

PD-ABM-365

ISN 97800

# **BASICS** **TRIP REPORT**

## **Senegal Country Activity Plan on IEC and NGOs**

***BASICS is a USAID-Financed Project Administered by  
The Partnership for Child Health Care, Inc.***

**Academy for Educational Development (AED)**

**John Snow, Inc. (JSI)**

**Management Sciences for Health (MSH)**

**1600 Wilson Boulevard, Suite 300; Arlington, VA, 22209; USA**



PD-ABM-365

**SENEGAL CAP ON IEC AND NGOS**

Dakar, Senegal

January 30 - March 4, 1995

Judi Aubel, PhD., MPH

Technical Directive Number: 000-SE-01-005  
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00

## TABLE OF CONTENTS

Acknowledgments .....	v
Acronyms .....	vii
Executive Summary .....	1
I. Purpose of the Trip .....	2
II. Background .....	2
III. Activities .....	3
IV. Results and Conclusions .....	6
V. Recommendations .....	9
VI. Follow-up Action Required .....	10
VII. List of Persons Contacted .....	10

### ACCOMPANYING DOCUMENT IN FRENCH:

**“Analyse de la Situation et Propositions pour un Plan d’Action pour le Sénégal”  
 (“Situation Analysis and Action Plan for Senegal”)**

1. Analyse de la Situation IEC/NGO (“IEC/NGO Situation Analysis)
2. Plan d’Action pour la Composante IEC/EPS en faveur de la Survie de l’Enfant (“IEC Action Plan for Child Survival”)

## **ACKNOWLEDGMENTS**

**The collaboration of staff in both the SANAS and the SEPS of the Ministry of Health was invaluable in carrying out this consultancy. The completion of the assignment was also greatly facilitated by the assistance provided by the BASICS Regional Office in Dakar. The support provided by both Dr. Adama Koné, Regional Director, and by Mamadou Sène, Senegal Country Coordinator, was invaluable as was the logistical and administrative assistance ensured by the other staff in the BASICS office.**

## ACRONYMS

<b>ARI</b>	Acute Respiratory Infection
<b>ASBEF</b>	Senegalaise Association of Family Well-Being (IPPF Affiliate)
<b>BASICS</b>	Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project
<b>CAP</b>	Country Activity Plan
<b>CDD</b>	Control of Diarrheal Disease
<b>CS</b>	Child Survival
<b>CS/FP</b>	Child Survival/Family Planning Project
<b>EPI</b>	Expanded Programme on Immunization
<b>EPS</b>	Health Education
<b>FP</b>	Family Planning
<b>IEC</b>	Information, Education and Communication
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation
<b>KAP</b>	Knowledge, Attitude, and Practices
<b>MOH</b>	Ministry of Public Health and Social Affairs
<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>NGO</b>	Non-government Organization
<b>ORS</b>	Oral Rehydration Solution
<b>PHC</b>	Primary Health Care
<b>SANAS</b>	Food and Applied Nutrition Service in Senegal
<b>SANFAM</b>	Family Health NGO
<b>SEPS</b>	Health Education Service
<b>SSS</b>	Sugar-salt Solution

## EXECUTIVE SUMMARY

The purpose of the consultancy was to participate as the IEC and NGO Specialist on the multi disciplinary BASICS team responsible for developing a BASICS Senegal Country Activity Plan (CAP)

Six main activities were carried out during the consultancy. 1) Discussions with Dr. Yaya Drabo, Regional IEC Advisor, BASICS/Dakar regarding the BASICS Senegal IEC strategy. 2) Information collection on NGO Child Survival and IEC activities: The organizations contacted include: UNICEF, Plan International, World Vision, The Italian Cooperation, NGO Roussel Bertrand, SANFAM, ASBEF, AFRICARE, AIDSCAP/FHI, MSH/SCS-FP Project and the Catholic Association of Private Health Centers. 3) Information collection on ministry IEC programs and strategies: Key institutions/individuals contacted were: MOH Health Education Unit; IEC Unit in the USAID Child Survival/Family Planning Project; MOH Nutrition Dept; Ministry of Women and Children, and the regional MOH PHC supervisors from three of the four USAID-supported regions. 4) Field visit to the Louga region: A two day visit to the Louga Medical Region was carried out to conduct discussions with PHC supervisors and EPS staff at the regional level as well as at the district level, in Kebemere. 5) Participation in two-day BASICS workshop with MOH colleagues to discuss findings on the present IEC/EPS situation and to develop recommendations for future strategies and activities. 6) Presentation of BASICS CAP strategy to USAID and MOH/SANAS colleagues.

The proposal developed for BASICS' support in the area of IEC to the MOH/SANAS is based on a number of principles, or considerations identified with Dr. Yaya Drabo, Regional IEC Advisor, BASICS/DAKAR: 1) the **sustainability** of alternative IEC strategies/activities; 2) **reinforcement of existing IEC structures and actors** at both the community and institutional levels; 3) **integration of socio-cultural factors** into IEC activities and materials; 4) **decentralization** of IEC skills and of strategy development to the district level; 5) development and implementation of IEC/EPS strategies using a **learning process approach** to ensure development of "lessons learned" on an ongoing basis.

Based on the IEC situation analysis and these principles, 6 key proposals for BASICS support for IEC activities were defined: 1) To revise the overall approach and methods used in IEC/EPS activities to promote the adoption of an approach based on participation, local socio-cultural realities and the development of partnership between health workers and communities; 2) To improve the quality of the "welcome" (Lacolle) at health centers, as well as the quality and relevance of advice given by health workers regarding the management of diarrheal disease and nutrition at home in order to increase the use of such advice; 3) To reinforce the use of IEC strategies outside of health centers which are based on a community/social mobilization approach; 4) To analyze and disseminate information on innovative and promising community-based PHC and IEC experiences; 5) To develop a partnership with radio, press and T.V. journalists in order to ensure that Child Survival issues are promoted on an ongoing basis; 6) To develop a partnership with the NGOs in order: to take advantage of their innovative experiences in the area of PHC/CS and community-based IEC approaches; to collaborate with them in accomplishing national CS goals.

## **I. PURPOSE OF TRIP**

The purpose of the consultancy was to participate as the IEC and NGO Specialist on the multi disciplinary BASICS team responsible for developing a BASICS Senegal Country Activity Plan (CAP).

### **Trip objectives/Scope of Work**

1. Review national MOH IEC strategy, activities and materials
2. Review NGO programs in Child Survival/CDD/Nutrition in order to identify possible areas of collaboration
3. Assess IEC needs in CDD/Nutrition in collaboration with MOH and USAID CS/FP Project
4. Assess IEC needs for EPI, malaria and ARI national programs
5. Develop strategic IEC plan for BASICS CDD/Nutrition delivery order for five year period

## **II. BACKGROUND**

The CAP exercise is an important preliminary step in the BASICS program of assistance to the MOH/Senegal. The BASICS CDD/Nutrition delivery order, which falls under the Senegal Child Survival/Family Planning Project, calls for a general five year workplan and detailed annual workplans to support CDD/Nutrition activities. One important component of the BASICS program, and hence of both the 5-year and annual workplans, is a strategy to support IEC activities specifically related to CDD and Nutrition.

The CAP team was primarily expected to develop a programmatic strategy for BASICS support for the CDD and Nutrition programs based upon the current delivery order. However, based on discussions with the HPNO Chief it was agreed that the CAP team would also look at child survival from a broader perspective to evaluate other important causes of childhood morbidity and mortality to determine how BASICS support to Senegal can maximize its impact on child health. In this light, the team was expected to develop the BASICS CDD/Nutrition programmatic strategy, but also to identify additional child survival interventions which would complement the CDD and Nutrition strategies.

### **III. TRIP ACTIVITIES**

Six key activities were carried out during the consultancy. Each of those activities and the outcome thereof is briefly described here. The appended IEC/NGO CAP report contains details of these activities.

- 1) Discussions with Dr. Yaya Drabo, Regional IEC Advisor, BASICS/Dakar  
Jan. 30-Feb. 1

During the first week of this consultancy Dr. Drabo was in Dakar and considerable time was spent with him reviewing BASICS' IEC priorities and discussing with him his own perspective and priorities for the Senegal IEC strategy. These discussions were very important to ensure that the consultant's work was in keeping with his priorities.

In the discussions with Drabo, a number of broad principles were identified which are believed to be important in the development of IEC/EPG programs and strategies. It was agreed that these principles would guide the subsequent "IEC/EPG Situation Analysis" and the development of the proposals for BASICS support to IEC/EPG and NGO programs. These principles include: 1) the importance of giving priority to IEC strategies and activities which will be sustainable without BASICS support; 2) the need to analyze the underlying conceptual basis of existing IEC/EPG strategies and activities and to encourage consideration of more participatory and empowering approaches; 3) the importance of reinforcing existing IEC structures and actors at both the community and institutional levels; 4) the need to systematically integrate into IEC strategies, activities and materials the values, beliefs and communication forms which reflect the local socio-cultural reality; 5) the need to decentralize the development of IEC skills and of IEC strategies to the region and district levels; 6) the need to develop simple mechanisms to ensure that innovative IEC/EPG strategies and activities are documented, that lessons are generated in an ongoing fashion and disseminated to MOH and NGO partners (Learning Process Approach).

- 2) Information collection on NGO Child Survival and IEC activities  
Feb. 1-3 and 6-7

BASICS is interested in identifying ways to reinforce collaboration between the MOH CDD/Nutrition/Child Survival programs and NGO health programs. With the time available, contact was made with as many NGOs involved in health/CS as possible. In other cases, documentation obtained from certain NGOs was consulted.

There are approximately 23 local/Senegalese NGOs of which all except 2 (SANFAM and ASBEF) appear to be small, very young, and without clearly defined and/or sustained programs. In the time available, general information on each of these was obtained from the local NGO consortium on all of the organizations but only SANFAM and ASBEF were contacted. There are approximately 13 international NGOs working in health/CS all of which have ongoing programs in specific regions of the country. The organizations contacted include: UNICEF, Plan

International, World Vision, The Italian Cooperation, NGO Roussel Bertrand, AFRICARE, AIDSCAP/FHI, MSH/SCS-FP Project and the Catholic Association of Private Health Centers.

3) Information collection on ministry IEC programs and strategies  
Feb. 6-10

Information was collected on ongoing IEC/EPS programs and strategies through the available documentation as well as through interviews with as many individuals as possible. Key institutions/individuals contacted were: MOH Health Education Unit; IEC Unit in the USAID Child Survival/Family Planning Project; MOH Nutrition Dept; Ministry of Women and Children. In addition, the regional MOH PHC supervisors from three of the four USAID-supported regions (Ziguinchor, Kaolack and Fatick) were interviewed during their presence in Dakar for another MOH activity.

