

Date : 17/07/2007



Recherche d'information sur le VIH/sida et communications sur les soins de santé en Afrique subsaharienne

Kendra Albright

University of Sheffield, Department of Information Studies, Regent Court, 211 Portobello Street, Sheffield S1 4DP
UK.

Email: k.albright@sheffield.ac.uk

Traduction de Claire Tranne

Master 2 Communication Internationale en Sciences de la Santé
Université Lumière Lyon 2

Traduction juillet 2007

clairedetoulouse@yahoo.fr

Meeting:

107 FAIFE with Health and Biosciences Libraries

Simultaneous Interpretation:

Yes

WORLD LIBRARY AND INFORMATION CONGRESS: 73RD IFLA GENERAL CONFERENCE AND COUNCIL

19-23 August 2007, Durban, South Africa

<http://www.ifla.org/iv/ifla73/index.htm>

RESUME

L'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus durement touchée par le sida, qui menace de décimer des populations entières. Bien qu'elle ne compte que 10% de la population mondiale, la région représente 63% des personnes vivant avec le VIH/sida. Sur les 2,1 millions de décès estimés liés au sida en 2006, 72% d'entre eux ont eu lieu en Afrique (UNAIDS/WHO, 2006). Si l'épidémie s'est stabilisée dans la région, cela signifie seulement que le nombre de personnes nouvellement touchées par le VIH est à peu près équivalent au nombre de personnes qui meurent du sida.

Après vingt-cinq ans d'épidémie, il n'existe toujours aucun remède contre le sida. L'information reste notre arme la plus déterminante dans la guerre contre le virus du sida. Mais l'information apportée est-elle efficace pour combattre cette terrible maladie ? Les résultats sont mitigés. Quelques succès ont été observés, l'Ouganda se démarque nettement du reste, sa prévalence du VIH/sida n'est que de 5%, soit une baisse par rapport aux estimations qui culminaient à 30% dans certaines régions. Si quelques autres pays ont un tant soit peu gagné du terrain dans la lutte contre la maladie, la majorité ne cesse d'annoncer des taux de nouvelles infections à la hausse et des décès, en dépit des efforts de déploiement des campagnes ciblées d'information et de communication.

Ce rapport fait un tour d'horizon de la situation du VIH/sida en Afrique subsaharienne. Les Théories des Comportements de Santé (TCS) seront examinées et comparées aux théories des comportements de recherche d'information. Les limitations et avantages potentiels de l'information et des communications seront examinés dans le cadre de la lutte contre le sida et l'accent sera mis sur les complexités propres à l'Afrique subsaharienne. Il sera donné quelques pistes pour les campagnes d'information et de communication sur le VIH/sida dans cette région.

INTRODUCTION : L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET LE SIDA

L'Afrique est le deuxième continent du monde par sa taille, couvrant près de 22% des régions terrestres du globe, soit près de 30 millions de km² (Figure 1). La région subsaharienne recouvre le continent entier à l'exception des pays les plus au nord : Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Tunisie, le Sahara occidental, et dans une certaine mesure la Mauritanie (Agence Canadienne de Développement International). L'Afrique subsaharienne est confrontée à de nombreuses difficultés et se caractérise par une croissance démographique élevée, une crise du VIH/sida qui s'accroît, des ressources financières limitées, une croissance négative de la production agricole et industrielle, la sécheresse et l'instabilité politique.

Figure 1. Afrique subsaharienne (Source : Agence Canadienne de Développement International)

L'Afrique subsaharienne a une prévalence beaucoup plus élevée de Personnes Vivant Avec le VIH/sida (PVAVS) que n'importe quelle autre région du monde (UNAIDS, 2006). Bien qu'elle ne compte que 10% de la population mondiale, elle représente 63% de PVAVS (Figure 2). Soixante-douze pour cent des 2,1 millions de décès estimés liés au sida en 2006 ont eu lieu en Afrique subsaharienne (UNAIDS/WHO, 2006). Sur les 380 000 enfants morts du sida en 2006, 87% (330 000) étaient en Afrique subsaharienne. L'épidémie s'est stabilisée dans la région, mais cela signifie seulement que le nombre de personnes nouvellement touchées par le VIH est toujours à peu près équivalent au nombre de personnes qui meurent du sida.

