

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME
P.N.L.P.**

Av. de la Justice n° 32 – Kinshasa/Gombe



Module III

**Communication pour le
Changement de comportement**

Kinshasa, Octobre 2001



BASICS II

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| TABLE DES MATIERES | 2 |
| I. INTRODUCTION..... | 3 |
| II. OBJECTIFS PEDAGOGIQUES | 3 |
| III. CONTENU..... | 4 |
| 3.1. CONCEPTS DE LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT | 4 |
| 3.1.1. COMMUNICATION POUR LA SANTE | 4 |
| 3.1.2. L'EMETTEUR..... | 4 |
| 3.1.2. LE CANAL | 4 |
| 3.1.4. LE RECEPTEUR | 4 |
| 3.1.5. LE FEED BACK | 5 |
| 3.1.6. L'INFORMATION | 5 |
| 3.1.7. EDUCATION | 5 |
| 3.1.8. MOBILISATION SOCIALE | 5 |
| 3.1.9. LE PLAIDOYER | 6 |
| 3.2. ORGANISATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION DANS UNE ZS | 7 |
| 3.2.1. LES STRUCTURES IMPLIQUEES DANS L'ORGANISATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION | 7 |
| 3.2.2. LA PLANIFICATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION | 7 |
| 3.3.3. LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE COMMUNICATION DANS UNE ZONE DE SANTE | 8 |
| 3.3.4. LE SUIVI ET L'EVALUATION | 10 |
| 3.3. ADAPTATION DES MESSAGES ET SUPPORTS DE CCC..... | 12 |
| 3.3.1. MESSAGES..... | 12 |
| 3.3.2. LES SUPPORTS DE COMMUNICATION | 14 |
| 3.4. GESTION DES RUMEURS ET DE CAS DE RESISTANCE..... | 15 |
| 3.4.1. DEFINITIONS | 15 |
| 3.4.2. ORIGINE..... | 15 |
| 3.4.3. LES CARACTERISTIQUES : | 16 |
| 3.4.4. LES PISTES DE SOLUTIONS | 16 |
| 3.4.5. EVALUATION DES ACTIONS ENTREPRISES POUR LA GESTION DES RUMEURS ET DES CAS DE RESISTANCE | 17 |
| 3.5. DOCUMENTATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION | 17 |
| 3.5.1. IMPORTANCE DE LA DOCUMENTATION | 17 |
| 3.5.2. COLLECTE DE L'INFORMATION | 17 |
| 3.6. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE..... | 18 |
| 3.6.1. DEFINITION | 18 |
| 3.6.2. IDENTIFICATION DES CANAUX | 18 |
| 3.6.3. ETABLISSEMENT D'UN PARTENARIAT | 19 |
| 3.6.4. RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE | 19 |
| ANNEXE..... | 21 |

I. INTRODUCTION

Les activités de communication pour le changement de comportement sont importantes pour la réussite de tout programme de santé publique. **Dans le cadre du PNL, la sensibilisation des décideurs, du personnel et des parents contribue à l'augmentation de la demande et de l'utilisation des services.** Cependant, dans plusieurs zones de santé les activités de communication ne sont pas suffisamment planifiées et organisées de la même façon que les autres activités. Généralement, elles se limitent à des séances d'animation sanitaire tenues par un personnel non formé en IEC. Ces séances souvent ne tiennent pas compte des problèmes identifiés ni de valeurs et croyances véhiculées dans la communauté.

D'autre part, les stratégies de communication ne sont pas maîtrisées par les personnes chargées de ce volet, ce qui ne permet pas d'obtenir une adhésion massive de la population pour leur participation à la résolution des problèmes de santé identifiés.

Il est aussi à noter que tout ce qui se passe dans les ZS n'est pas suffisamment documenté pour aider à améliorer les expériences vécues et les étendre au besoin à d'autres ZS.

Dans ce module sont développés les différents thèmes en rapport avec les problèmes identifiés dans le domaine d'IEC pour y apporter des solutions pratiques.

II. OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

A la fin de ce module, le participant doit être capable de :

- 1) Définir les concepts liés à la communication pour la santé,
- 2) Organiser les activités de communication dans la Zone de Santé, selon le contexte et le milieu.,
- 3) Adapter les messages et les supports aux publics cibles spécifiques;
- 4) Utiliser les messages et les supports pour amener le changement de comportement,
- 5) Gérer les rumeurs selon le contexte du milieu,
- 6) Documenter les expériences vécues dans son milieu,
- 7) Susciter la participation des membres de la communauté en les impliquant dans l'identification des problèmes et dans la recherche des solutions.

III. CONTENU

3.1. CONCEPTS DE LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

3.1.1. COMMUNICATION POUR LA SANTE

Elle peut se définir comme un processus permettant de comprendre et de satisfaire les besoins d'information et de motivation d'un public donné. Elle implique :

- Les recherches comportementales afin de segmenter la population en divers groupes cibles ;
- la mise en œuvre des stratégies spécifiques à chaque segment ou groupe cible ;
- L'utilisation des médias ou la combinaison de différents canaux en fonction de leur accessibilité aux groupes cibles et leur efficacité respective selon l'environnement socio-culturel et économique bien déterminé.