4) Field visit to Louga region  
Feb. 14-15

A two day visit to the Louga Medical Region was carried out during which time discussions were held with PHC supervisors and EPS staff at the regional level as well as at the district level, in Kebemere. These visits provided additional insights into: the knowledge and skills of both regional and district level staff involved in health education; to examine the regional and district annual plans which include health education strategies; to examine the IEC/EPS materials available at those levels; and to gather information on NGO activities and their collaboration with the MOH.

5) Participation in two-day BASICS workshop with MOH colleagues  
Feb. 21-22

A two-day workshop was organized with approximately 22 MOH staff members from the central, regional and district levels. The objective of the workshop was to present the CAP team's preliminary findings on the present situation regarding the CDD/Nutrition/CS programs, to involve the participants in a discussion of those findings and in the development of recommendations for strengthening the existing programs. The consultant facilitated the IEC working group which was asked to examine a series of observations/findings developed by the consultant and to develop their own recommendations.

The complete list of findings presented to the IEC group is found in the "Composante IEC" document. A few of the key findings are listed here:

At the present time, the predominant concept of the role of the communicator/health educator is to "transmit messages" ("faire passer le message") rather than to "dialogue and negotiate" solutions to problems. The IEC

materials produced in the past few years with USAID assistance (PRITECH, HEALTHCOM) also reflect this orientation.

- Health workers/EPS coordinators have limited experience developing and using IEC/EPS strategies which require the active participation of community and institutional actors.
- Although some efforts have been made to improve health workers' skills in interpersonal communication counseling, generally these skills remain weak.
- Although childhood illnesses (CDD, etc.) are managed primarily at the household and community levels, most IEC/EPS activities are carried out at health centers and address only women.
- Traditional/folk media have been used to a limited extent in Senegal (songs, theater, community meetings etc.). However, the experiences carried out by a number of NGOs are promising in terms of the receptivity of communities and insofar as they can potentially be sustained by community groups themselves.
- The national Health Education Unit has a considerable pool of human resources (10 agents) but other resources available to it are extremely limited. This limits the unit's ability to play an active role in orienting and supervising activities in the regions.

Each of the findings/observations was discussed with the IEC working group and recommendations were developed based on each finding. The complete list of which is found in the "Composante IEC" document. A few of the key recommendations which emanated from the group are included here.

- The Health Education Unit should organize a workshop with its MOH and NGO collaborators in order to clarify the concept of and approaches to health communication/education which should be given priority in IEC/EPS program strategies.
- Develop/revise modules on IEC used in the health-social services training schools and in service training: 1) to reflect an emphasis on the notion of "communication as listening and dialoguing with clients & communities"; 2) to give priority to the use of community approaches to IEC.
- Collect and disseminate information on experiences based on involving the community and institutional partners in the development of their own IEC activities and simple materials.

- **Prioritize the use of IEC approaches which involve community opinion leaders such as traditional village leaders, religious leaders and women leaders.**

**6) Presentation of BASICS CAP**  
Feb. 28 and March 1

Along with the other CAP team members, the overall BASICS/CAP strategy was presented in separate meetings to the SANAS staff at the MOH, and to USAID. In both presentations an outline of the overall strategy was presented. The IEC and NGO strategies were not presented as such in either meeting.

**IV. RESULTS AND CONCLUSIONS:**

**1. Review of MOH IEC national strategy, activities and materials**

Through the analysis of available documents, interviews with MOH staff from the central and regional levels, and a two-day workshop with MOH colleagues, the existing IEC strategies, activities and materials of the CDD/Nutrition/EPI/ARI & Malaria programs as well as of the Health Education Unit itself were analyzed. Major findings from this review include: 1) There is a growing awareness amongst key actors in IEC/EPS that the ineffectiveness of many IEC/EPS strategies employed in the past relates in part to the inadequate concepts and methods upon which those strategies were based. There is agreement that if the impact of IEC/EPS strategies is to be increased these elements need to be revised in favor of an approach which is more participatory and more community-oriented. 2) Traditional media and means of communication have been used to only a limited extent and need to be given more attention. 3) The knowledge and skills of regional and district level health education staff are limited particularly in terms of community-oriented and participatory IEC/EPS strategies. 4) New leadership in the Health Education Unit constitutes a very positive factor in terms of the potential both for collaboration with and development of the unit. The detailed analysis of the IEC/EPS situation is found in Appendix B, "L'Analyse de la Situation en Matière d'IEC/EPS."

**2. Review NGO programs in Child Survival/CDD/Nutrition in order to identify possible areas of collaboration**

Information was collected primarily from the international NGOs but also from several local NGOs, namely ASBEF and SANFAM. This information suggests that: there are a number of interesting and innovative program experiences both in community health/primary health care (including CDD/Nutrition/CS) and in IEC, being carried out by the NGOs in different areas of the country. In virtually all cases, these experiences/approaches are not documented and disseminated either to other NGOs or to the MOH. The NGO consortium has not developed any mechanism for encouraging exchange or collaboration between the NGOs working in health.

Valuable lessons related both to community health and IEC strategies exist but are not widely accessible to others.

In the area of IEC, the NGOs have been very much involved in community strategies involving the use of traditional modes of communication (community meetings, poems & songs, theater) and other simple and participatory educational activities and media. These experiences should be synthesized and disseminated as well.

It appears that in most cases, there is close collaboration on the part of the NGOs' with the MOH, in terms of the following MOH policies and working with MOH structures and personnel in the regions. However, as CDD/Nutrition/CS program policies evolve and as new programs are developed/expanded (ARI, Malaria) it is important that there be a mechanism for communicating new priorities and orientations be communicated to NGO staff and collaborators on an ongoing basis.

3. Assess IEC needs in CDD/Nutrition in collaboration with MOH and USAID CS/FP Project

An important facet of the IEC assessment was a review of MOH policies regarding prevention and management of diarrhea, and an analysis of existing strategies to address these priorities.

**Prevention of diarrhea.** MOH policy prescribes 7 strategies to prevent diarrhea: breast-feeding; improved weaning practices; hand-washing; appropriate disposal of feces; measles vaccination; use of latrines; access to adequate clean water. In the IEC activities/materials developed to date by the MOH, the focus has been primarily on managing episodes of diarrhea. Breast-feeding has been given some importance and further development of this component is anticipated with the support which WELLSTART is providing to SANAS/MOH. While SANAS has stated that IEC activities should promote all 7 prevention strategies, it is important to recognize that two of the strategies, "increased use of latrines" and "increased access to adequate clean water" are less amenable to education/communication strategies given that they require changes at the community and/or household level which individuals and families do not easily control. The other 5 strategies should continue to be promoted by health workers. Strategies should be identified which can lead to changes in community norms, working through influential community figures, and which are based on the concept of "negotiation" rather than merely on the dissemination of instructive messages regarding these behaviors.

**Management of diarrhea at the household level.** MOH policy prescribes: 1) increased administration of liquids; 2) increased feeding; and 3) taking the child to a health facility in the presence of danger signs.

As regards liquids, the MOH promotes the use of ORS or SSS as "the best liquid" to give. Most of the education materials developed in the past have dealt with SSS preparation. While home liquids are mentioned in the MOH policy guidelines, they have been promoted to a very limited

extent. This appears to be due in part to the fact that no one household liquid has been identified which is widely used in the country. While there is evidence that there is considerable variability in SSS preparation at home, SANAS prefers to promote the home solution as opposed to other home liquids. The availability and use of home liquids should be further explored in the proposed qualitative research. IEC activities to promote increased liquid intake during diarrhea should be based on the concept of "negotiation" through which available and acceptable liquids can be identified with clients/communities.

Regarding feeding during diarrhea, the MOH promotes continued breast-feeding for children under 4 months of age and the use of enriched paps (bouillies) for children who are not yet eating family meals. A recent study (Samb, personal communication) shows that approximately 50% of the paps currently given are not enriched. There has not been an ongoing and aggressive IEC effort on the part of the MOH to promote enriched paps at the health center and community levels. Future strategies to promote the use of paps should be based on negotiating with mothers/household members to identify recipes which they have the means to prepare.

According to the results of the 1994 diarrheal management study (BASICS/MOH), caretakers' knowledge of the danger signs associated with dehydration is particularly weak. Future IEC strategies need to give greater attention to this aspect.

#### 4. Assess IEC needs for EPI, malaria and ARI national programs

**EPI:** The information available on community KAP on EPI is limited. Some quantitative information has been collected in the context of UNICEF/MOH evaluations of EPI campaigns, but no qualitative KAP information is available. Ongoing IEC/EPI activities are conducted only in a few zones where NGOs are supporting MOH programs.

**Malaria and ARI:** With the exception of a few small, localized studies, information on communities KAP on malaria does not exist. In the Senegal River Valley there have been several recent experiences with the promotion of impregnated bed nets accompanied by health education. As regards ARI, no KAP information has yet been collected. Ongoing IEC strategies have not been developed and implemented for either the malaria or ARI programs.

#### 5. Develop strategic IEC plan for BASICS CDD/Nutrition delivery order for five year period

Based on the activities described in Point no. 1, a proposal for BASICS support for IEC activities in support of the CDD and Nutrition programs was developed. The complete proposal is found in Appendix C, "Plan d'Action pour la Composante IEC/EPS en faveur de la Survie de l'Enfant."

Based upon the weaknesses identified in past IEC/EPS strategies, 5 principles, or considerations, were identified which were to serve as a basis for the development of the BASICS proposal: 1) the **sustainability** of alternative IEC strategies/activities; 2) **reinforcement of existing IEC**

**structures and actors** at both the community and institutional levels; 3) **integration of socio-cultural factors** into IEC activities and materials; 4) **decentralization** of IEC skills and of strategy development to the district level; 5) development and implementation of IEC/EPS strategies using a **Learning Process Approach** to ensure development of "lessons learned" on an ongoing basis.

Based upon these principles, 6 main proposals for BASICS support for IEC activities were defined:

- 1) To revise the overall approach and methods used in IEC/EPS activities at both the health facility and community levels to promote the adoption of an approach based on participation, local socio-cultural realities and the development of partnership between health workers and communities.
- 2) To improve the quality of the "welcome" (Lacolle) at health centers, as well as the quality and relevance of advice given by health workers regarding the management of diarrheal disease and nutrition at home in order to increase the use of such advice.
- 3) To reinforce the use of IEC strategies outside of health centers which are based on a community/social mobilization approach.
- 4) To analyze and disseminate information on innovative and promising community-based PHC and IEC experiences.
- 5) To develop a partnership with radio, press and T.V. journalists in order to ensure that Child Survival issues are promoted on an ongoing basis.
- 6) To develop a partnership with the NGOs in order: to take advantage of their innovative experiences in the area of PHC/CS and community-based IEC approaches; to collaborate with them in accomplishing national CS goals.