Figure 2. Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/sida (Source : UNAIDS/WHO, 2006)

L'évolution du sida en Afrique subsaharienne varie d'une région à l'autre. Le sida peut être perçu comme des épidémies multiples et régionales (UNAIDS, 2004b). En Afrique australe, l'Ouganda, qui lutte contre ce problème par des campagnes d'information et de communication centrées sur la prévention, connaît la baisse progressive la plus importante des taux de prévalence. Les taux d'infection par le VIH/sida en Ouganda ont chuté à 6,7% en 2005 (UNAIDS, 2006) contredisant les prévisions à 18,5% en 1995 (Secrétariat de la Commission ougandaise sur le sida, 2001). Ces baisses peuvent cependant être trompeuses ; il est possible qu'elles soient le résultat des chiffres sur la mortalité et non une réelle baisse de l'incidence. D'après l'UNAIDS (2004b), « la prévalence du VIH chez l'adulte est à peu près stable ces dernières années. Mais cette stabilisation ne signifie pas nécessairement que l'épidémie ralentit. Au contraire, elle peut dissimuler les phases les plus sombres d'une épidémie, lorsque le nombre de personnes nouvellement infectées est d'importance égale, à peu chose près, au nombre de personnes qui meurent du sida. »

Les chiffres sur la prévalence du VIH/sida proviennent souvent des statistiques de prévalence chez les femmes enceintes dans les dispensaires de soins prénataux en régions urbaines, considérées comme représentatives de la population totale. La même tendance de baisse progressive est observée dans d'autres pays d'Afrique australe aussi bien qu'en Ouganda. Malgré ce ralentissement, le VIH/sida reste néanmoins une épidémie grave qui voit le nombre de décès imputables au sida augmenter de façon spectaculaire chaque année.

En Afrique central et occidentale, les taux de prévalence semblent varier très peu, se stabilisant autour de 5% ou moins, à l'exception du Cameroun et de la Côte d'Ivoire où les taux s'élèvent à plus de 10% chez les femmes enceintes dans les centres prénataux. Ce chiffre est similaire aux taux observés dans la plupart des pays d'Afrique australe, à l'exception de l'Angola, où ce taux reste constant aux alentours de 5% (UNAIDS, 2004a).

Les femmes sont touchées par le VIH de manière disproportionnée et comptent pour plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique subsaharienne (UNAIDS, 2004c). Dans la plupart des pays subsahariens, l'âge de début de la sexualité est plus précoce pour les femmes que pour les hommes (Green, 2003), ce qui permet de penser que les femmes sont plus susceptibles d'être infectées à un âge précoce et le sont plus fréquemment que les hommes, en particulier chez les 15-24 ans (UNAIDS, 2004c).

INFORMATION ET COMMUNICATION SUR LA SANTE

Comme il n'existe aucun vaccin ou traitement contre le VIH ou le sida, l'information est déterminante pour prévenir l'expansion du virus. Grâce à une information très répandue sur le VIH/sida, les peuples de l'Afrique subsaharienne peuvent acquérir des connaissances nécessaires pour changer leur comportement face à l'épidémie du sida.

L'étude de la relation existant entre l'information et le changement de comportement est complexe et intéresse plusieurs disciplines, notamment la Science de l'Information et les Communications (Dervin, 2005). La Science de l'Information s'intéresse à l'étude des phénomènes de l'information, notamment les comportements des gens qui recherchent et utilisent l'information. Ces études permettent de comprendre le processus utilisé par les gens pour localiser l'information correspondant à leur besoin informationnel. Les Communications s'intéressent à la transmission de l'information, en particulier dans les campagnes éducatives. Ces disciplines associées apportent un complément non négligeable à ce que nous savons sur les façons dont l'information influe sur notre changement de comportement ainsi que ses limitations. Cependant, la Science de l'Information et les Communications sont deux disciplines distinctes qui n'ont été que récemment associées pour appréhender le rôle de l'information dans le changement de comportement.

La Science de l'Information étudie la relation entre les usagers et l'information sur le plan du comportement informationnel et du comportement de recherche d'information. Wilson (2000) définit ainsi ces deux termes :

Les comportements informationnels sont l'ensemble des comportements humains en relation avec les sources et les canaux d'information, y compris la recherche active et passive de l'information et l'utilisation de celle-ci. Ainsi, il comprend aussi bien la communication en tête-à-tête avec d'autres personnes que la réception passive de l'information comme, par exemple, le fait de regarder les publicités à la télé, sans aucune intention d'agir en conséquence.

Les comportements de recherche d'information sont des actions intentionnelles de recherche d'information motivées par un besoin de satisfaire quelque objectif. Dans sa recherche, l'individu peut interagir avec des systèmes manuels d'information (tels qu'un journal ou une bibliothèque), ou avec des systèmes informatiques (comme le Web) (49).