Le concept tend aussi à encourager l'adoption ou le maintien d'un comportement correct.

L'approche de la communication pour la santé est fondée sur 3 éléments :

- Le dialogue avec le public pour identifier l'ensemble de problèmes de santé et comprendre les comportements qui sont en cause ;
- Proposer les solutions qui reflètent le contexte local et sont acceptables par la population;
- Mesurer le degré d'utilité des solutions.

Elle permet ainsi de mettre en lumière l'avantage qu'il y a à agir et les inconvénients de ne pas agir (motivation).

Les principaux éléments qui vont influencer l'impact de la communication sont :

3.1.2. L'EMETTEUR

c'est le locuteur, celui qui parle, qui transmet le message.

3.1.2. LE CANAL

c'est le moyen par lequel le message est transmis.

3.1.4. LE RECEPTEUR

c'est celui qui écoute. La rétention du message par lui, l'interprétation ainsi que l'utilisation du message dépendent de la réception, donc de l'écoute qui doit être attentive pour qu'une communication soit efficace.

3.1.5. LE FEED BACK

c'est l'information en retour provenant du récepteur. Le feed-back peut être :

Selon le mode d'expression :

- ◆ Verbal : exprimé par la parole, spontané ou sollicité au moyen d'une question;
- ◆ Non verbal : exprimé par les gestes, mimiques, attitudes ou d'autres signaux permettant de comprendre nos pensées;

Selon les attitudes :

- ◆ Conscient ou non.

Dans tous les cas, Il permet de vérifier si le message a été bien reçu et bien compris ainsi que des effets produits par lui.

3.1.6. L'INFORMATION

C'est l'ensemble des connaissances et des données à transmettre à un groupe cible. C'est aussi le processus qui consiste à transmettre des connaissances et des données sur un sujet précis à un individu ou à un groupe d'individus. L'information permet de reconnaître l'existence d'un problème en relation avec une situation spécifique, (*conscientisation*) ou avec le problème et l'intérêt pour sa résolution (*Sensibilisation*)

3.1.7. EDUCATION

Elle se caractérise par la situation d'apprentissage c'est-à-dire l'information d'une part et l'habileté de faire quelque chose d'autre part. Elle doit tenir compte de la capacité de l'individu à utiliser de façon correcte l'information. Eduquer c'est rendre un individu apte à pratiquer un comportement positif pour la santé.

3.1.8. MOBILISATION SOCIALE

C'est une stratégie qui vise le ralliement du plus grand nombre d'acteurs pour atteindre un objectif commun. Du sommet à la base, chaque segment de la population apporte sa contribution pour réaliser l'objectif commun.

Par exemple, dans l'initiative de « Faire Reculer le Paludisme », le gouvernement et les partenaires rendent disponibles les antipaludiques et les protocoles de prise en charge; la communauté s'organise la prise en charge correcte des cas conformément au protocole diffusé.

Dans la mobilisation sociale, le rôle de la communauté est le plus déterminant. Quelles que soient les circonstances, la mobilisation sociale intègre l'information et l'éducation. Elle vise la recherche active des solutions et leur mise en pratique (action) d'une part, et d'autre part, elle prépare le cadre social, culturel et politique pour que l'action devienne priorité de tous et que tous contribuent à l'action et y mettent des ressources (*appropriation*).

3.1.9. LE PLAIDOYER

C'est une stratégie de communication qui cible des décideurs afin de les amener à s'impliquer, à s'engager et à prendre la bonne décision pour la communauté toute entière.

Exemple : On peut faire un plaidoyer auprès des membres du Gouvernement pour les amener à décider de la création d'une structure de mobilisation sociale;

On peut aussi faire un plaidoyer auprès des chefs religieux pour les amener à parler des activités communautaires de lutte anti-vectorielle au cours des séances de prières.

Souvent, pour obtenir le changement de comportement, une synergie des stratégies prenant en compte les cibles et les résultats attendus peut être nécessaire.

| Stratégie | Participants/cibles | Activités | Résultats attendus |
|---|--|---|--|
| Plaidoyer | -Dirigeants politiques -Décideurs -Guides de l'opinion | - Visite de sensibilisation - réunion de négociations - rencontre de planification/ examens conjoints -Intervention pour faire pression (lobbying) - organisation des évènements spéciaux -Séminaires | -Volonté politique -Affectation des ressources -Changement des politiques |
| MOBILISATION SOCIALE | -Réseaux -Groupes organisés | -Réunion d'orientation - Atelier de planification conjointe -Réunions périodiques de suivi -Organisation des évènements conjoints -Ateliers de sensibilisation - réunion de partage d'expériences/voyages d'études | -la formation d'alliances -la motivation des organisations -la collaboration multi- sectorielle -les accords institutionnels |
| COMMUNICATIO N POUR L'APPUI AU PROGRAMME | -Personnes qui s'occupent des enfants au niveau de la famille -Parents -Hommes -Femmes -Individus | -Recherches sur les audiences -Analyse du comportement -Elaboration et utilisation de matériels d'éducation -Education/promotion pour la santé par les agents locaux -Formation -Diffusion des messages et matériels | -Changement des connaissances, attitudes et comportements -Demande de services accrue et durable -Adoption de technique appropriée -Réalisation du programme accélérée -Couvertures sanitaire -Réduction des décès et de la mortalité. |