## **V. RECOMMENDATIONS**

The recommendations emanating from this consultancy are summarized in the above section (Results and Conclusions) relative to each of the consultancy objectives. A few additional recommendations are included here.

1. Although there was considerable input both from SANAS and EPS staff during the development of the BASICS CAP, it is important that the final proposals be discussed in detail with them to ensure their support and in order to elicit their suggestions for operationalizing the proposals.

2. Given the fact that in the context of this consultancy there was not time to substantively discuss the IEC strategy proposal with USAID, and given the fact that this IEC strategy proposal differs substantively from past IEC strategies, it is recommended that the BASICS/Dakar Regional IEC Advisor, Yaya Drabo, organize a meeting with key people in the health/nutrition office to discuss the strategy with them. This could contribute to USAID staff's understanding of the approach and their support for it in the future.

## **VI. FOLLOW-UP ACTION REQUIRED**

It is suggested that the consultant's two accompanying detailed documents in French be distributed to key BASICS partners at SANAS and at SEPS. They are the following:

1. Compostante IEC/AUBEL
2. Plan d'Action pour la Composante IEC/EPS en faveur de la Survie de l'enfant

## **VII. LIST OF PERSONS CONTACTED**

### **NGO Personnel**

#### **Plan International:**

Craig Stein, Director  
Fatou Dieme, Health Education/AIDS

#### **World Vision:**

Tom Vintimiglia, Regional Office

#### **ASBEF:**

Mrs. Aminata Touré, Program Director  
Mr. Adam Piuye, IEC Director  
Mrs. Adama Diop, Ex-Director of ASBEF

#### **SANFAM:**

Mr. Alpha Dieng, Director  
Mrs. Aminata Niang, Midwife, Trainer  
Dr. Abdoulaye Sadio, Monitoring/Evaluation Unit

#### **UNICEF:**

Mrs. Anna Bathily, Director of Social Mobilization  
Dr. Lénin Guzman, PHC Director

**AFRICARE:**

Dr. Derosena, Advisor for the CS/FP project

**AIDSCAP/FHI:**

Agathe Lawson, IEC Director

**MSH/Child Survival/Family Planning Project:**

Bob de Wolf, IEC Advisor

**MOH/Central Level**

**SANAS:**

Dr. Mbaye, Director

Mamadou Diouf, Deputy Director

Abdoulaye Samb, In charge of regions supported by USAID

Mrs. Aita Ndiaye

**Health Education Service:**

Dr. Saer Maty Ba, Director

Mr. Aly Gueye

Mrs. Diallo

**National School for Social Development and Health:**

Dr. Fodé Diouf, Director

**National Family Planning Program:**

Mr. Cheikh Bamba Diop, Deputy Director for IEC et research director

**MOH/Regional Level**

**Ziguinchor:**

Mrs. Harris Fatou, Supervisor for MCH/FP

Abdou Senn, PHC Supervisor

Mrs Diabang, Health Education Supervisor

Mrs. Seinabou Ndiaye, CDD Supervisor

**Fatick:**

Bachirou Ndiaye, PHC Supervisor

Mambou MBow, Health Education Supervisor

Gérard Dionne, CDD/BRAN Supervisor

**Louga:**

Dr. Ndiaye, Regional Chief Physician  
Dr. Mamadou Dia, Chief Physician for the District of Kebemere  
Ibrahima Touré, PHC Supervisor for the District of Kebemere  
Aboubakr Ba, Hygiene Agent/Health Education

**Kaolack:**

Dr. Abdoulaye Ly, Regional Chief Physician  
Mrs. Emilie Ndao, MCH/FP Supervisor  
Mr. Malamine Sarr, PHC/BRAN Supervisor  
Mr. Ngor Ndiaye, Director of Studies, Regional Training Center/Kaolack  
Mr. Saboye Diagne, Health Education

**Ministry of the Woman and Child**

Mrs. Mbaye, Technical Advisor, Program Director  
Mr. Amadou Dem, Family Program Director  
Mrs. Astou Diop Diagne, Women's Program Director

# **BASICS** **TRIP REPORT**

**Information, Education, et Communication**  
**Analyse de la Situation**  
**et**  
**Propositions pour un Plan d'Action**  
**Conclusions de l'Exercice**  
**Plan d'Action du Pays**  
**Sénégal**



*BASICS is a USAID-Financed Project Administered by  
The Partnership for Child Health Care, Inc.*

Academy for Educational Development (AED)

John Snow, Inc. (JSI)

Management Sciences for Health (MSH)

1600 Wilson Boulevard, Suite 300; Arlington, VA, 22209; USA

**INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION  
ANALYSE DE LA SITUATION  
ET  
PROPOSITIONS POUR UN PLAN D'ACTION  
CONCLUSIONS DE L'EXERCICE  
PLAN D'ACTION DU PAYS  
SENEGAL**

**Par le Dr Judi Aibel**

**BASICS Technical Directive: 000 SE 01 005  
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00**

## TABLE DES MATIERES

	PAGE
ABREVIATIONS .....	v
I. ANALYSE DE LA SITUATION EN MATIERE D'IEC/EPS .....	1
A. CONTEXTE ET HISTORIQUE DES ACTIVITES D'IEC .....	1
APPROCHE CONCEPTUELLE D'IEC/EPS .....	1
APPROCHE PREDOMINANTE .....	1
ORGANISATION OPERATIONNELLE DES PROGRAMMES .....	3
NIVEAU COMMUNAUTAIRE .....	3
NIVEAU INSTITUTIONNEL .....	8
B. LES ONG IMPLIQUEES DANS LA SANTE/SE .....	14
ONG LOCALES .....	15
ONG INTERNATIONALES .....	15
II. PLAN D'ACTION POUR LA COMPOSANTE IEC/EPS .....	19
INTRODUCTION .....	19
PRINCIPES DE BASE .....	20
AXES PRINCIPAUX DU PLAN D'ACTION POUR L'IEC .....	21
1. REVISER L'APPROCHE GLOBALE D'IEC .....	22
2. AMELIORER LA QUALITE DES SERVICES .....	23
3. RENFORCER L'UTILISATION DES STRATEGIES D'IEC AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE .....	25
4. ETUDIER ET DISSEMINER DES EXPERIENCES INNOVATRICES ET PROMETTEUSES .....	29
5. INSTAURER UN PARTENARIAT AVEC LES MEDIAS .....	30
6. INSTAURER UN PARTENARIAT AVEC LES ONG .....	31
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	32

## ABREVIATIONS

ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial
BRAN	Bureau Régional pour l'Alimentation et la Nutrition
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CONGAD	Consortium des ONG
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Education pour la Santé
HEALTHCOM	Health Communications Project (USAID)
IB	Initiative de Bamako
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information, Education et Communication
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
LMD	Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques
MS	Mobilisation Sociale
MSH	Management Sciences for Health
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAP	Plan d'Activités du Pays
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNPF	Programme National de Planification Familiale
PRITECH	Primary Health Care Technologies
RTS	Radio et Télévision Sénégalaises
SANAS	Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal
SANFAM	Santé de la Famille
SE	Survie de l'Enfant
SEPS	Service d'Education pour la Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale

## **I. ANALYSE DE LA SITUATION EN MATIÈRE D'IEC/EPS**

### **A. CONTEXTE ET HISTORIQUE DES ACTIVITES D'IEC AU SENEGAL**

Cette analyse porte sur deux aspects des programmes et stratégies d'IEC existants: 1) **l'approche conceptuelle d'IEC/EPS** sur laquelle les programmes et stratégies sont basés; 2) **l'organisation opérationnelle des programmes et stratégies d'IEC/EPS**.

L'analyse porte surtout sur les programmes mis en place par le MSPAS, mais également sur les stratégies et expériences des ONG et de plusieurs projets de recherche-action dans le domaine de l'EPS au niveau communautaire.

#### **Approche conceptuelle d'IEC/EPS**

Souvent les discussions des stratégies d'IEC portent exclusivement sur les activités et matériels utilisés, sans une analyse des concepts de communication et d'éducation y afférents. Derrière toute stratégie, activité et matériel il y a une conception du rôle de l'éducation et de la communication dans le processus de changement de comportement qui, le plus souvent, n'est pas explicite. L'efficacité et l'impact des stratégies d'IEC dépendent beaucoup des concepts d'éducation et de communication sur lesquels ils sont basés.

Pour cette raison, dans cette analyse nous avons voulu tout d'abord identifier l'approche conceptuelle d'IEC/EPS sur laquelle les différentes stratégies et activités sont développées. Ceci a été fait à travers des analyses: 1) des interviews avec les agents de santé et d'EPS du MSPAS au niveau central, régional et de district; 2) des interviews avec les agents des ONG impliquées dans l'EPS au niveau communautaire; 3) de la politique d'EPS du SEPS; 4) du matériel EPS produit; 5) des Plans d'Action des districts/régions; et 6) de deux projets de recherche-action en éducation nutritionnelle.

Cette analyse a révélé deux tendances ou orientations d'approche en IEC, une qui prédomine jusqu'à présent et une approche alternative qui est en train d'être développée.

**Approche prédominante** est celle qui est utilisée depuis 10-15 ans au Sénégal dans pratiquement tous les programmes et projets, comme dans d'autres pays africains. Les principes et caractéristiques clés de cette approche sont: 1) l'idée qu'un changement des connaissances individuelles ( surtout des mères) suscitera un changement des pratiques/comportements liés à la santé; 2) l'accent est mis sur la diffusion de messages contenant les informations clés définies par le MSPAS, à travers des canaux et du matériel différents; 3) l'objectif du processus de communication et le rôle de l'agent socio-sanitaire, tant dans les entretiens individuels que dans les séances de groupe, sont de "faire passer le message"; 4) une stratégie institutionnelle qui met l'accent sur le développement et la diffusion des messages et du matériel du niveau central vers les régions et districts.

Au cours de discussions au SEPS avec les agents d'EPS et le nouveau Directeur, et également avec d'autres partenaires du MSPAS lors de l'atelier organisé par BASICS les 22 et 23 février, certains constats ont été faits suggérant certaines faiblesses de cette approche maîtresse: 1) Une approche qui vise le changement des connaissances au niveau des mères ne suffit pas pour assurer le changement des comportements à la maison. D'habitude, les normes sociales qui sont communiquées et renforcées continuellement par différentes personnes influentes au sein de la famille et de la communauté ont plus d'influence sur, par exemple, la prise en charge de la diarrhée, qu'un nouveau conseil donné à une mère au centre de santé. 2) L'approche prédominante employée par les agents est uni-directionnelle (émetteur---[message]--->récepteur) et souvent les membres des groupes cibles reçoivent les messages passivement. Toutefois, nous savons que les adultes apprennent quand ils sont activement impliqués dans les activités éducatives.