Pendant de nombreuses années, le champ de la Science de l'information se limitait au rôle des systèmes dans le comportement informationnel (Wilson, 2000). Ses approches de recherche se sont élargies au cours des vingt dernières années, passant d'une perspective *information-objet*

(Buckland, 1991) à un point de vue selon lequel l'information, en tant qu'objet théorique, est à la fois physique et cognitive (Raber, 2003). A mesure que nous progressons vers une perspective de plus en plus centrée sur l'utilisateur, des questions se posent sur le monde de l'utilisateur, les processus cognitifs impliqués dans la recherche d'information et les processus qui conduisent l'utilisateur à trouver l'information pertinente. Kuhlthau (1994), Ellis, Cox, et al. (1993), et Dervin (1983), entre autres, ont contribué à notre compréhension des caractéristiques des usagers et de leurs comportements. Récemment, les travaux en Sciences de l'information et des bibliothèques (SIB) ont évolué pour intégrer les questions d'affect qui influent également le comportement informationnel (Nahl, 2005).

Si les études sur la recherche d'information porte sur les caractéristiques des usagers, il est surprenant de constater le manque d'études sur l'impact de l'information recherchée. Le problème vient du fait que les études sur le comportement de recherche d'information sont inappropriées si elles ne prennent pas en compte l'exploitation de cette information. Sans une compréhension des effets de l'information sur les usagers et leurs comportements, nous avons une vision incomplète de la façon dont l'information change le comportement, ce qui constitue une préoccupation majeure dans l'information sur les soins de santé en général, et sur le VIH/sida en particulier. Plus nous en savons sur la relation qui existe entre l'information et son exploitation, plus nous aurons la possibilité d'augmenter nos chances de fournir une information de meilleure qualité qui sera ciblée avec plus de soin afin de réduire la probabilité d'expansion du VIH/sida. Par conséquent, il est important non seulement de connaître les caractéristiques particulières de l'utilisateur mais également la manière dont l'information pourrait influencer sur le comportement. Les réponses à ces questions influenceront sur la façon dont l'information est choisie et présentée et son influence possible sur les usagers et leurs comportements.

Pour aborder ces questions, la Science de l'Information peut toutefois s'inspirer d'un ensemble de théories et de disciplines, en particulier la psychologie et les communications. En faisant converger des théories multidisciplinaires, il est possible de produire de nouvelles idées et de réaliser des collaborations théoriques qui éclaireront notre compréhension des relations existant entre l'information et les communications sur la santé d'une part et le changement de comportement d'autre part.

LES THEORIES DES COMPORTEMENTS DE SANTE

De nombreuses théories des comportements de santé existent dans le domaine des Communications et ont été conçues pour étudier la relation entre information/communication sur la santé et changement de comportement. Noar et Zimmerman (2005) ont identifié plus de 2900 citations sur les théories des comportements de santé, parmi lesquelles seules 178 (6%) « citations uniques contenant deux théories ou plus dans l'historique des recherches » (282), ce qui implique que nombre des articles restants ne mentionnait que des théories simples.

Les théories des comportements de santé peuvent être classées en deux catégories : les théories explicatives et les théories du changement. Les théories explicatives sont celles qui étudient *pourquoi* un certain problème existe, et recherchent les variables sous-jacentes qui contribuent au problème (National Cancer Institute, 2005). Parmi les théories explicatives du changement de comportement, on peut citer le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*), la théorie du comportement planifié (*Theory of Planned Behaviour*) et le modèle des processus d'adoption du principe de précaution (*Precaution Adoption Process model*).

Les théories du changement de comportement font progresser le développement des campagnes en matière de santé en identifiant les concepts importants qui peuvent être intégrés dans les messages

et stratégies d'information et de communication (p. ex. : les stratégies IEC (Information, Education et Communication)). Les théories du changement de comportement fournissent également un cadre pour l'évaluation des campagnes. Un des avantages propres aux théories du changement est qu'elles requièrent l'identification et l'analyse des postulats avant la conception et la mise en œuvre tout programme de campagne. La Diffusion des Innovations et l'Organisation Communautaire sont deux exemples des théories du changement de comportement.

Les théories des comportements de santé peuvent également être regroupées en fonction de leurs caractéristiques. Les théories fondées sur le message étudient la façon dont l'individu ou le public réagit aux messages. Les modèles fondés sur les craintes, par exemple, sont conçus pour provoquer un changement en évoquant des réactions de crainte. Les théories fondées sur les croyances examinent les ensembles de croyances et de perceptions des individus sur la question de santé. Si un individu perçoit qu'un changement de comportement entraînera une amélioration de sa santé, alors il sera plus disposé à effectuer ce changement. Les théories fondées sur les campagnes se consacrent au changement de comportement par la prévention.