La communication pour le développement, ce n'est donc pas la simple transmission de messages, ce sont davantage les interactions autour des messages pour que les audiences cibles comprennent mieux, les acceptent et pratiquent les comportements sains proposés. Cela, non pas de façon ponctuelle mais suffisamment longtemps pour tirer les avantages que ces comportements peuvent procurer. Par exemple : emmener les cas d'échec thérapeutique au CS conformément au protocole de prise en charge.

3.2. ORGANISATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION DANS UNE ZONE DE SANTE

Dans cette section, sont développés les différents aspects pour organiser les activités de communication en faveur du PNLP dans une Zone de Santé.

3.2.1. LES STRUCTURES IMPLIQUEES DANS L'ORGANISATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION

- Le **BCZS** doit comprendre en son sein un responsable de communication pour la santé chargé d'assurer la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication en collaboration avec le MCZ et tous les autres intervenants en communication dans la ZS (personnel, ONG, confessions religieuses et autres associations)
- Les **Hopitaux**, les **Centre de Santé** et les **postes de santé** ciblent les utilisateurs des services de santé tandis que les ONG et les OAC ciblent les membres de la communauté dans leur milieu de vie, les deux constituent les lieux par excellence de la mise en œuvre des activités de communication planifiées au BCZS.
- Le **comité de santé** est l'organe de liaison entre d'une part toutes les structures communautaires et les structures des soins et d'autre part entre les structures communautaires et les membres de la communauté.

3.2.2. LA PLANIFICATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION

C'est la réflexion qui précède l'action, c'est-à-dire la mise en œuvre des activités.

Plusieurs modèles de planification sont utilisés actuellement par les planificateurs. Ils passent tous par 4 grandes étapes: la recherche, la planification, la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation. Voir schéma en annexe(cycle ACADA).

La recherche : à partir d'un examen minutieux de la prise en charge des cas, de celles de la surveillance et d'autres activités connexes; à partir des données fournies par des études CAP sur le PNLP, et la surveillance ainsi que d'autres études déjà existantes ou le cas échéant qu'il convient de mener, il s'agit de déterminer les comportements problématiques prioritaires

selon leur importance et en fonction de la facilité avec laquelle ils peuvent être modifiés.

La planification : elle consiste à adresser des objectifs précis, mesurables, réalisables et raisonnables à chaque comportement problématique identifié ainsi que la manière pour les atteindre. Dans la mesure du possible, les objectifs de communication doivent être fixés dans le temps et être intégrés avec les autres domaines de la lutte contre le paludisme afin de faciliter le suivi et l'évaluation. Ils doivent également contenir des indicateurs de suivi et d'évaluation très clairement établis.

La préparation : élaborer un plan de communication pour le PNLP ne suffit pas. Il faut surtout le mettre en œuvre comme élément à part entière du programme. Mais entre la réflexion et l'action, il y a la préparation. De quelles ressources avons-nous besoin ? Lesquelles sont actuellement disponibles et comment les différents acteurs vont-ils se répartir les tâches ? Les réponses à ces questions montrent le niveau de préparation avant le démarrage de la mise en œuvre des activités.

La mise en œuvre d'une communication intégrée pour le PNLP : elle nécessite au préalable la disponibilité et les capacités des acteurs. La formation et le renforcement des capacités vont donc précéder les autres activités de communication qui doivent du reste bénéficier de la supervision et d'une surveillance soutenue des échelons hiérarchiques. Car, en vue de déterminer les performances et les mesures correctrices à prendre, des évaluations doivent avoir lieu à des moments prévus et les résultats doivent être discutés par toutes les instances concernées.

3.3.3. LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE COMMUNICATION DANS UNE ZONE DE SANTE

Les activités de communication pour la santé sont mises en œuvre dans les centres et postes de santé à travers les "séances d'éducation sanitaire" (causerie de groupe), les différents conseils et les messages transmis lors des consultations curatives (avant, pendant et après la consultation). Elles le sont également dans les structures communautaires (ONG, OAC et autres), dans les ménages à travers les réunions et autres activités régulières de ces organisations ainsi que les visites à domicile.

Quelle que soit l'activité à réaliser, elle doit l'être par un communicateur formé et doté des qualités suivantes :

Un bon communicateur/ animateur doit encourager l'auditoire à s'exprimer, savoir l'écouter et avec lui, chercher des solutions pratiques.