Dans notre analyse des stratégies d'IEC exécutées par plusieurs ONG, de quelques projets de recherche-action, et des actions menées par certains agents du MSPAS, nous avons identifié une deuxième approche à l'IEC/EPS que nous avons appelée **l'approche naissante** et qui tente de répondre aux principales faiblesses de l'approche prédominante. Cette approche alternative est caractérisée par: 1) le concept de la communication comme "dialogue et négociation" entre les agents et les partenaires communautaires; 2) une approche systémique pour la promotion de la SE au niveau familial qui vise le changement des normes communautaires/sociales relatives à la santé par des actions qui encouragent le changement de connaissances et d'attitude des différents acteurs clés au sein de la communauté et de la famille, et pas seulement au niveau des mères; 3) l'accent sur les stratégies d'IEC en dehors des structures de santé, y compris la mobilisation et l'implication des différents acteurs communautaires et institutionnels dans la promotion des différents programmes (LMD, Nutrition, Paludisme, etc.); 4) l'élaboration d'activités et de matériel simple d'EPS (les chansons, les sketches, les jeux, les réunions de villages) avec les populations et leur utilisation par les populations dans la promotion de leur propre santé.

Lors de l'atelier organisé dans le cadre de cet exercice PAP, il est apparu que l'approche prédominante n'est plus adéquate et qu'une approche alternative, qui reflète les caractéristiques de "l'approche naissante" doit être progressivement adoptée dans les stratégies d'EPS. Le Directeur de l'EPS insiste sur le fait que les stratégies d'EPS n'ont pas donné les résultats escomptés dans le passé à cause de certaines faiblesses dans l'approche traditionnelle qui souvent est: trop directive; ignore certains acteurs influents dans la société tels que les leaders communautaires, les leaders religieux et les femmes leaders; et n'incorpore pas systématiquement les éléments socio-culturels. Par ailleurs, le Directeur souligne que dans le passé on n'a pas accordé suffisamment d'importance au développement des compétences des agents socio-sanitaires en communication interpersonnelle et en méthodes d'éducation des adultes.

### Conclusions:

A partir de cette analyse, nous concluons que les insuffisances dans l'approche conceptuelle sur laquelle les stratégies d'IEC sont fondées jusqu'à présent ont contribué de façon significative au fait que les résultats des stratégies d'IEC en LMD et en Nutrition, comme dans d'autres

programmes de SE, n'ont pas connu des résultats escomptés. Nous pensons que, pour accroître l'impact des stratégies, il est indispensable que l'approche globale d'IEC et les méthodologies utilisées dans les activités au niveau communautaire aussi bien qu'au niveau des structures de santé soient révisées en faveur des approches basées sur la participation, le partenariat et les réalités socio-culturelles locales.

### **Organisation opérationnelle des programmes et stratégies d'IEC/EPS**

D'habitude, les discussions des "stratégies d'IEC/EPS" visent les programmes mis en place par les Ministères ou par d'autres organisations ou institutions. Dans notre analyse, la définition opérationnelle de l'IEC que nous avons adoptée est plus large:

Il s'agit de tous les processus d'éducation et de communication qui ont une influence sur la survie et la santé des enfants sénégalais.

Cette définition prend en compte tous les acteurs et stratégies d'IEC aussi bien au niveau communautaire qu'institutionnel.

#### **Niveau communautaire:**

Dans cette analyse nous avons identifié, au niveau communautaire, les différents "acteurs" qui jouent un rôle dans le processus d'éducation en matière de santé/nutrition des femmes et des familles. Au niveau de la communauté, évidemment les personnes qui ont la responsabilité principale de la santé/nutrition des jeunes enfants sont les mères. Cependant, d'autres personnes peuvent influencer les décisions et les actions prises par la mère, de façon directe: les pères, les femmes âgées, les tradipraticiens et, de façon indirecte, les chefs communautaires (traditionnels et administratifs), les leaders religieux et les femmes leaders.

#### **L'accès aux soins de santé et le parcours thérapeutique (health-seeking process):**

Malheureusement, relativement peu de recherche a été menée sur le *parcours thérapeutique* des femmes et des familles (health-seeking process) en cas de maladies infantiles. Néanmoins, quelques études de ce genre montrent qu'en cas de maladie les femmes/familles ont recours à trois types de soins: 1) les soins à domicile; 2) les consultations chez les tradipraticiens; et 3) les consultations avec le personnel de santé dans les formations sanitaires. Souvent le parcours suit cet ordre (Werner, 1988; Pillsbury, 1990).

Par exemple, dans le cas de la diarrhée, les études montrent que la majorité des enfants malades n'arrivent jamais aux structures formelles de santé (Werner, 1988; EDS, 1993). Dans la plupart des cas, les premiers soins, remèdes ou autres traitements sont administrés à domicile. Très souvent, ces éléments relèvent de la médecine traditionnelle. D'après l'EDS II, 34 pour cent des enfants reçoivent des remèdes traditionnels en cas de diarrhée. Dans le cas où la maladie continue, souvent un tradipraticien est consulté en dehors de la maison. Différentes études montrent qu'entre 69 pour cent et 90 pour cent des Sénégalais consultent les tradipraticiens

fréquemment (Abt, 1994; Pillsbury, 1990). En milieu rural, les spécialistes de la médecine traditionnelle sont consultés plus souvent qu'en milieu urbain (Abt, 1994).

C'est seulement dans à peu près un quart (23 pour cent) des cas que l'enfant diarrhéique est amené dans une formation sanitaire (EDS, 1993) et ceci souvent après que les interventions à domicile et chez les tradipraticiens n'aient pas donné les résultats escomptés et que la condition de l'enfant se soit aggravée. Pour les familles en milieu rural, l'accès géographique aux formations sanitaires constitue une contrainte à leur utilisation. Cinquante-huit pour cent des familles rurales doivent faire plus de cinq km pour parvenir à un dispensaire rural (EDS, 1994) et 21 pour cent doivent aller au delà de 15 km pour atteindre l'une de ces structures. L'utilisation des remèdes familiaux et les consultations auprès des tradipraticiens s'expliquent au moins partiellement par le fait que les formations sanitaires sont souvent éloignées. Toutefois, cette situation risque de ne pas s'améliorer dans l'immédiat.

Des informations sur le parcours thérapeutique des mères/familles relatives aux programmes de LMD et Nutrition et aux autres thèmes prioritaires de SE doivent être étudiées, dans l'avenir, dans le cadre des recherches qualitatives CAP, afin de permettre l'élaboration systématique de stratégies d'IEC.

Connaissances et influence des concernant la SE: Evidemment, les acteurs principaux dans la promotion de la santé/nutrition et la prise en charge des maladies sont les mères des jeunes enfants. A cet égard, un facteur qui influe sur leurs compétences actuelles tout autant que leur capacité d'apprendre de nouvelles choses est leur niveau de scolarisation. Dans les quatre régions appuyées par l'USAID, la vaste majorité de la population est rurale et 89 pour cent des femmes ne sont jamais allées à l'école (EDS, 1993). Seulement 9 pour cent des femmes rurales ont fréquenté l'école primaire. Ces taux de scolarisation extrêmement bas ont beaucoup d'implications pour le choix de stratégies d'EPS/IEC. La plus évidente est que peu de femmes sont capables de lire des phrases ou textes. Par ailleurs, l'analphabétisme est aussi associé aux difficultés d'interprétation d'images ou de dessins (Kane, 1987).

Dans l'étude de prise en charge des maladies diarrhéiques (BASICS, 1994), les connaissances des mères dans les 4 régions varient en fonction des éléments clés de la prise en charge: 91 pour cent savent qu'il faut continuer à alimenter; seulement 61 pour cent connaissent des signes de danger; et seulement 56 pour cent disent qu'elles donnent plus de liquides que d'habitude. Par ailleurs, seulement 32 pour cent connaissent les 3 règles de prise en charge. Evidemment, ces réponses reflètent ce que les mères "disent" qu'elles font. Comme dans toute enquête, il est très possible que toutes ne fassent pas ce qu'elles disent. Ceci est d'autant plus vrai dans le cas où d'autres personnes au sein de la famille/entourage ont des avis contraires.

Les CAP des femmes sur les maladies infantiles dépendent d'une part des conseils qu'elles reçoivent du "secteur formel de santé". Cependant, étant donné le contact relativement limité qu'elles ont avec ce secteur, leurs CAP sont influencées en grande partie par les conseils qui relèvent du "secteur traditionnel de santé". En d'autres termes, les CAP de nombreuses femmes

reflètent des **normes socio-culturelles** qui sont transmises de génération en génération et qui sont renforcées constamment par leur contact fréquent avec les autres acteurs au niveau de la famille et de la communauté.

Actuellement, certaines informations existent sur les CAP des femmes en matière de diarrhée et de nutrition (Kane, 1987; Werner, 1988; Diene, 1994) mais en termes d'information qualitative, ces informations sont insuffisantes pour développer des stratégies d'IEC. Pour les programmes d'IRA, PEV et Paludisme il n'y a pas d'études exhaustives faites, ni de type quantitatif ou qualitatif. Concernant l'allaitement maternel, une étude qualitative CAP sera menée dans les 4 régions appuyées par l'USAID en 1995.

Connaissances et influence des femmes concernant la SE: Jusqu'à présent, dans les programmes de SE, le rôle et l'influence des femmes âgées au sein de la famille/communauté sur les décisions et actions relatives à la SE ont été très peu étudiés. Toutefois, les informations disponibles montrent que, lorsque ces femmes sont présentes dans la famille, elles ont généralement une influence sur les décisions prises concernant la santé/nutrition des enfants (Diene, 1994; Ba, 1991?; Touré, 1994).

L'influence que les femmes âgées exercent sur la SE repose sur: 1) le rôle qui leur est confié par la société pour transmettre le savoir et le savoir-faire traditionnels; 2) le respect et l'affection dont elles jouissent dans la société; 3) leur contact fréquent avec les plus jeunes mères et leur renforcement continu des pratiques qu'elles préconisent; 4) la responsabilité directe qu'elles ont pour les enfants à certains moments de la journée ou de l'année.