L'existence d'une telle variété de théories de communication sur la santé implique que les problèmes, les cultures et les contextes qu'elles visent soient tout aussi variés. Certaines se concentrent sur l'individu comme cible du programme, tandis que d'autres adoptent une approche plus holistique, sociale et culturelle. Certaines théories peuvent être utilisées d'une culture à l'autre, mais la plupart n'ont été examinées que dans un cadre ou une culture restreints (Airhihenbuwa and Obregon, 2000; Noar and Zimmerman, 2005). Les chercheurs doivent prendre en considération les caractéristiques de la population cible, notamment les données démographiques ainsi que le contexte socioculturel spécifique, afin de faire progresser nos connaissances. Il serait nécessaire et/ou souhaitable d'utiliser plus d'une seule théorie afin de rendre compte des grandes variations dans les populations cibles.

Ceux qui les critiquent ont identifiés plusieurs problèmes à ces modèles du changement de comportement. Premièrement, nous n'avons pas conçu notre recherche pour l'adapter proprement à l'étude des théories et des modèles proposés (Noar, 2006). Deuxièmement, ces modèles ne prennent pas correctement en compte le rôle du contexte culturel au sein duquel les études sont menées, sachant que les facteurs culturels sont souvent cités comme le facteur principal qui fait défaut dans de nombreux programmes de promotion de la santé (Airhihenbuwa and Obregon, 2000; Singhal and Rogers, 2003; Kalipeni et al., 2004). En Afrique subsaharienne, par exemple, ces théories passent sous silence les questions de l'inégalité des pouvoirs dans les choix sexuels, thèmes qui ne sont pas abordés. Les femmes sont souvent contraintes à se livrer à des actes sexuels par la violence, la peur ou le besoin financier. Dire qu'une femme *choisit* de s'engager dans une activité sexuelle avec un partenaire est parfois une affirmation qui ne reflète pas toute la portée de cette décision. Les problèmes associés tels que la pauvreté, l'inégalité sexuelle et l'émigration doivent être abordés pour étudier le changement de comportement concernant l'information et les communications sur le VIH/sida en Afrique subsaharienne. Les théories du changement de comportement postulent généralement que les décisions au sujet de l'activité sexuelle sont fondées sur des considérations rationnelles. Ce postulat ne rend compte ni n'examine les complexités des interactions et des choix sexuels des partenaires impliqués. Troisièmement, les théories du changement de comportement ne mesurent pas toute l'envergure des complexités du comportement humain et expliquent l'efficacité limitée des campagnes de santé fondées sur l'information. Dervin (2005) affirme que les campagnes de santé « entraînent un taux de changement de comportement de 7 à 10% environ ».

L'INADEQUATION DES APPROCHES EXISTANTES

En dépit de l'utilité des modèles et théories du changement de comportement, les campagnes d'information et de communication conçues pour promouvoir les soins de santé n'ont pas fait l'objet de recherche et d'évaluation appropriées sur leur efficacité (Noar and Zimmerman, 2005). Le nombre de théories du changement de comportement à elles seules reflète le besoin de les consolider et de les évaluer afin de déterminer le degré de chevauchement et d'adéquation des théories existantes. L'objet d'une théorie est d'élargir un cadre existant qui tient compte des observations collectives jusqu'à ce que de nouvelles observations entrent en contradiction avec ce cadre, auxquels cas de nouvelles théories viennent remplacer l'ancienne ou la théorie existante est modifiée. Ce même principe ne s'applique pas aux théories du changement de comportement, ce qui limite les avancées dans ce domaine (Noar and Zimmerman, 2005).

L'efficacité des théories du changement de comportement n'est pas déterminée du fait que les résultats sont souvent interprétés dans le cadre d'une des théories dominantes, et les résultats doivent s'accorder avec la théorie. D'après les affirmations de Airhihenbuwa and Obregon (2000) :

Autrement dit, les stratégies de communication généralement employées tentent souvent d'ajuster les processus de mise en oeuvre aux principes d'une théorie ou d'un modèle dominant en psychologie sociale plutôt que de laisser l'expérience de terrain ébaucher son propre cadre. De plus, le rôle des contextes culturels dans l'efficacité de la mise en oeuvre des programmes sont souvent omis, même lorsque des données abondent dans le sens où la culture est un élément central dans les décisions et les comportements de santé, en particulier dans le contexte des comportements susceptibles de prédisposer les personnes au VIH/sida (6).