En matière de savoir, il doit :

- maîtriser le sujet
- connaître le milieu
- connaître les étapes

En matière de savoir – faire, il doit

- Poser des questions claires
- Écouter
- Distribuer la parole
- Utiliser le supports
- Parcourir les différentes étapes
- Tenir compte de la disponibilité des membres de la communauté
- Maîtriser l'auditoire
- Bien gérer le temps

En matière de savoir être, il doit être :

- Souriant,
- Sympathique,
- Accueillant,
- Patient,
- Courtois,
- Respectueux.

Il doit avoir

- Un langage simple
- Une tenue simple
- L'aptitude à mettre les gens à l'aise et à ne pas juger, à poser des questions ouvertes, à accepter les réponses données, à ne pas guider, ni influencer l'auditoire dans les réponses données, à ne pas trop distraire, à reformuler les réponses données pour une bonne compréhension par les autres membres du groupe.

Pour l'interaction face à face c'est-à-dire au cours du dialogue lors de la visite à domicile ou encore lors d'une consultation curative, l'effort consistera à créer les conditions d'une bonne écoute, à ne pas porter des jugements de valeurs mais plutôt à faire montre de beaucoup de compréhension, appliquer le feed-back systématique et faire preuve de disponibilité.

Pour l'exécution des activités de communication, il faut nécessairement considérer 3 étapes importantes:

- la préparation,
- la conduite,
- l'évaluation et le suivi

a. La préparation :

Elle consiste à :

- ◆ Identifier les thèmes relatifs à la lutte contre le paludisme en rapport avec les problèmes rencontrés,
- ◆ Intégrer ces thèmes dans le programme des séances d'éducation sanitaire,
- ◆ identifier l'opportunité et la cible,
- ◆ choisir et tester le message et le support,
- ◆ apprêter le cadre,
- ◆ Préciser la date et l'heure du rendez-vous,
- ◆ informer les cibles selon les modalités pratiques du milieu.

b. La conduite :

Elle consiste à :

- ◆ Organiser l'accueil des participants : les saluer et les inviter à s'asseoir;
- ◆ Souhaiter la bienvenue et solliciter la participation active de tous ; si possible, faire chanter les participants une chanson relative à la lutte contre le paludisme
- ◆ Récapituler de façon participative le thème de la séance précédente;
- ◆ Annoncer le sujet du jour et justifier le choix;
- ◆ Développer le thème du jour en invitant l'assistance à interagir par le jeu des questions réponses (apprécier les réponses et donner les informations essentielles),
- ◆ Faire la synthèse.

c. L'évaluation de la séance :

Elle consiste en une série de questions sur le niveau d'atteinte des objectifs fixés et sur le degré de satisfaction des participants à savoir :

- ◆ Si le thème traité a été pertinent ;
- ◆ Si les techniques de communication et les supports éducatifs utilisés étaient appropriés ;
- ◆ Si les participants se sont exprimés en posant des questions et en donnant des réponses ;
- ◆ S'ils ont retenu l'essentiel du message ;
- ◆ S'ils ont apprécié l'ambiance.

3.3.4. LE SUIVI ET L'EVALUATION

Le suivi et l'évaluation servent à mesurer le chemin parcouru et vérifier si les différentes étapes se déroulent conformément aux prévisions, à apprécier les résultats et performances réalisés au regard des objectifs fixés. Le suivi actif permet aussi de motiver et d'améliorer du travail sur le terrain si les

communicateurs réalisent régulièrement le suivi de leurs propres activités. Un bon suivi et évaluation permet d'apporter les solutions aux problèmes rencontrés pendant la mise en œuvre des activités. L'élaboration des outils de suivi-évaluation se fait au même moment que la planification des activités. En annexe, quelques exemples d'outils : émissions radio-diffusées, séances de causerie.

Etude de cas: Zone de santé rurale de BULOBA

Située en milieu rural, la ZS de BULOBA couvre une superficie de 7638 km² et la population est majoritairement analphabète. Les activités principales sont l'agriculture et la pêche.

Il existe dans cette zone un animateur rural très efficace qui aide la population à innover dans le domaine de la pêche et des techniques culturelles adaptées. Le système de santé est organisé autour de 8 aires de santé dont 5 ont intégré les activités de lutte contre le paludisme. Les cas qui se présentent au CS sont régulièrement pris en charge. Le dernier rapport annuel présenté en janvier 2000 dans la ZS a donné les résultats suivants:

Nombre total de nouveaux cas : 120

Taux de létalité 50 %, dont 30 % sont des enfants de < 5 ans et 10 % les femmes enceintes.

Le Médecin Inspecteur Provincial, intrigué par ce mauvais résultat, a initié une enquête dans la Zone de santé. Les problèmes suivants ont été identifiés :

- fréquentes ruptures de stocks en médicaments antipaludiques;
- Absence de supervision;
- Faible utilisation des services.

Les activités de communication sont limitées à des séances de présentation des thèmes de santé dans les centres de santé. L'enquête initiée par le Médecin Inspecteur Provincial a permis de noter l'existence de deux ONG animées par des religieuses de la congrégation des sœurs Servantes des Pauvres. Ces dernières ont une maternité et s'occupent également des enfants mal nourris.