Les CAP des femmes âgées sont fortement influencées par leur contact avec le secteur traditionnel de santé. En général, elles ont peu de contact avec le secteur sanitaire formel et vice-versa. Ces "éducatrices de la vie familiale" sont présentes au sein des familles et des communautés mais, jusqu'à présent, les programmes de SE et les stratégies d'IEC ont tendance à les ignorer. Leurs CAP en matière de SE ont été peu étudiées.

Connaissances et influence des hommes concernant la SE:

L'influence des hommes sur la SE semble être beaucoup moins importante que celle des femmes et des femmes âgées. Toutefois, leurs avis et leurs ressources peuvent influencer la prise de décision dans ce domaine surtout quand il s'agit de déplacements et de dépenses. Toutefois, les agents de santé disent que l'avis de l'homme peut déterminer ce que les femmes font en matière d'activité préventive et de prise en charge des maladies.

Les CAP des hommes en matière de SE sont peu étudiées, de sorte que nous ne savons pas exactement ce qu'ils pensent ni comment ils interviennent. Les expériences de stratégies d'IEC/SE orientées vers les hommes ont été relativement limitées jusqu'à présent. Toutefois, les hommes sont souvent impliqués à travers la collaboration avec les leaders communautaires, les comités de développement et de santé, là où ils existent.

### Connaissances et influence des chefs communautaires et les leaders religieux concernant la SE:

Les chefs communautaires (y compris les chefs de quartier) ont pour rôle de veiller au bien-être de leurs populations. Ces leaders et leurs femmes peuvent avoir une influence importante sur les attitudes et pratiques relatives à la SE au sein de la communauté. Pour toutes les populations sénégalaises, qu'elles soient musulmanes, chrétiennes ou animistes, la religion joue un rôle extrêmement important dans la vie de tous les jours. Les leaders religieux donnent des conseils aux gens sur beaucoup d'aspects de la vie.

L'implication des leaders communautaires et religieux dans la promotion de la SE varie beaucoup d'une communauté à l'autre. Une minorité des agents d'EPS et des Chefs de Poste collaborent systématiquement avec ces leaders dans la planification, l'exécution et l'évaluation des stratégies d'EPS. Des expériences des agents du MSPAS comme de ceux qui travaillent avec les ONG, montrent que le plus souvent l'implication de ces personnes est un facteur qui contribue à la réussite des programmes/actions de santé communautaire.

Certains agents de santé, du MSPAS et des ONG, disent que la réussite de beaucoup de leurs actions est liée à l'appui des leaders communautaires.

### Connaissances et influence des tradipraticiens concernant la SE:

Les informations précises au sujet de l'influence des tradipraticiens sur la promotion de la santé et de la prise en charge des maladies sont limitées. Cependant, les données et anecdotes recueillies suggèrent que dans beaucoup de localités, surtout en milieu rural mais également en milieu urbain, ces personnes ont une influence sur les pratiques utilisées à domicile. Il semble qu'elles sont souvent consultées (Touré, 1995; Werner, 1989) pour les diarrhées et d'autres maladies infantiles.

Outre leur accessibilité en termes de distance, la majorité des villages a au moins un ou plusieurs tradipraticiens sur place. L'influence des tradipraticiens relève du fait que leur croyances et concepts de santé sont en accord avec les concepts de santé populaire qui constituent les normes communautaires. Leurs approches de d'accueil et de la communication interpersonnelle sont généralement appréciées par les populations. En ce qui concerne ce dernier paramètre, lors d'un séminaire en 1993 dans la région de Louga, les participants/agents de santé ont conclu que le personnel de santé devait s'inspirer de l'approche de communication interpersonnelle utilisée par les tradipraticiens. Dans une étude menée à Fatick, 90 pour cent de la population consulte fréquemment les tradipraticiens, et 69 pour cent de ces personnes reconnaissent qu'elles sont satisfaites du traitement qu'elles reçoivent (Finch, 1994).

Il se peut qu'avec la crise économique et la hausse des prix des médicaments pharmaceutiques, la population aura tendance à avoir davantage recours au secteur traditionnel de soins. Une étude récente du secteur privé de santé au Sénégal conclut qu'étant donné le rôle joué par les tradipraticiens, la collaboration avec le secteur traditionnel devrait être développée davantage (ABT, 1994).

### Connaissances et influence des leaders et groupements féminins concernant la SE:

Dans toutes les communautés, il existe des "leaders" femmes et des groupements de femmes. Ces acteurs ont une certaine influence sur les attitudes et pratiques d'autres femmes au niveau de la communauté. L'implication des leaders et des groupements dans la promotion de la SE varie beaucoup.

### Les associations sportives et culturelles (ASC) (des jeunes):

Dans toutes les localités, des ASC existent. Elles organisent différentes activités à l'intention des jeunes de la communauté. Des expériences avec les ASC dans la promotion de la santé, par exemple dans la lutte contre le SIDA (AIDSCAP) et la nutrition infantile (ONG Roussel Bertrand), montrent que ces ressources humaines peuvent être mobilisées afin de promouvoir des priorités de la santé/SE.

### Ecoles primaires et secondaires:

Les expériences avec les enseignants et étudiants suggèrent qu'ils peuvent être impliqués dans la promotion de la santé. Toutefois, les leçons apprises montrent que, pour réussir, ce type d'activités doit être soigneusement élaboré et suivi.

### Conclusions:

Cette analyse révèle qu'au niveau communautaire, outre les mères des jeunes enfants, il y a plusieurs autres acteurs qui influencent les CAP des mères, aussi bien au niveau de la famille qu'au niveau de la communauté même. Ces différents acteurs sont les gardiens et "communicateurs" des normes sociales relatives à la prévention et au traitement des maladies. Par ailleurs, la plupart des décisions et actions liées à la SE sont faites à domicile/au sein de la communauté par les différents acteurs de ce niveau. Pour beaucoup de familles et de communautés, l'accès aux structures de santé est difficile et donc limité, tandis que, de façon continue, les pratiques à suivre sont communiquées par ces différents acteurs communautaires.

Jusqu'à présent, la majorité des activités d'IEC/SE visent exclusivement les femmes et la plupart ont lieu au niveau des structures de santé. Généralement, ces stratégies touchent très peu les autres personnes qui influencent directement ou indirectement les normes et décisions concernant la santé et la survie des enfants. Cette lacune suggère l'importance de l'adoption des stratégies d'IEC à base communautaire qui peuvent avoir un impact non seulement sur les mères mais également sur les autres "éducateurs" communautaires.

Pour le développement des stratégies d'IEC, les informations disponibles actuellement sur les CAP des mères relatives à la LMD, la Nutrition, les IRA, le Paludisme et le PEV ne sont pas suffisantes. Les informations sur les CAP des autres acteurs communautaires clés n'existent pratiquement pas.

### Niveau institutionnel:

Cette analyse porte sur les stratégies et activités d'IEC/EPS qui sont à la charge du personnel du MSPAS au niveau central, au niveau des régions médicales et au niveau des districts.

### Niveau central:

Au niveau national, le Service d'Education pour la Santé (SEPS) joue un rôle primordial dans la planification et la mise en place des stratégies d'EPS/IEC dans le pays. Pendant des années, le SEPS était à la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique au sein du MSPAS. Depuis 1994, ce service a été déplacé et il est actuellement rattaché directement au cabinet du Ministre. Ce positionnement du SEPS constitue une contrainte dans la mesure où les activités du SEPS ne sont pas sous la responsabilité directe de la DHSP.

Au niveau central, le SEPS a un Directeur, un Directeur Adjoint et 9 autres agents. Depuis janvier 1995, il y a un nouveau Directeur du SEPS, un infirmier qui a également fait des études supérieures en Santé Communautaire et en Education. La formation et l'expérience des différents agents sanitaires et sociaux du SEPS varient beaucoup, et la formation et l'expérience pour la majorité d'entre eux s'inspirent de l'approche classique d'IEC décrite ci-dessus. Le SEPS est souvent considéré comme un service faible. Le nouveau Directeur du SEPS amène des connaissances et des expériences importantes dans le domaine de l'EPS et il est très possible que son arrivée revitalise le service.

D'après le Directeur, le SEPS est chargé de: 1) élaborer des stratégies d'EPS pour chacun des programmes techniques du MSPAS; 2) former le personnel de santé en EPS; 3) produire du matériel didactique; et 4) assurer la supervision des programmes d'EPS/IEC dans les régions.

Il est constaté que ces dernières années, le SEPS a joué un rôle assez restreint dans le cadre des programmes de LMD et de Nutrition, axé surtout sur la production de matériel didactique. Le SEPS devrait jouer un rôle décisif et plus large au niveau du pays pour: le développement des orientations méthodologiques d'approche d'IEC/EPS à suivre; la diffusion des activités et matériels innovateurs en matière de communication et éducation; la supervision et l'appui continus aux programmes d'EPS dans les régions; et dans l'évaluation périodique des stratégies et des agents impliqués dans l'EPS.

Le nouveau Directeur définit comme priorité la nécessité de revoir l'approche d'IEC/EPS qui prédomine jusqu'à présent et de progressivement réorienter les stratégies vers des approches basées sur "le dialogue, la négociation et l'implication des populations dans la promotion de leur propre santé." Une telle réorientation de l'approche d'IEC/EPS à privilégier implique la nécessité de revoir: 1) le rôle du SEPS et ses possibilités d'appuyer le développement des stratégies, des activités et du petit matériel d'IEC de façon décentralisée; 2) le type de matériel à privilégier.

Une contrainte majeure pour le SEPS est le fait que pratiquement tous les moyens dont le service dispose proviennent des programmes techniques. Chaque année, le SEPS élabore son propre Plan d'Action, cependant, il a très peu de possibilités de l'exécuter étant donné cette dépendance vis-à-vis des autres programmes. Cette situation l'empêche d'initier ses propres initiatives et d'assurer un suivi continu de l'ensemble des stratégies et de ces collaborateurs dans les régions.

#### Appui de l'USAID pour les activités d'IEC/EPS en faveur de la SE:

Depuis 1985, un appui financier et d'assistance technique a été fourni au SANAS pour les activités d'IEC dans le cadre des programmes de LMD et de Nutrition. A partir de 1985, le Projet PRITECH a appuyé ces activités et cette assistance a continué dans le cadre du Projet BASICS à partir de 1994. Egalement, entre 1990 et 1993, le Projet HEALTHCOM a apporté un appui à ces deux programmes de Survie de l'Enfant par le développement de matériel éducatif d'IEC. Par ailleurs, une coordination systématique a été assurée à tout moment des appuis de la part de PRITECH et de HEALTHCOM aux programmes de SANAS, de LMD et de Nutrition.