Le rôle de la culture dans les campagnes d'information est une composante importante des campagnes d'information sur le sida. De nombreuses campagnes sur les soins de santé sont conçues au sein d'une population donnée et ne sont pas testées en dehors de ce groupe. De plus, Airhihenbuwa and Obregon (2000) affirment que les modèles « classiques » de communication sur la santé sont « fondés sur une psychologie sociale qui met l'accent sur l'individualisme » (5). Par conséquent, ils ne sont pas appropriés pour aborder les besoins spécifiques des cultures plus collectives comme celles que l'on trouve dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne. Les besoins de l'individu (c'est-à-dire le *soi*) sont abordés avec ces approches, mais dans les cultures subsahariennes, le contexte dans lequel l'individu définit son état de santé, c'est « l'état de bien-être de la famille et de la communauté qui règle la façon dont les individus mesurent leur état de santé » (Airhihenbuwa and Obregon, 2000, 9).

Une approche fondée sur les médias et conçue pour changer les comportements est inadaptée pour stimuler tous les membres de la société. En raison de l'éventail des besoins d'information individuelle et des processus qu'utilisent les individus pour *donner du sens* à leurs mondes et leurs réalités, les messages sur le sida doivent cibler les groupes de personnes plus réduits (Airhihenbuwa and Obregon, 2000). Les comportements de recherche d'information nous aident à comprendre comment les individus poursuivent leurs recherches d'information et leurs degrés de compréhensions de l'information pour répondre à leurs besoins. Ils donnent à la recherche des pistes pour supprimer ou réduire les obstacles à l'information nécessaire, que ce soit par l'intermédiaire d'une conception améliorée des interfaces de l'information ou encore d'une mise à disposition de l'information sous une grande variété de présentations, qui peuvent être personnalisées pour répondre aux besoins des individus ou des petits groupes.

Les théories et les modèles du changement de comportement, en dépit des problèmes identifiés, constituent la meilleure prévention contre le VIH/sida dans la mesure où il n'existe aucun remède. Des campagnes d'information fondées sur les théories du changement de comportement s'ajoutent

aux recherches passées et nous aident à mieux comprendre comment l'information change les individus qui sont exposés aux messages de prévention. C'est un élément utile qui manquait dans la recherche en Science de l'Information centrées sur les usagers et l'information.

STRATEGIE DE PREVENTION

L'approche générale utilisée dans les campagnes de prévention dépend d'un certain nombre de facteurs. Premièrement, les situations d'un groupe particulier d'individus ou d'un public visé doivent être clairement cernées pour concevoir une stratégie d'information. Il est utile de penser à rechercher les raisons pour lesquelles les gens se livrent à des comportements de santé. Une autre façon d'étudier la question est de réfléchir sur ce qui les pousse à se livrer à des comportements risqués. Une analyse des besoins permettrait de répondre à cette question. Cette analyse permettra d'identifier les attitudes, les normes, les croyances et les perceptions concernant les comportements souhaitables (p. ex. les rapports sexuels protégés) et contribuera à donner forme à la mise en œuvre de stratégie.

Deuxièmement, une fois que l'on comprend les raisons de leur comportement, il est possible d'explorer d'une part les moyens de changer le comportement des gens dans un contexte spécifique et d'autre part les aspects à prendre en compte pour comprendre les façons d'aborder les variables explicatives des comportements existants et des comportements visés. Les stratégies conçues pour cibler des variables identifiées auront plus de chance d'être couronnées de succès. Par exemple, les moins de vingt ans sont moins susceptibles de réagir à des messages suscitant la crainte, car sur le plan développement, à cet âge, ils sont plus probablement dans le déni de leur mortalité. L'élaboration des stratégies d'information qui impliquent des informations interpersonnelles ou d'égal à égal sur des comportements positifs est sans doute plus efficace que des informations suscitant la crainte (p. ex. : le taux de mortalité des jeunes sidéens).

Troisièmement, une fois que la stratégie est mise en œuvre, il est utile d'en faire une évaluation. Cela peut présenter un intérêt d'identifier l'information et les présentations qui paraissent plus marquantes et qui produisent plus d'effets que d'autres. Les effets les plus programmatiques doivent également être étudiés pour déterminer s'ils étaient les catalyseurs du changement ou si celui-ci est imputable à d'autres facteurs. L'évaluation doit identifier les stratégies d'information les plus efficaces qui devraient être examinées dans les contextes futurs des études à venir.

