont alors utilisés à titre de complément aux médias établis, souvent pour diriger les utilisateurs vers des sites Web, des numéros de téléphone ou des cliniques. Ils peuvent aussi servir à diffuser des messages liés à la SSR, à offrir un soutien et à mettre la population en communication avec des professionnels (Sociologues, psychologues, médecins) (Newbold, 2015, p. 5).

Les campagnes de communication sociale en SSR ne peuvent à elles seules changer les comportements néfastes mais elles dépendent de multiples facteurs tant sur le plan de l'individu (personnalité, situation) et de la société (politique, économique et sociale).

Sur la base de ces résultats, on pourrait être tenté de conclure « *qu'informer ne sert à rien. Ce serait prendre un raccourci potentiellement périlleux : informer est utile et indispensable, en ce que cela permet de diffuser des connaissances. En revanche, l'information à elle seule s'avère être un piètre prédicateur du comportement : savoir ne suffit pas à faire* » (Fointiat, Barbier, 2015, pp. 1-18).

### 8. Liste bibliographique

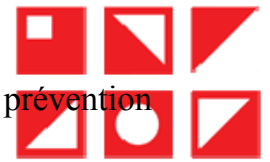
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2004). Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. France, ANAES, INPES et AFSAAPS. [En Ligne] : [http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/sources\\_legales/rapports\\_officiels/anaes\\_contraception.pdf](http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/sources_legales/rapports_officiels/anaes_contraception.pdf). Page consultée le : 22 Juin 2017
- Association Tunisienne de lutte contre les MST Sida (ATL MST Sida). (2014). *L'enquête nationale auprès des jeunes 15-24 ans sur les comportements à risque en Tunisie*, Tunis, Association Tunisienne de Lutte contre les MST Sida - section de Tunis avec le soutien du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose, et le Paludisme, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH Sida, et l'UNICEF.
- Bougaïré-Zangréyanogho, M. D. (2004). *L'approche communicative des campagnes de sensibilisation en santé publique au Burkina Faso: les cas de la planification familiale, du sida et de l'excision*. Université de Groningen Pays-Bas. [En ligne] : <https://www.rug.nl/research/portal/files/9796203/c7.pdf>. Page consultée le : 22 février 2016



- Chamberland, C. (2003). *Violence Parentale et Violence Conjugale : Des Réalités Plurielles, Multidimensionnelles et Interreliées*. Volume 8. Canada. Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, PUQ.
- Charbrol, C et Radu M. (2008). *Psychologie de la communication et persuasion : Théories et applications*. Bruxelles. Edition de Boeck Université.
- Chejter, S. (2007). *La violence affichée. Le monde selon les femmes*. Bruxelles. Edition le monde selon les femmes.
- Collectif. (2012). *Comportements alimentaires : Choix des consommateurs et politiques nutritionnelles*. France. Edition Quae.
- Courbet, D. (2003). Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages générant de la peur. Une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement d'attitudes néfastes. *Communication*, Vol 22/1. doi : 10.4000/communication.4786. Page consultée le 15 avril 2015
- Dagenais, B. (1998). *Le plan de communication : l'art de séduire ou de convaincre les autres*. Canada. Presses Université Laval, 10ème édition.
- Désiré Noubissie, C. (2010). Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH SIDA: de l'intention d'agir à l'action, Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun). Thèse de doctorat en Psychologie, Sous les directions d'André EMTCHEU et d'Annik HOUEL, Université Lumière-Lyon 2, Université de Yaoundé I- Faculté des arts, lettres et sciences humaines. [En ligne]. file:///C:/Users/Acer/Downloads/noubissie\_c%20(1).pdf. Page consultée le 19 juin 2016.
- Essi M. J, Njoya, O. (2013). Point de vue : L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Sciences and Disease*. Faculty of Medicine and Biomedical Sciences. Cameroon, Vol 14, n°2, 1-3. En ligne : [http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/viewFile/183/pdf\\_22](http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/viewFile/183/pdf_22). Page consultée le 3 Mars 2017
- Fointiat, V, Barbier, L. (2015). Persuasion et Influence : changer les attitudes, changer les comportements. *Regards de la psychologie sociale*. Journal d'Interaction Personne-System (JIPS). AFIHM, 2015, 4 (1), 1-18. [En ligne]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01207402>. Page consultée le 14 mai 2017.
- Fortin, J. (2012). Devenir compétent en santé. *Les Cahiers pédagogiques*. Hors-série Numérique, n°24, 9. [En ligne]. [www.cahiers-pedagogiques.com](http://www.cahiers-pedagogiques.com). Page consultée le 23 février 2017.
- Girandola, F. (2000). « Peur et persuasion : présentations des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture ». *L'année psychologique*. 100 (2), 333-376. doi : <https://doi.org/10.3406/psy.2000.28644>. Page consultée le 12 Avril 2019
- 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. [En ligne]. [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1991\\_num\\_9\\_1\\_1185](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1991_num_9_1_1185)