L'appui apporté au SANAS par les trois projets financés par l'USAID a permis la mise au point de 8 différents matériels éducatifs et didactiques (boîtes à images, brochures, affiches et vidéo didactique). Ce matériel porte sur les différents thèmes prioritaires relatifs à la prévention et la prise en charge des maladies diarrhéiques et la nutrition des jeunes enfants.

L'ensemble du matériel de LMD et de nutrition élaboré avec l'appui de PRITECH, BASICS et HEALTHCOM a été réalisé à travers une étroite collaboration entre le SANAS et le Service d'Education pour la Santé (SEPS). Dans cette collaboration, le rôle principal du SANAS était de fournir des éléments techniques prioritaires en LMD/Nutrition, alors que le rôle de l'EPS était de coordonner la conception, l'essai et la dissémination de chaque type de matériel.

Les deux programmes de LMD et de Nutrition du SANAS bénéficient également de l'appui de l'UNICEF et, dans ce cadre, d'autre matériel éducatif a été produit, notamment des affiches et des boîtes à images sur l'allaitement, la vitamine A, la LMD, la nutrition et l'iode.

Ces dernières années, l'activité prioritaire en IEC dans les programmes de LMD et de Nutrition, appuyée par les trois projets de l'USAID, était la production de plusieurs types de matériel éducatif classique. Beaucoup de ressources humaines et financières ont été investies dans la préparation du matériel, surtout dans les boîtes à images, un matériel dont l'impact en termes pédagogiques n'est pas démontré. Bien que la production de matériel éducatif soit une composante importante des stratégies d'IEC, l'association du processus d'éducation et de communication uniquement aux supports éducatifs sous forme de matériel est assez limitée comme approche.

Notre analyse faite au niveau des districts/régions révèle que le matériel d'IEC produit par le SANAS et l'EPS (surtout les boîtes à images et les affiches) est souvent, mais pas toujours, disponible dans les structures de santé. D'autre part, là où le matériel existe, il est généralement

apprécié par les agents de terrain bien que son utilisation apparaisse faible. Ces mêmes constats concernant la sous-utilisation du matériel éducatif ont été faits dans une étude menée dans les structures de santé en 1991 au Sénégal par Sene & Diop, avec l'appui de PRITECH, dans les structures de santé. Deux conclusions de cette étude nous aident à expliquer la sous-utilisation du matériel éducatif par les agents de santé. D'abord dans beaucoup de structures où le matériel est présent, il n'est pas utilisé parce que les agents ne considèrent pas que leur rôle est d'éduquer. Concernant les affiches, l'étude a conclu que le plus souvent elles sont utilisées comme décoration et rarement comme support éducatif. Même dans les cas où le matériel didactique (affiches et boîtes à images) est utilisé, son impact sur les populations est incertain.

Depuis 1994, le SANAS bénéficie de l'appui du projet Wellstart dans le cadre du programme de nutrition. Les activités de Wellstart visent à promouvoir l'allaitement maternel exclusif et le sevrage approprié. Dans ce cadre, des études qualitatives de CAP sont prévues ainsi que le développement des activités et du matériel d'IEC.

Un autre acteur important impliqué dans l'IEC/SE au niveau national est le Projet Survie de l'Enfant et de Planification Familiale (SEPF) exécuté par le PNPf avec l'appui de MSH. Cet appui inclut un Conseiller Technique en IEC. Au sein du PNPf, la Direction d'IEC est activement impliquée dans le développement de stratégies et de matériel d'IEC en matière de Planification Familiale. Les appuis de BASICS pour les programmes de LMD et de Nutrition devraient être faits en collaboration avec les agents d'IEC du PNPf qui sont impliqués dans le Projet SEPF. A partir des discussions avec les agents d'IEC du PNPf, ils envisagent une collaboration étroite avec le SANAS et l'EPS dans les programmes de LMD et de Nutrition. Toutefois, les modalités exactes de collaboration restent à préciser.

#### Constats sur les stratégies d'IEC/EPS employées au niveau national:

Dans le cadre de l'exercice PAP/BASICS, un atelier de concertation avec les partenaires du MSPAS a eu lieu les 22 et 23 février. Lors de l'atelier, une série de constats ont été présentés au groupe de travail sur l'IEC, notamment:

- L'utilisation de l'approche de mobilisation sociale qui met l'accent sur le développement d'un partenariat avec les autres acteurs impliqués dans le développement est à un stade embryonnaire de développement dans les régions.
- L'intégration des facteurs socio-culturels des populations est limitée dans les modules de formation en IEC, de même que dans le matériel d'IEC mis au point.
- Des études/informations qualitatives disponibles sur les CAP des populations en matière de LMD, Nutrition, Paludisme, IRA et PEV ne sont pas suffisantes pour permettre aux agents d'EPS de formuler des stratégies pour chacun de ses programmes de survie de l'enfant.

- Un problème important associé à l'IEC dans les structures de santé est celui des attitudes du personnel de santé et leurs compétences en communication interpersonnelle. Une étude menée par Kane sous l'égide de PRITECH en 1990 a révélé des attitudes négatives de la part du personnel de santé envers les mères lors des consultations de LMD. Dans la mesure où le degré de confiance d'un client envers un agent de santé détermine son adhésion aux conseils donnés, l'agent de santé ayant une attitude négative envers une mère, avec ou sans support éducatif, aura probablement peu d'impact éducatif positif sur elle.
- Des stratégies pour assurer l'implication continue de la radio et de la presse, tant étatiques que privées, dans la promotion de la SE ne sont pas suffisamment développées.

Chaque constat a été discuté et les participants ont formulé ensuite des propositions de stratégies pour renforcer les activités d'IEC/EPS de SE.

#### Niveau régional:

Au niveau de chaque région médicale, au sein de l'équipe de superviseurs, une personne est désignée chaque superviseur d'EPS. Toutefois, il est important de signaler que dans la plupart des régions, la responsabilité pour les activités d'IEC est confiée à un superviseur qui, en même temps, est chargé de la supervision d'autres volets du programme régional. En outre, les superviseurs d'EPS ne s'occupant pas du programme d'EPS à temps plein, leur formation en EPS/IEC varie beaucoup. D'après le SEPS, un seul des responsables actuels d'EPS dans les quatre régions a participé à un séminaire de formation adéquate sur les approches d'EPS. Par ailleurs, le contenu des ateliers de formation en IEC organisés dans le passé, comme les quelques documents de référence dont les agents de terrain disposent, visent l'approche traditionnelle de communication et d'éducation.

Au niveau de chaque région, le SANAS a créé un Bureau Régional pour l'Alimentation et la Nutrition (BRAN) qui normalement est constitué d'une personne qui est censée superviser et suivre les activités de LMD/Nutrition. Le BRAN doit formuler et mettre en œuvre ses propres activités sous la supervision du SANAS. Les compétences et les réalisations des superviseurs du BRAN varient beaucoup d'une région à une autre.

D'autres constats sur les stratégies et le personnel impliqués dans l'IEC/EPS au niveau régional sont les suivants:

- Bien que la prise en charge des maladies ait lieu principalement au sein de la communauté, les stratégies d'IEC sont plus focalisées sur les structures de santé.
- Les expériences en matière d'utilisation des médias traditionnels de communication sont limitées, cependant elles sont prometteuses.

- Au niveau des régions/districts, l'intérêt existe pour développer leurs propres activités/matériel d'IEC. Cependant, certains agents disent qu'ils ne possèdent pas toutes les compétences nécessaires pour y parvenir.
- Pour l'élaboration et l'exécution des stratégies d'IEC qui mettent l'accent sur l'implication des partenaires communautaires et institutionnels, les agents d'EPS ne possèdent pas d'éléments méthodologiques suffisants.
- La plupart des agents de santé n'ont pas de compétences dans la collecte d'informations qualitatives sur les CAP des populations, ce qui leur permettrait de mieux orienter leurs stratégies de programmes.

#### Niveau du district:

Le niveau opérationnel des programmes d'IEC/EPS est le district. Vus les politiques et les efforts pour décentraliser l'élaboration et l'exécution des stratégies de SSP, l'analyse de la situation à ce niveau est critique.

Au niveau des districts, notre analyse confirme le fait que les ressources humaines, ainsi que le matériel, sont très limités. En termes de ressources humaines, dans la majorité des 17 districts, la responsabilité de l'EPS est confiée à un agent de la brigade d'hygiène. En plus de leur formation de base, les agents d'EPS à ce niveau ont bénéficié de peu de formation en EPS/IEC et la formation qu'ils ont reçue correspond à l'approche classique d'EPS, c'est-à-dire à "faire passer le message." Le SANAS n'a pas de représentant au niveau des districts.

D'autres ressources humaines au niveau des districts qui ne sont pas systématiquement impliquées dans les activités de SE exécutées par le MSPAS sont les agents sociaux. Dans chaque district, il y a au moins une ou plusieurs monitrices et animatrices rurales, dont la formation de base est davantage orientée vers les activités au sein de la communauté que celle des agents qui dépendent du MSPAS. Une priorité définie par le nouveau directeur de l'EPS est de définir les modalités pour assurer leur implication active dans les activités d'EPS dans les districts.

Pour ce qui est du matériel et des documents de référence, il en existe très peu au niveau du district. Dans les interviews menées à ce niveau, les agents ont seulement mentionné les boîtes à images et les affiches dont ils disposent et qu'ils utilisent peu. Des brochures sur la "Communication Interpersonnelle" et sur la "Gestion de Programmes d'IEC" ont été préparées également par le SEPS, mais les agents interviewés n'en parlaient pas.

Plusieurs autres constats ont été faits concernant les stratégies et le personnel impliqués dans l'IEC/EPS au niveau des districts:

- Dans la plupart des cas, le dialogue et la collaboration entre les agents de santé et les acteurs communautaires clés (les leaders traditionnels, les leaders religieux, les leaders femmes) sont peu développés.
- Bien que certains efforts aient été faits pour renforcer la compétence des agents d'EPS et des ICP en communication interpersonnelle, ces efforts restent insuffisants.

#### Conclusions:

Le renforcement des stratégies d'IEC au niveau du district, qui est le niveau opérationnel des programmes de SSP, demandera beaucoup d'efforts continus pour améliorer les compétences des agents. Des activités de formation continue (auto-formation + formation en atelier) sont envisagées de même que le développement des guides/manuels méthodologiques de référence. Un suivi périodique de leur travail doit aussi être assuré. La collaboration entre les agents de santé et les agents sociaux de districts doit être renforcée également.