INFORMATION SUR LE VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : LE CAS DE L'UGANDA

Le cas de l'Ouganda est un bon exemple de synergie entre la Science de l'Information et les Communications sur les programmes de prévention contre le VIH/sida. Les voies de diffusion de l'information sur le VIH/sida en Afrique subsaharienne sont souvent fondées sur les stratégies formelles d'Information, d'Education et de Communication (IEC). Ces stratégies donnent des objectifs à la diffusion de l'information par de nombreux partenaires au sein de la société (c'est-à-dire les organisations multisectorielles) et peut impliquer le gouvernement à tous les échelons, les organisations non gouvernementales (ONG) les organisations d'inspiration religieuse (FBO), les organisations communautaires (CBO), les agences bilatérales et multilatérales, et des entreprises privées, même si ce dernier cas n'est pas très courant. Le développement des stratégies IEC dans les régions subsahariennes prend souvent en compte leurs facteurs culturels spécifiques (Albright, 2004). Si ces stratégies reçoivent l'appui politique et civil nécessaire au sein d'un pays, il n'est pas certain que les messages et les campagnes d'informations sur le sida cibleront cette culture spécifique, en particulier parmi les organisations qui ne sont pas originaires de la région.

En Ouganda, le Ministre de la Santé attribue la baisse du VIH/sida du pays à la communication de masse et aux campagnes de promotion de l'utilisation du préservatif qui visent à accroître les niveaux de connaissances sur au moins deux méthodes de protection contre le VIH/sida et à augmenter l'utilisation du préservatif (Uganda Ministry of Health, 2003). Bessingera, Katendeb, and Gupta (2004) ont attribué la connaissance et l'utilisation du préservatif des hommes et des femmes aux messages sur le changement du comportement dans les médias (c'est-à-dire radio, télévision, affiches ou autres supports imprimés). Plus le nombre de canaux médiatiques véhiculant les messages sur le VIH/sida est élevé, plus la connaissance du préservatif et de son utilisation sera étendue chez les personnes exposées à ces messages (Bessingera, Katendeb, and Gupta, 2004).

L'approche ougandaise repose sur la communication, le comportement et les soins. Les organisations impliquées dans l'information et la communication sur le sida concentrent leurs efforts sur trois thèmes principaux : (1) l'information sur le sida/la maladie ; (2) la réduction du nombre de partenaires sexuels, connu sous le terme de « butinage-zéro » (*zero grazing*) ; et (3) l'apport de soins aux personnes atteintes du sida, ce qui implique de ne pas leur faire de reproches ou de porter un jugement sur elles. Les dépistages et les conseils sont proposés au niveau local afin de promouvoir un diagnostic rapide et définitif. Les conseils sont prodigués non seulement aux personnes diagnostiquées avec le VIH ou le sida, mais également aux familles, aux membres de la communauté et au personnel de santé. L'approche multisectorielle met l'accent sur le soin des autres par la mise en place de réseaux de soins (p. ex. l'Organisation ougandaise d'aide aux malades du sida (TASO) et d'autres organisations d'inspiration religieuse).

La baisse de la prévalence en Ouganda s'explique notamment par l'approche multisectorielle couplée à une ouverture sans précédent impulsée par d'importantes personnalités politiques, culturelles et communautaires qui ont aidé à l'intégration culturelle des messages sur le sida en Ouganda. Au lieu d'être occulté, ce problème a été débattu ouvertement dans les médias et perçu comme un problème national. Le message a été repris par les sources officielles du gouvernement ainsi que par des organisations non gouvernementales (p. ex. : Human Rights Watch), des organisations d'inspiration religieuse (p. ex. : World Vision), et d'autres organisations qui prodiguent des soins aux personnes infectées.

La diversité des organisations et partenariats impliqués dans les activités sur le VIH/sida et la diffusion de l'information a contribué au changement de comportement attribué à l'Ouganda. Les changements de comportement ont conduit à une baisse spectaculaire du nombre de partenaires non réguliers et à la réduction des réseaux sexuels (Low-Beer and Stoneburner, 2003). Une baisse importante du nombre de partenaires sexuels non réguliers a été observée en Ouganda par rapport à ses pays voisins ; en 1995, une baisse de 60% du nombre de partenaires sexuels non réguliers a été observée en Ouganda comparé au Kenya en 1998 et à la Zambie et au Malawi en 1996 (Stoneburner and Carballo, 1997 ; Stoneburner & Lox-Beer, 2000). D'après Green et al. (2002) les adultes dans de divers pays africains pensent que la réduction des relations sexuelles avec des partenaires de rencontre et l'abstinence sont la meilleure réponse au sida ; la même importance n'est pas accordée aux préservatifs. Selon des données disponibles, l'utilisation du préservatif en Ouganda est similaire à celles des autres pays de la région (Low-Beer & Stoneburner, 2003).