Pour amener les mamans à présenter leurs enfants mal nourris au centre, les bonnes sœurs utilisent comme relais les chefs de quartiers et les enseignants. Elles font aussi passer les messages à la radio confessionnelle animée par un Père Jésuite. Dans la ZS, il existe deux sectes qui estiment que seul Dieu protège les enfants et les femmes enceintes. La plupart des mères connaissent le traitement de première intention mais confondent les signes de paludisme grave avec les manifestations dues aux mauvais esprits. Elles sont pour la plupart analphabètes. Elles ne recourent au CS qu'avec les cas très graves. Souvent elles se débrouillent seules ; parmi les raisons avancées il y a : le fait qu'elles sont obligées de passer beaucoup de temps au CS, la forte influence des sectes, la démission des pères quant au suivi de la santé des enfants.

Selon les orientations de l'Inspection Médicale Provinciale, les objectifs suivants sont fixés pour « Faire Reculer le Paludisme » :

- 80 % des mères et/ou des personnes ayant en charge les malades connaissent les signes de gravité du paludisme
- 80 % des mères et/ou des personnes ayant en charge les malades observent correctement le protocole national de PEC des cas de paludisme

Selon le cas ci-dessus,

Planifiez une intervention de communication pour le changement de comportement qui contribuerait à l'atteinte des objectifs de couverture, et indiquer les activités et les indicateurs pour le suivi-évaluation.

3.3. ADAPTATION DES MESSAGES ET SUPPORTS DE CCC

Le constat fait lors des dernières évaluations montre une diversité d'intervenants dans le domaine de la communication sans coordination dans la zone de santé : le manque de formation de ces intervenants les amène à développer souvent des messages techniquement incorrects et parfois contradictoires. Les supports sont rares, inadaptés et mal utilisés.

Dans cette section, nous allons apprendre comment adapter les messages et les supports à un contexte donné sans pour autant les déformer et comment les utiliser de manière efficace et efficiente.

3.3.1. MESSAGES

Définition

Un message est un assemblage de signes qui véhiculent une signification pour le récepteur.

Dans le cadre de l'amélioration de la santé, le message suggère une connaissance, une attitude ou une action faisable. Cette action est simple à appliquer et culturellement acceptable. Elle coûte moins chère. Trois termes clés devront toujours rester en mémoire lorsqu'on parle de message; il s'agit de **la cible, de l'action faisable et du bénéfice de cette action.**

Pour la diffusion des messages, il faudra retenir :

- Les cibles c'est-à-dire les groupes qui sont en mesure d'effectuer les actions souhaitées pour le compte des bénéficiaires. En ce qui nous concerne, ce sont les mères, les pères d'enfants et les autres parents.
- Bénéficiaires c'est-à-dire les groupes affectés le plus directement par les activités du Programme ; les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.
- Communicateur c'est-à-dire les relais qui apportent les messages aux groupes cibles chez qui un changement de comportement est souhaité. Ce sont les agents de santé, les enseignants, les confessions religieuses,

les COSA, les autorités politico-administratives, les sages femmes, les guérisseurs, les crieurs.

Caractéristiques d'un bon message

En communication pour le changement de comportement, le message à communiquer doit :

- Eveiller et soutenir l'intérêt du récepteur;
- Etre exprimé dans un langage simple et facilement compréhensible par le Récepteur;
- Etre adapté au contexte et au groupe cible auquel il est destiné (langue, culture...)

Exemples :

- Chère maman, dès que votre enfant a la fièvre, essuyez-le régulièrement avec une serviette humide et donnez-lui le paracétamol selon son âge. Donnez-lui aussi la S.P. selon son âge.
- Cher papa, votre épouse enceinte doit prendre deux fois 3 comprimés de SP, soit à la 14^{ème} et à la 27^{ème} semaine pour lui éviter les formes graves de malaria.

3.3.2. LES SUPPORTS DE COMMUNICATION

Définition

Un support de communication est l'élément matériel sur lequel on inscrit le message pour le transmettre à la population cible . Il permet de rendre disponible le message. Il peut être du papier (affiche, brochure, prospectus, dépliant), un tissu (banderole, visière, T-shirt), du bois (boîte à image), un mur, la peau, du plastique (autocollant, sachet), une bande cassette ou magnétique (spots, chanson).

Utilité

Les supports d'information servent à :

- rappeler les messages au public à différents endroits (maison, voie publique, CS, marchés, et autres lieux publics ...),
- favoriser la mémorisation,
- renforcer la compréhension,
- faciliter une large diffusion des messages,
- Indiquer aux communicateurs les points essentiels à rappeler au public.

Les types de supports

Selon l'approche choisie, les supports relèvent d'avantage soit de types:

- Information : une affiche d'annonce de la journée africaine de paludisme
- Motivation : l'affiche de sensibilisation sur la malaria grave
- Education : Une boîte à images sur la lutte anti-vectorielle
- Promotion : l'affiche d'utilisation de la MII
- Divertissement : Une chanson d'un artiste national sur la lutte contre le paludisme
- Habilitation : l'affiche sur l'élimination salubre des ordures ménagères.