#### Les mass media:

En milieu rural, la presse écrite est le moyen de communication moderne le moins disponible, surtout aux femmes. Seulement 2,6 pour cent des femmes rurales lisent un journal au cours de la semaine. Les problèmes d'analphabétisme, de distribution limitée de journaux et du faible pouvoir d'achat contribuent au fait que la presse écrite est peu disponible. Pour ces raisons, ses possibilités comme moyen de communication en matière d'EPS restent très limitées.

Les dernières données de l'EDS II (1993) montrent qu'au Sénégal la télévision est accessible à 73 pour cent des populations, tandis qu'en milieu rural seulement une petite minorité (14 pour cent des femmes) y a accès. Etant donné le coût de la production et de la diffusion des programmes de télévision, et dans la mesure où les populations des régions appuyées par l'USAID sont fortement rurales, l'utilisation de la télévision dans le cadre de l'IEC/SE n'est pas une priorité.

Par contre, en milieu rural, les postes de radio sont beaucoup plus disponibles et constituent un media populaire. Bien que les postes appartiennent aux hommes dans la majorité des cas, 58 pour cent des femmes disent qu'elles écoutent la radio nationale (RTS). Il y a une chaîne nationale et 4 chaînes régionales, dont une à Ziguinchor et une à Kaolack. Depuis 1994, il existe deux chaînes de radio privées, Sud FM et Radio Dounya. Depuis l'émergence de ces nouvelles stations, la couverture radiophonique s'est améliorée et la concurrence a déjà contribué à l'amélioration de la qualité des programmes.

La formule de collaboration avec la RTS utilisée jusqu'à présent par la majorité des projets de santé au Sénégal consiste à signer des contrats avec la RTS pour la production et la diffusion d'un

nombre déterminé d'émissions. Bien que cette formule ait donné des résultats pour la diffusion de messages préconisés par les projets et le MSPAS, elle a également créé une dépendance vis-à-vis des financements, et l'impulsion donnée par les bailleurs de fonds. Cette formule n'encourage pas les journalistes de la radio et de la presse en général à entreprendre la promotion de la santé/SE de manière continue. En effet, il y a des créneaux, aussi bien au niveau de la chaîne nationale qu'à celui des chaînes régionales qui ne sont pas exploités autant que possible en termes de contenu technique sur les différents programmes de SE, ni pour le type de programmation utilisée qui pourrait être plus variée et donc attrayante.

Une stratégie alternative qui pourrait être développée par BASICS consisterait à développer un partenariat avec la presse (étatique et privée), la radio (nationale et régionale, étatique et privée) et, éventuellement, la télévision afin de définir leur contribution à la résolution des problèmes de SE et de cerner leurs besoins en assistance technique/information technique. (Cette proposition sera développée plus en détails par Yaya Drabo, Conseiller Régional en IEC BASICS/Dakar).

## **B. LES ONG IMPLIQUEES DANS LA SANTE/SE**

BASICS souhaite identifier des stratégies pour: 1) renforcer la coordination et l'harmonisation des actions des ONG et du MSPAS dans le domaine de la SE; et 2) disséminer des éléments d'approches innovatrices utilisées par les ONG. Afin d'y parvenir, les objectifs fixés pour cette analyse étaient les suivants:

- 1) connaître les activités menées et les approches utilisées par les ONG dans les programmes de SSP et dans les stratégies d'IEC, principalement mais pas exclusivement dans les régions appuyées par l'USAID;
- 2) identifier les ONG impliquées dans les programmes de santé/SE dans les quatre régions appuyées par l'USAID.

Cette analyse a été menée à partir de: l'étude des documents de projets; des rapports d'évaluation; des interviews avec les responsables des ONG; et des visites aux activités des ONG sur le terrain dans les régions de Louga et Fatick.

D'après le CONGAD (Consortium d'ONG Sénégalaises), il y a 69 ONG dans le pays qui travaillent dans le domaine de la santé, dont 39 ONG locales et 29 ONG internationales.

Des contacts étaient pris et des informations détaillées étaient recueillies concernant les ONG suivantes: Vision Mondiale; UNICEF; Plan International; l'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal; Christian Children's Fund; AIDSCAP; l'ONG Roussel Bertrand; et l'ASBEF.

## **ONG locales**

Il y a approximativement 23 ONG locales qui mènent des activités de promotion de la santé/survie de l'enfant. Au CONGAD, nous avons obtenu une liste de ces organisations, cependant des informations précises sur l'ampleur et l'efficacité des actions menées par chacune n'étaient pas disponibles. Comparé à certains autres pays, il n'existe pas de structures de coordination ou de concertation pour les ONG du domaine de la santé.

Beaucoup d'ONG locales n'ont pas d'activités soutenues parce qu'elles ne deviennent opérationnelles que quand des financements pour des activités ponctuelles sont disponibles. En général, ces organisations sont jeunes et institutionnellement faibles. Une recherche ultérieure sera nécessaire pour connaître exactement les activités de SE qu'elles mènent et les possibilités de les renforcer avec un appui en assistance technique, formation, matériel didactique, etc.

## **ONG internationales**

Il y a approximativement 13 ONG internationales qui mènent des activités en faveur de la santé/SE. Elles ont toutes des programmes d'appui continu aux Ministères et parfois directement aux communautés.

La majorité de ces organisations sont impliquées dans les programmes de SSP/SMI caractérisés par: une collaboration plus ou moins étroite avec le MSPAS; des activités de renforcement des compétences des agents de santé au niveau du district à travers la formation et la supervision; l'appui aux stratégies de santé communautaire/SSP.

Dans les stratégies de mobilisation sociale et d'IEC dans le cadre des SSP au niveau communautaire, les approches innovatrices sont identifiées dans les programmes de Vision Mondiale, de l'UNICEF, de Plan International, de l'AGETIP, de l'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal, du Christian Children's Fund, de l'ONG Roussel Bertrand et de l'ASBEF. A ce niveau, les expériences avec les moyens de communication traditionnelle, à savoir les chansons-poèmes, les réunions villageoises et des sketches/histoires, sont particulièrement intéressantes. Malheureusement, la plupart de ces expériences ne sont pas bien documentées et les leçons à en tirer ne sont pas synthétisées. Les leçons de ces expériences pourraient être développées et disséminées au sein du MSPAS et des autres ONG.

Vision Mondiale: Cette ONG américaine qui reçoit la majorité de son financement de l'USAID travaille dans le domaine des SSP dans 2 régions du pays, Thiès et Diourbel. Ses projets sont basés sur un concept de développement intégré ("Area Development Programming") dans lequel ils appuient des actions de développement en agriculture, santé, eau, etc. Dans le domaine des SSP, ils appuient des programmes du MSPAS à travers: la formation et la supervision du personnel de santé; la formation et le suivi des comités de santé; la formation et le suivi des accoucheuses traditionnelles; une stratégie de mobilisation sociale pour impliquer les leaders communautaires et les groupes dans la promotion de la santé.

Dans le domaine de l'IEC, les expériences de Vision Mondiale sont à souligner en ce qui concerne les stratégies qu'elle emploie dans: la mobilisation de la participation communautaire; l'implication des chefs communautaires comme promoteurs de stratégies PEV, etc.; l'implication des groupes communautaires dans le développement de leurs propres stratégies de mobilisation sociale. Dans le rapport d'évaluation de la mi-parcours de son projet de SE, les évaluateurs concluent: "L'implication effective des populations dans les activités du projet peut être attribuée à l'accent mis de façon continue sur la sensibilisation, l'éducation et la mobilisation des leaders et groupes communautaires." Il y a certainement des leçons à tirer en rapport avec les activités de SE à base communautaire à partir des approches utilisées dans les projets de Vision Mondiale qui pourraient être utiles aux autres qui mènent des actions de SE en milieu rural.

**UNICEF:** Dans le programme d'assistance pour 1987-91, l'appui de l'UNICEF a été focalisé sur deux axes majeurs: 1) les programmes de PEV et de LMD; 2) les projets de développement intégré dans 386 villages des régions de Saint-Louis, Tambacounda et Kolda. Les projets de développement intégré avaient comme objectif, entre autres, l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants. L'évaluation de ces projets en 1991 a montré que le taux de malnutrition des enfants dans les villages où le projet était exécuté ne s'est pas amélioré par rapport aux villages témoins. Donc, le projet n'a pas eu d'impact nutritionnel significatif.

Dans le programme de coopération de 1992-96, les priorités sont d'appuyer: 1) l'Initiative de Bamako; les programmes de PEV et LMD; 2) la diminution de la malnutrition par la rééducation, de l'anémie causée par des carences en fer, en iode et en vitamine A; et 3) la promotion de l'allaitement maternel. Toutes ces interventions d'appui à la nutrition sont exécutées dans les zones qui ne sont pas appuyées par l'USAID. Dans le domaine de l'allaitement, l'UNICEF a été très impliqué dans la mise en place de la politique d'allaitement maternel et dans le développement des manuels de formation.

L'UNICEF a beaucoup appuyé la "micro-planification" des stratégies de SSP au niveau des districts avec l'utilisation d'une méthodologie intéressante de concertation entre les différents acteurs de développement et les populations. Les leçons devraient être tirées à partir de ces expériences pour leur utilisation à plus grande échelle.

Dans le domaine de l'IEC, l'UNICEF appuie en grande partie les stratégies de mobilisation sociale. Toutefois, la formation et les orientations méthodologiques fournies aux agents socio-sanitaires dans les districts/régions concernant cette approche restent toujours limitées. Le responsable de la mobilisation sociale à l'UNICEF est conscient du fait que les agents dans les régions n'ont pas suffisamment d'outils méthodologiques pour leur permettre de développer de façon adéquate des stratégies basées sur la MS. La possibilité d'une collaboration entre l'UNICEF et BASICS dans la production d'un manuel sur les "Approches Communautaires d'IEC/de Mobilisation Sociale" doit être explorée.

Pour le moment, il n'existe pas de mécanisme pour synthétiser les expériences et les leçons apprises avec les approches innovatrices que l'UNICEF favorise.

**Plan International:** Cette ONG internationale travaille principalement dans les zones de Saint-Louis, Pikine/Dakar, Louga et Thiès. Plan travaille beaucoup dans les programmes de SSP, d'alphabétisation dans les langues nationales; l'éducation primaire; l'approvisionnement en eau potable; le développement communautaire/la formation des leaders; la génération des revenus familiaux; et la promotion de la Convention des Nations Unies Relative aux Droits de l'Enfant.

Dans le domaine de la santé, l'ONG travaille au niveau communautaire dans la construction de centres et de cases de santé; la formation/le suivi des leaders et des groupes communautaires; et dans l'EPS. Les activités d'EPS portent sur: les MST/SIDA; les différents thèmes de SE (Paludisme, PEV, Nutrition, IRA, LMD). L'objectif des programmes de SSP est d'aider les communautés à initier des actions préventives ou curatives que les communautés peuvent éventuellement gérer elles-mêmes.