Les canaux personnels constituent la source principale de communication de l'information sur le VIH/sida aussi bien dans les régions rurales qu'urbaines en Ouganda (Low-Beer & Stoneburner, 2003). Entre 1989 et 1995, la communication de masse et institutionnelle en Ouganda est passée aux canaux de communication personnels pour la communication d'informations sur le VIH/sida (Low-Beer & Stoneburner, 2003). D'après Low-Beer & Stoneburner (2003), les canaux de communication institutionnels et de masse représentent la majorité des communications sur le VIH/sida dans tous les autres pays.

Albright, Kawooya, and Hoff (2006) ont enquêté sur plus de 300 organisations sur le sida en Ouganda et ont dressé la liste des types et des présentations de l'information sur le VIH/sida diffusée par ces organisations. Ceux-ci sont reliés au type d'organisation. Les organisations d'inspiration religieuse étaient plus fortement susceptibles de diffuser des informations sur l'abstinence, la fidélité et les orphelins. Le gouvernement était plus susceptible de diffuser des informations sur les préservatifs et les contraceptions. Parmi les canaux les plus couramment utilisés pour la diffusion, on peut citer la radio et le théâtre.

SUGGESTIONS POUR L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

L'utilisation des types d'information adéquats dans un contexte donné rendra compte non seulement des aspects culturels spécifiques, mais se traduira également par une plus forte capacité à cibler un public ou des individus particuliers ayant des besoins spécifiques. Des analyses phénoménologiques qui étudient les conditions des personnes infectées ou touchées par le VIH/sida sont nécessaires pour examiner les résultats et les complexités de l'information et du changement de comportement. Cette approche est utile pour approfondir le contexte sous-jacent des comportements individuels afin de dégager les traits caractéristiques de la recherche d'information et son utilisation pour informer sur le VIH/sida.

1. Les supports d'information doivent être conçus spécifiquement pour le public visé au sein d'une culture particulière. La plupart des cultures de l'Afrique subsaharienne repose sur une tradition orale, ainsi l'utilisation des supports non imprimés est sans doute plus efficace.
2. Les supports d'information doivent être disponibles dans la langue de la population visée. Par exemple, il existe plus de 30 langues parlées en Ouganda. Si l'anglais est la langue officielle de l'Ouganda, beaucoup de gens ne le comprennent pas. Ainsi, les supports d'information imprimés en anglais seront inefficaces. Les programmes radio doivent également être disponibles dans la langue de la population visée.
3. Comme la majorité de la population de l'Afrique subsaharienne est analphabète, les supports d'information doivent être disponibles sous des présentations diverses en plus des imprimés. Certains projets ont mentionné l'utilisation des supports audio pour diffuser l'information (p. ex. : livres audio, radio), le théâtre, les histoires, et la chanson étant quelques-unes des méthodes utilisées pour délivrer le message sur le VIH/sida. D'après Albright, Kawooya, and Hoff (2006), la radio et le théâtre sont les deux moyens les plus couramment utilisés pour la diffusion de l'information. D'autres moyens de diffusion plus indiqués pour les cultures orales de l'Afrique subsaharienne sur le plan culturel demandent également à être étudiés.
4. Etudier la culture collectiviste de la population visée. Par exemple, l'information est généralement partagée dans les centres communautaires, centres jeunesse, centres de documentation, télécentres et centres polyvalents. Ces centres tiennent lieu de centres communautaires où des forums locaux et des réunions peuvent être menés, qu'ils soient formels ou informels.
5. Outre les activités programmatiques, l'éducation par les pairs semble être l'approche la plus courante pour diffuser les messages sur le VIH/sida.
6. L'utilisation de la fiction est utile pour rendre l'information sur le VIH/sida plus attractive, en particulier pour les enfants et les jeunes.

CONCLUSION

Les domaines de la Science de l'Information et des Communications nous aident tous deux à comprendre comment les usagers recherchent et utilisent l'information sur les soins de santé. La Science de l'Information apporte une compréhension des personnes, notamment leur contexte culturel, complémentaire aux Communications. Inversement, les Communications apportent une base théorique qui renforce les approches utilisées en Science de l'Information. Cependant, il existe de nombreuses théories de l'information sur la santé et du changement de comportement caractérisées par des répétitions et des points de vue superficiels qui ne font pas progresser notre compréhension de la relation existant entre l'information sur la santé et le changement de comportement. Il est nécessaire d'évaluer les théories du changement de comportement, d'identifier les concepts similaires en Science de l'Information et d'établir une connaissance commune des structures des comportements de santé au travers des différentes recherches. Ensemble, elles contribuent à une compréhension et une utilisation plus fine, plus ciblée des théories pour orienter le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prévention contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne.