Leur utilisation correcte dépend des canaux choisis, des opportunités, de l'habileté et de la formation des utilisateurs. Les supports jouent tantôt le rôle d'ancrage ou celui de relais.

Les obstacles à l'utilisation des supports peuvent être :

- d'origine naturelle : les intempéries (la pluie, la chaleur, l'humidité...)
- d'origine circonstancielle : le vol des affiches et des banderoles ou d'autres supports audio-visuels, le manque d'énergie électrique,
- d'origine culturelle : analphabétisme, accessibilité, manque de formation à l'utilisation, non adaptation du support au contexte local.

3.4. GESTION DES RUMEURS ET DE CAS DE RESISTANCE

Dans un contexte de pauvreté extrême et d'insécurité généralisée, surgissent, surtout à l'occasion des campagnes de masse, des rumeurs mettant en cause un médicament ou un matériel dans le décès ou autres problèmes de santé. Face à ces rumeurs, le personnel de santé est souvent désemparé et peu outillé pour réagir efficacement. **Associé au cas de résistance, cela amène à la réduction de l'utilisation des services.**

Dans cette section, sont proposées des pistes pour une bonne gestion des rumeurs et de cas de résistance.

3.4.1. DEFINITIONS

a. Rumeur

Une rumeur est un bruit, une nouvelle d'origine généralement non identifiée et souvent éphémère. Son contenu est vague et imprécis.

b. Résistance

Une résistance est un rejet total des services de santé, par certaines populations pour des raisons diverses qui peuvent être liées à des croyances religieuses ou culturelles.

3.4.2. ORIGINE

La source d'une rumeur est généralement vague et imprécise si bien qu'il est difficile de déterminer son origine. Toutefois, on peut localiser le foyer et circonscrire l'étendue de diffusion d'une rumeur.

La résistance elle par contre peut provenir des croyances religieuses mais aussi parfois des rumeurs mal gérées ou pas gérées du tout.

3.4.3. LES CARACTERISTIQUES :

a. La rumeur se caractérise par :

- une méconnaissance de la source ou de l'origine exacte ;
- un contenu vague et imprécis, fondé sur un mélange de vérités avec des émotions ou des sentiments tels que la peur, la haine, l'ignorance ou la méfiance ;
- le canal privilégié de transmission : de bouche à oreille ;
- l'absence de but précis ;
- sa vitesse de propagation dans la communauté ;
- son caractère souvent éphémère

b. La rumeur se distingue de :

- la mauvaise information, dont on connaît l'origine et dont le contenu est inexact
- la désinformation, dont on peut connaître également l'origine, se caractérise par une volonté délibérée de travestir la réalité par un groupe social déterminé, qui se sert souvent de la rumeur pour répandre ses idées.
- La propagande qui est une action exercée sur l'opinion pour l'amener à adopter et promouvoir certaines idées.

3.4.4. LES PISTES DE SOLUTIONS

D'une manière générale, les rumeurs et les cas de résistance sont plus fréquents lors des campagnes de masse et plutôt rares dans les activités de routine. Cependant, il peut arriver que des parents établissent par exemple un parallélisme entre l'administration d'un médicament et l'augmentation de la létalité, ou qu'un groupe religieux rejette les soins médicaux. Dans ces cas, voici les actions à apprendre :

- Localiser les parents concernés pour identifier le foyer ;
- Circonscrire les éléments du contexte ;
- Elaborer les messages appropriés, ciblés et persuasifs ;
- Identifier les personnes influentes auprès des parents concernés qui serviront de canaux de communication des messages et les amener à agir contre la rumeur ;
- Conformer le choix du personnel soignant aux réalités du milieu (exemple un membre influent de l'église réticente)
- Renforcer la formation et la supervision du personnel ;
- Intensifier la sensibilisation en utilisant tous les canaux existants (Eglises, Ong, OAC, ...) ;
- Privilégier par dessus tout la persuasion à la coercition.

NB : Dans le contenu du message, ne jamais répéter la rumeur ni la démentir, présenter uniquement les arguments positifs, favorables, persuasifs et bien ciblés, des messages courts, clairs et concis.

3.4.5. EVALUATION DES ACTIONS ENTREPRISES POUR LA GESTION DES RUMEURS ET DES CAS DE RESISTANCE

- Assurer le suivi de la mise en œuvre des directives sur la gestion des rumeurs
- Assurer le suivi de la diffusion de la rumeur jusqu'à son extinction et adapter chaque fois la stratégie à la nouvelle situation.
- Rédiger le rapport sur la stratégie utilisée pour combattre efficacement la rumeur (expérience réussie).

3.5. DOCUMENTATION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION

Les expériences des activités de communication pour la santé ne sont pas documentées dans les zones de santé. Cette situation est liée à l'absence d'un service de communication opérationnel au sein de l'équipe du Bureau Central de la Zone de santé. Il en résulte que des expériences originales réussies ne sont pas connues ni à l'intérieur de la zone de santé ni par les autres; et par conséquent ne peuvent être ni généralisées ni améliorées.