- HAP, M. (1990), *L'enquête par questionnaire – Une méthode de collecte de données*, Liège. Association pour la promotion de l'éducation pour la santé. Collection Méthodes au service de l'éducation pour la santé. [En ligne]. <http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/methode-n7.pdf>. Page consultée le 15 Octobre 2016
- Hernández, Ó., Goulet, C., Lampron, A. (2005), L'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle chez des adolescents et des adolescentes espagnols en regard de l'utilisation du Double Dutch. *Recherche en soins infirmiers*, 3 (82), 71-86. [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-71.htm>. Page consultée le 22 Juin 2017.
- Ketterer, F. (2012). *Le processus de production publicitaire dans les campagnes médiatiques de santé publique. Entre inspiration sociopolitique et expiration médiatique* (Thèse de doctorat en sociologie). Faculté des sciences économiques et sociales, Ecole doctorale Sésame, Lille. [En ligne]. <http://www.theses.fr/2012LIL12013>. Page consultée le 08 mars 2016.
- Ministère de la santé. (2015). Plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019 (Draft soumis pour concertation). Ministère de la Santé, Tunisie. [En ligne]. <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/index.php/actualites/478-plan-pour-la-lutte-contre-le-cancer-en-tunisie-2015-2019>. Page consultée le 31 Octobre 2016
- Ministère du développement et de la coopération internationale (MDCI). (2013). Suivi de la situation des enfants et des femmes en Tunisie- Enquête par grappes à indicateurs multiples 2011-2012 (Rapport Final). Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Tunisie.
- Mucchielli, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale : connaissance du problème, applications pratiques*. Paris : Edition Esf Editeur, Collection Formation permanente en Sciences Humaines.
- Nations unies. (1993). *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. Genève : Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. [En ligne]. [http://www2.ohchr.org/french/law/femmes\\_violence.htm](http://www2.ohchr.org/french/law/femmes_violence.htm). Page consultée le 20 Octobre 2013.
- Newbold, B. (2015). Les médias sociaux en santé publique. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. [En Ligne]. [http://www.ccnpps.ca/docs/2015\\_TC\\_KT\\_MediasSociauxSP\\_fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2015_TC_KT_MediasSociauxSP_fr.pdf). Page consultée le 16 Janvier 2017.
- Office National de la Famille et de la Population. (2011). *Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie (Rapport Principal)*. Tunisie : Office national de la famille et de la population et l'Agence espagnole de coopération internationale.
- Office National de la Famille et de la Population. (Sans date). *Stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer du sein 2009-2011*, Tunisie : Office national de la famille et de la population, Ministère de la santé publique [Document réalisé avec l'appui de la coopération italienne], Tunis.



- Office National de la Famille et de la Population. (2002). *Enquête tunisienne sur la santé de la famille (Rapport principal)*. Tunisie : Office nationale de la famille et de la population et Ligue des États Arabes-Projet Panarabe de la Santé de la Famille.
- Ogden, J., Desrichard, O. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : Edition De Boeck Université.
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Planification familiale / Contraception*. Aide mémoire n°351, Genève. [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>. Page consultée le 15 Juin 2017.
- Programme commun des nations unies sur le VIH Sida (ONUSIDA). (2006). *Véhiculer le message : les médias et la riposte au SIDA*. Genève : ONUSIDA.
- Vernet, A., Henry, F. (2007). Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux. *Le Journal des psychologues*. 4 (247), 54-57. doi : <https://doi.org/10.3917/jdp.247.0054> . Page consultée le 22 Janvier 2017.

<sup>1</sup>Au début des années 1990, Garth Japhet exerçait en tant que médecin dans les dispensaires communautaires de zones rurales éloignées et de townships noirs d’Afrique du Sud. Il était constamment confronté à des maladies et à des urgences que l’on aurait pu éviter. Ceci l’a convaincu qu’il était urgent de donner aux gens l’information nécessaire pour protéger leur propre santé et il a donc décidé de collaborer avec les médias. Le Dr Japhet souhaitait créer un concept susceptible de traiter sur la durée tout un éventail de questions inhérentes à la santé et au développement dans un contexte réaliste. [...] En 1994, débutait la diffusion de « Soul City », une histoire se déroulant dans le dispensaire communautaire d’un quartier pauvre et surpeuplé. Ce feuilleton télévisé constitue la pièce maîtresse d’un programme multimédia qui comprend pour chaque saison 13 programmes télévisés d’une heure et 60 pièces radiophoniques de 15 minutes. Trois brochures illustrées en couleur de 36 pages abordent plus en détail les questions soulevées par les programmes et sont publiées sous forme de chronique dans les journaux nationaux et distribuées parallèlement par le réseau de presse dans les dispensaires et auprès des organisations non gouvernementales. De multiples matériels et services sont en outre mis à disposition. (ONUSIDA, 2006, pp. 7-8)

<sup>2</sup> CCDAG relevant de la direction des soins de santé de base (DSSB).

<sup>3</sup> CCDAG relevant de l’ONFP.

<sup>4</sup> CCDAG relevant de la Direction de la médecine scolaire et universitaire (DMSU).

<sup>5</sup> « Je protège celui que j’aime ».

<sup>6</sup> «Cancer du sein mieux le découvrir tôt...mieux sera soigné», Message diffusé à l’occasion de la Campagne nationale de lutte contre le cancer du sein 2009. ONFP en partenariat avec la CNAM, ONFP, 2009. [Campagne d’affichage urbain du 04 au 15 février 2009, Campanes dans les moyens de transport métro, train, ...du 04 au 15 février 2009 et du 23 février au 09 mars 2009].

<sup>7</sup> Ce document n’a pas fait objet de publication.

<sup>8</sup> « Je n’aime pas l’argent et l’or...»