REFERENCES

- Airhihenbuwa, Collins O. and Rafael Obregon. (2000). A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5(Supplement), 5-15.
- Albright, Kendra S. (2004). A Comparative Study of National HIV/AIDS Information Policies. AIDS in Culture Conference. Mexico City, Mexico, December 10, 2004.
- Albright, K. S., D. Kawooya, and J. Hoff. (2006). Information Vaccine: Information and Uganda's Reduction of HIV/AIDS. In *Librarianship as a Bridge to an Information and Knowledge Society in Africa*, A. Macharazo and S. Koopman, eds. Munich: K. G. Saur, 2007.
- Bessingera, Ruth, Charles Katendeb, Neeru Gupta. (2004). Multi-media campaign exposure effects on knowledge and use of condoms for STI and HIV/AIDS prevention in Uganda. *Evaluation and Program Planning*, 27, 397-407.
- Buckland, Michael. (1991). Information as thing. *Journal of the American Society for Information Science*, 42(5), 351-360.
- Canadian International Development Agency. (2006). Sub-Saharan Africa. <http://www.acdi-cida.gc.ca/subsaharanafrica> [Accessed 12 February 2007].
- Dervin, Brenda. (1983). An overview of sense-making research: Concepts, methods and results to date. International Communications Association Annual Meeting, Dallas, Texas.
- Dervin, Brenda. (2005). Libraries reaching out with health information to vulnerable populations: guidance from research on information seeking and use. *Journal of the Medical Library Association*, 93(4), S74-S80.
- Ellis, David, D. Cox, et al. (1993). A comparison of the information seeking patterns of researchers in the physical and social sciences. *Journal of Documentation* (49), 356-369.

- Green, Edward C. (2003). *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Success in Developing Countries*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Green, E., Nantulya, V., Stonburner, R. and Stover, J. (2002). *What happened in Uganda? USAID Case Study Paper*. Washington, D.C.
- Kalipeni, Ezekiel, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh. (2004). *HIV and AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Kuhlthau, Carol. C. (1994). *Seeking meaning: A Process Approach to Library and Information Services*. Norwood, NJ: Ablex Publishing.
- Nahl, Diane. (2005). Affective load. Fisher, Karen E., Sanda Erdelez & Lynn McKechnie (Eds.), *Theories of Information Behavior*. Medford, N.J: Information Today, Inc. (ASIST Monograph Series), 39-43.
- National Cancer Institute. (2005). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice, Second Edition*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>. [Accessed 12 May 2007].
- Noar, Seth M. (2006). A health educator's guide to theories of health behavior. *International Quarterly of Community Health Education*, 24(1), 75-92.
- Noar, Seth M. and Rick S. Zimmerman. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behavior: Are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290.
- Popoola, S.O. (2000). Consumer health information needs and services in Nigeria. *Library Review*, 49(3), 129-134.
- Raber, Douglas. (2003). *The Problem of Information*. Lanham, MD: The Scarecrow Press, Inc.
- Singhal, Arvind and Everett M. Rogers. (2003). *Combating AIDS: Communication Strategies in Action*. New Delhi: Sage Publications India.
- Uganda AIDS Commission Secretariat. (2001). *Twenty years of HIV/AIDS in the world: Evolution Of The Epidemic And Response In Uganda*. http://www.aidsuganda.org/pdf/20_yrs_of_hiv.pdf [Accessed 15 January 2004].
- Uganda Ministry of Health (2003). *Disease Surveillance: HIV/AIDS in Uganda*. Kampala: Ministry of Health, Republic of Uganda. <http://www.health.go.ug/disease.htm>. [Accessed 9 September 2005].
- UNAIDS. *AIDS Epidemic Update*. Geneva: United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2004a.
- UNAIDS/WHO. (2006). *AIDS Epidemic Update*. Geneva: United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2006. http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp. [Accessed 6 May 2007].

UNAIDS. Sub-Saharan Africa. Geneva: United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2004b. <http://www.unaids.org/EN/Geographical+Area/By+Region/sub-saharan+africa.asp> [Accessed February 1, 2005].

UNAIDS. Women, Girls, HIV and AIDS: AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa. Geneva: United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004c. http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=en&href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/Fact-Sheets04/FS_SSAfrica_en.pdf [Accessed May 2, 2005].

Wilson, T.D. (2000). Human information behavior. *Informing Science*, 3(2), 49-55.