Dans cette section, seront développées l'importance de la documentation des expériences ainsi que les techniques de base de la documentation.

3.5.1. IMPORTANCE DE LA DOCUMENTATION

L'objet principal de la communication pour la santé consiste en un échange des messages, des supports et des expériences diverses. Ce sont les différents rapports, les matériels éducatifs et promotionnels, etc. Toute cette information ainsi que les supports doivent être soigneusement conservés pour une diffusion ultérieure. Ils deviennent ainsi une précieuse source d'informations et en quelque sorte la mémoire du programme de santé. La documentation est également un support de base pour la planification future des activités.

3.5.2. COLLECTE DE L'INFORMATION

Types d'informations à collecter : les données relatives à la planification des activités de communication : stratégies de communication utilisées, canaux utilisés, messages et supports élaborés, coupures de presse, cassettes audio et vidéo, les photos, les rapports d'activités (formation, supervision, sensibilisation, évaluation ...)

Certaines de ces informations doivent être traitées avant d'aller au classement telles que les différentes données relatives aux activités tandis que d'autres attendent tout simplement d'être collectées et classées. C'est le cas des coupures des journaux, des photos, des cassettes audio et vidéo, etc. Dans tous les cas, collecter les données suppose une recherche (documentaire ou formative), une acquisition par achat, abonnement ou don. La conservation des documents : les supports de l'information sont des matières périssables qui nécessitent un traitement approprié.

Les conditions de conservation déterminent leur durée. Humidité, chaleur, filtration d'air sont des paramètres importants dans la conservation des documents.

Le classement : il ne suffit pas de collecter et de bien conserver les documents, il est nécessaire en plus de les classer de manière à faciliter la consultation et l'exploitation ultérieure. Il faut aussi prendre en compte les besoins de renouvellement recommandés et ou de diffusion plus large des supports. Les documents relatifs à la communication pour la santé peuvent être classés selon les supports (bande, papier, tissu, bois, peau, plastique...), les grands thèmes (PEC à domicile, Utilisation des MII, Surveillance) ou en combinant les deux.

3.6. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Les évaluations antérieures des différents programmes de santé ont montré une tendance générale à considérer les problèmes de santé comme étant des problèmes médicaux dont la résolution dépend uniquement des professionnels de santé. Les membres de la communauté, qui sont les principaux bénéficiaires ne sont impliqués ni dans l'identification des problèmes ni dans la recherche et la mise en oeuvre des solutions à ces problèmes.

Dans cette section, seront développés les stratégies de participation, d'implication des membres de la communauté pour une meilleure prise en charge de leurs problèmes de santé.

3.6.1. DEFINITION

C'est un processus éducatif et habilitant au cours duquel les gens de concert avec ceux à même de les aider, identifient les problèmes et les besoins et assument de plus en plus la responsabilité en matière de planification, de gestion, de contrôle et d'évaluation des mesures collectives qui doivent être prises.

3.6.2. IDENTIFICATION DES CANAUX

Les canaux de communication sont :

- les organes de gestion de la zone de santé ;
- les cliniques privées ;
- les guérisseurs et des tradi-praticiens ;
- les mutuelles et les coopératives ;
- les groupes de prière, les paroisses, les communautés évangéliques ;
- les associations des jeunes, les clubs des loisirs ;
- les entités politico administratives ;
- les médias traditionnels

Ce sont des lieux, des endroits où des animateurs communautaires échangent, interagissent avec des membres issus de la communauté en vue d'obtenir leur adhésion et leur participation à des actions de développement. Au sein d'une mutuelle ou d'une coopérative des femmes par exemple,

animatrices et membres discutent des actions à prendre pour améliorer la condition de la femme en allégeant les travaux ménagers ou en maximisant la production.

Mais bien souvent, elles exploitent rarement leurs réunions ou rencontres pour y inscrire les discussions sur les actions spécifiques en faveur de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte par exemple, considérant peut être que la prise en charge du paludisme relève des seuls personnels de santé.

3.6.3. ETABLISSEMENT D'UN PARTENARIAT

Une fois les structures communautaires et leurs animateurs identifiés, les personnels chargés de la communication et les responsables du PNLN doivent sensibiliser les décideurs sur leur rôle et accroître leur intérêt dans le domaine de la promotion de la santé ; à l'aide des méthodes interactives telles que les discussions de groupe, les anecdotes, les jeux de rôles, les techniques VIPP (Visualisation dans les Programmes Participatifs), ils doivent fournir une formation d'orientation aux dirigeants clés et une formation professionnelle aux volontaires afin de les aider à mieux s'acquitter de leur tâche.

3.6.4. RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Afin de stimuler et de maintenir la participation communautaire, les personnels chargés de la communication et les responsables du PNLN doivent :

- Mener des recherches afin de savoir comment les membres de la communauté perçoivent leur rôle dans le domaine de la santé, ce qu'ils sont prêts à faire pour améliorer leur propre santé, les obstacles à la participation communautaire, les connaissances, attitudes et pratiques liées à la PEC des cas et à l'utilisation des services.
- Définir le rôle que la communauté est prête à jouer pour promouvoir la santé.
- Associer la communauté à:
 - la recherche, la planification et la mise en œuvre des activités de communication ;
 - l'élaboration des stratégies visant à accroître sa participation ;
 - la définition des objectifs et plans d'action sanitaires communs.
- Définir le rôle des dirigeants et des autres cadres impliqués dans la promotion de la santé.
- Encourager la mise en place et/ou le renforcement des structures qui soutiennent la communication dans la communauté (comités de santé villageois, agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et autres groupes).

- Renforcer le lien entre les formations sanitaires et la communauté au moyen de mécanismes tels que les comités de gestion des établissements de santé.
- Encourager la mise en œuvre conjointe de projets par la communauté et les établissements sanitaires.
- Décentraliser les activités des programmes afin de donner la possibilité aux communautés de planifier et de mettre en œuvre leurs propres programmes.
- Encourager les communautés à investir des ressources dans les activités des programmes de santé en vue de renforcer leur engagement vis-à-vis des programmes.
- Utiliser les discussions de groupe et les techniques d'évaluation participative rapide afin de donner aux communautés les moyens d'analyser leur propre situation et de prendre les décisions et mesures nécessaires à la promotion des pratiques.
- Eviter de rémunérer les acteurs pour leur participation. Utiliser plutôt des témoignages de reconnaissance ou d'appréciation tels que des certificats à titre de récompense.
- Maintenir des contacts fréquents avec la communauté.
- Assurer une supervision régulière et d'appui des activités mises en œuvre et profiter des visites de supervision pour rencontrer les dirigeants et les volontaires, échanger les idées, donner des conseils et encourager tous les acteurs du terrain.
- Faire connaître le rôle des communautés dans la santé, en mettant l'accent sur la lutte contre le paludisme à travers les formes de communication traditionnelles, des groupes et les médias.
- Faire jouer en cas de besoin des pièces de théâtre ou des saynètes sur le thème de la participation communautaire.
- Suivre les activités communautaires (avec la pleine participation des membres de la communauté) et en faire connaître les résultats aux communautés participantes.
- Remercier les communautés par des lettres, au cours des visites ou dans les médias, pour la qualité du travail effectué.
- Elaborer des marques de témoignages (telles que des certificats) pour reconnaître les réalisations.

Exercice

- Tour de table : faire parler et réagir les participants sur quelques expériences réussies de participation communautaire dans des zones de santé en RDC.
- Inventorier les raisons avancées par les uns et les autres parmi les participants pour ne pas impliquer la communauté dans les activités de planification, de mise en œuvre et de suivi de la promotion de la santé
- Apprécier et émettre des suggestions et recommandations

ANNEXE

Annexe 1 : Fiche de suivi des activités d'information/communication à l'usage des CAC

Séance du : ____/____/____

1) Composition de la CAC :

2) Nombre de participants :

Hommes : /____/

Femmes : /____/

Enfants : /____/

3) Thèmes traités :

4) Technique de communication utilisée :

◆ Causerie de groupe

◆ Jeu de rôle

5) Supports éducatifs utilisés :

Affiches

Boite à images

Carte de conseil

Chanson

Autres

6) Principales questions posées (lister au moins trois)

7) Principales réponses données par la CAC

8) Problèmes éventuels rencontrés au cours de la séance

9) Nombre moyen de personnes qui prennent la parole aux séances

Hommes : /___/ Femmes : /___/ Enfants : /___/



IMPACT DES ACTIVITES D'INFORMATION/COMMUNICATION/MOBILISATION SOCIALE

I. Changements des comportements observés au niveau du village

- Domaines dans lesquels des changements ont été observés. Quels changements ?

1. **Organisation des services** : /___/ *(si oui, préciser)*

2. **Participation des parents aux activités communautaires d'assainissement** /___/

(si oui, préciser)

3. **Implication des autorités politico-administratives** /___/

(si oui, préciser)

4. **Autres** /___/

(si oui Préciser)

II. Changements observés au niveau des familles

- Nombre des cas de fièvre qui ont observé le protocole national /___/
- Domaines dans lesquels les changements ont été observés.

1. **Respect du médicament de 1^{ère} intention** /___/

(si oui, préciser)

2. **Début précoce du traitement** /___/

(si oui, préciser)

3. **Autres** /___/

(si oui, préciser)

4. Pratiques nouvelles adoptées au niveau des individus

- Nombre moyen d'individus ayant adopté de nouvelles pratiques en fonction des thèmes traités

| Thèmes traités d'individus | Pratiques observées | Nombre |
|----------------------------|---------------------|--------|
| _____ | _____ | /____/ |
| _____ | _____ | /____/ |
| _____ | _____ | /____/ |
| _____ | _____ | /____/ |

.....

Nom et fonction du superviseur :