Dans le domaine de l'IEC des approches utilisées par Plan sont innovatrices et devraient être étudiées de façon plus systémique pour permettre la formulation des leçons utilisables ailleurs. Ces approches sont basées sur: l'implication active des différents groupes au sein de la société, à savoir les chefs religieux et traditionnels, les hommes, les femmes et les jeunes; l'utilisation des moyens de communication traditionnelle tel que les poèmes-chansons, et les réunions villageoises. Plan collabore également avec l'UNICEF dans l'utilisation d'un CINEBUS qui voyage de village en village et qui projette des vidéos sur le SIDA pour susciter une discussion sur ce problème.

**L'ONG Roussel Bertrand et la Coopération Italienne:** Dans le district de Louga, dans la région de Louga, cette ONG et la Coopération Italienne travaillent étroitement ensemble en appui aux programmes de SSP du MSPAS. Elles travaillent en grande partie sur l'Initiative de Bamako pour la mise en place des comités de santé et des caisses villageoises. Pour ce qui est des systèmes de gestion et de supervision qui sont mis en place, il sera intéressant d'exploiter leurs expériences afin de formuler des leçons pour les programmes/projets menés ailleurs.

Un autre axe de leurs programmes porte sur le projet "d'adoption des enfants" par les étudiants de l'école secondaire. Dans cette stratégie les étudiants "adoptent" des petits enfants qu'ils doivent suivre périodiquement chez eux. Ce projet a été monté en collaboration avec le Ministère de l'Education dans la région. D'abord les enseignants, et ensuite les étudiants eux-mêmes ont été formés en nutrition infantile et en conseils nutritionnels appropriés pour les différentes tranches d'âge. Ils sont censés visiter périodiquement leur enfant adoptif afin de suivre sa croissance. Les résultats initiaux semblent intéressants et il est important que cette expérience soit documentée, analysée, et que des leçons soient formulées pour une utilisation éventuelle ailleurs.

**L'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal (APSPSS):** Il y a 659 postes de santé au Sénégal, dont 85 privés. Soixante-huit de ces postes privés sont sous la tutelle des catholiques et ils ont tous des programmes de SMI/SE. Ces postes se trouvent surtout en milieu rural et dans toutes les régions du pays.

Ces postes sont au nombre de 14 dans la région de Ziguinchor, 1 dans la région de Louga et 17 dans l'ancienne région du Sine-Saloum qui maintenant est composée de la région de Kaolack et de Fatick. Les Projets PRITECH/BASICS ont collaboré de façon ponctuelle avec eux, spécifiquement dans le cadre de la formation de leur personnel. L'APSPSS est très réceptive à toute collaboration et proposition d'appui pour leurs programmes de SE.

Une autre catégorie importante d'ONG est celle qui appuie des programmes cliniques en PF. Dans les cas notamment de l'ASBEF et de SANFAM, elles souhaitent renforcer le volet survie de l'enfant/pédiatrie dans leurs programmes de services cliniques. Dans ce cadre, l'appui de BASICS auprès du personnel de ces organisations, en termes de matériel technique, matériel d'IEC et/ou de formation de ce personnel serait pertinent.

**SANFAM:** L'ONG qui s'appelle Santé de la Famille ou SANFAM, est une organisation qui travaille dans le secteur privé et parapublic afin de renforcer les structures de santé qui donnent des prestations de service en planification familiale. SANFAM travaille avec 45 cliniques, à Dakar et dans les régions, et fournit des appuis en formation, gestion, et logistique. D'après le Directeur de SANFAM, pratiquement toutes les cliniques qu'il appuie en PF ont des services de SMI. Le Directeur souhaite étendre leur appui aux cliniques pour inclure des services de SE. Dans ce cadre, il serait très intéressé par l'appui éventuel de BASICS pour veiller à ce que les agents de santé dans les 45 cliniques aient des connaissances à jour, du point de vue technique et pour ce qui est de la politique gouvernementale.

SANFAM travaille également avec les pharmacies dans le cadre de leur appui au PNPf. SANFAM a fourni une assistance technique aux pharmacies sous forme de formation en technologie contraceptive, en IEC et en prévention des MST.

**AFRICARE:** Au Sénégal, le seul programme d'intervention dans le domaine de la santé d'AFRICARE, appuie la SANFAM dans le renforcement des services de PF.

**ASBEF:** L'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial est affiliée à l'IPPF au Sénégal. L'ASBEF possède une clinique dans les régions de Dakar, Louga, Kaolack et Saint-Louis. Les services offerts par les cliniques englobent la PF, la SMI et le traitement des MST/SIDA. Les services de SMI consistent surtout en des consultations prénatales et de nourrissons. D'après le responsable des programmes au niveau national, l'ASBEF souhaiterait renforcer ses programmes de SMI/SE en renforçant les compétences de son personnel sanitaire et social sur les nouvelles connaissances et politiques relatives aux volets de SE.

Dans le domaine de l'IEC, l'ASBEF mène des expériences innovatrices surtout en ce qui concerne les stratégies communautaires avec: des réseaux d'animatrices communautaires qui animent des groupements de femmes à Kaolack, Fatick, Ziguinchor, et Saint-Louis; les Clubs ASBEF avec les hommes; les Clubs de Jeunes/ASC. Il serait bénéfique de discuter avec les personnes impliquées dans ces activités au niveau communautaire afin de formuler des leçons susceptibles d'être appliquées ailleurs.

Ci-dessous se trouve la liste des ONG qui travaillent dans le domaine de la santé dans les quatre régions appuyées par l'USAID.

**Louga:** Plan International  
Fondation Roussel Bertrand  
ASBEF  
Catholiques (1 poste)

**Fatick:** Plan International  
Catholiques (approximativement 8 postes)

**Kaolack:** Pas d'ONG  
Catholiques (approximativement 9 postes)

**Ziguinchor:** Catholiques (14 postes)

#### Conclusions:

A partir des informations recueillies au niveau des ONG, deux stratégies complémentaires de collaboration entre BASICS et les ONG travaillant dans les programmes de santé/SE sont envisagées.

- 1) Développer une stratégie de concertation périodique au sein de chaque région et entre les régions, entre les agents des ONG et du MSPAS afin de partager des expériences et les leçons apprises sur les stratégies de SSP et d'IEC
- 2) Développer un mécanisme pour assurer, de façon continue, un partage de stratégie/matériel d'IEC, et de documents de formation entre les programmes LMD/Nutrition du MSPAS, BASICS et les ONG impliquées dans la SE.

## **II. PLAN D'ACTION POUR LA COMPOSANTE IEC/EPS EN FAVEUR DE LA SURVIE DE L'ENFANT**

### Introduction:

A partir de l'analyse de la situation d'IEC/EPS en matière de SE, des propositions pour le Plan d'Action sont faites ici. Les grandes lignes de toutes ces propositions ont été discutées avec les agents du SANAS, lors de l'atelier PAP/BASICS des 22 et 23 février, ainsi qu'avec le Directeur et quelques agents du Service de l'Education pour la Santé. Il existe donc un consensus général concernant les points faibles dans les stratégies d'IEC exécutées jusqu'à présent et le besoin de réorienter des stratégies afin d'accroître leur efficacité et leur impact sur les comportements liés à la SE.

## **Principes de base:**

Il y a plusieurs principes ou concepts clés qui ont été respectés dans le développement des propositions incluses dans ce Plan d'Action.

### **1. Pérennisation (sustainability):**

Le choix des stratégies et des activités d'éducation et de communication à développer doit prendre en considération la possibilité d'être pérennisée/soutenue quand l'appui de BASICS prend fin. Plusieurs facteurs doivent être considérés dans le choix des activités et de matériel d'IEC qui contribuent à leur pérennisation: 1) Simplicité/complexité en termes technologiques; 2) Possibilité d'être utilisés/gérés par les agents socio-sanitaires et par les populations elles-mêmes; 3) Coûts initiaux et coûts récurrents requis pour leur utilisation.

### **2. Renforcement des structures et des acteurs de l'IEC au niveau communautaire et institutionnel:**

Beaucoup de stratégies d'IEC définissent "les structures et les acteurs de l'IEC" seulement dans la perspective des agents de développement des ministères, etc. Le principe retenu ici est que des stratégies d'appui à l'IEC doivent également identifier et essayer de renforcer les compétences des structures et des acteurs communautaires qui jouent déjà un rôle éducationnel/d'IEC auprès des populations, tels que les chefs communautaires et religieux, les femmes leaders, etc.

### **3. Intégration de la réalité socio-culturelle:**

Les stratégies devraient s'appuyer autant que possible sur les voies et moyens de communication traditionnelle. D'autre part, les éléments des valeurs, croyances et pratiques des populations relatifs aux thèmes de SE doivent être présents dans le contenu des activités et du matériel développés.

### **4. Décentralisation des compétences et stratégies d'IEC:**

Dans le passé les stratégies d'IEC dépendaient en grande partie des orientations, des priorités et du matériel élaborés au niveau central. Dans l'esprit de décentralisation qui oriente tous les programmes du Ministère actuellement, l'appui de BASICS doit renforcer le développement des compétences et des stratégies d'IEC au niveau des régions et surtout au niveau des districts.

5. Développement et exécution des stratégies d'IEC s'appuyant sur le processus d'apprentissage continu (Learning Process Approach):<sup>1</sup>

Il existe un consensus que les approches/les stratégies/le matériel d'IEC utilisés jusqu'à présent ne sont pas adéquats/suffisants pour promouvoir les changements de comportements et de santé voulus. En même temps, il semble nécessaire qu'il faille chercher une nouvelle stratégie d'approche en IEC. Bien que certaines grandes lignes d'une approche alternative existent déjà, il n'y a pas de recettes quant au type de réorientation de l'IEC nécessaire pour obtenir des résultats plus importants. Pour cette raison, les propositions d'appui dans ce plan sont basées sur le développement et exécution des stratégies d'IEC s'appuyant sur le processus d'apprentissage continu. Plusieurs mécanismes sont proposés pour que, de façon continue, les approches innovatrices et prometteuses soient testées, documentées, analysées/évaluées, et que les leçons de ces expériences soient formulées et disséminées.

Axes principaux du Plan d'Action pour l'IEC/SE:

Ce narratif décrit les six grands axes des propositions pour l'IEC, dont toutes les stratégies et activités se retrouvent dans le plan de travail.

**Proposition no 1:** Réviser l'approche globale d'IEC et les méthodologies utilisées dans les activités au niveau communautaire aussi bien qu'au niveau des structures de santé en faveur des approches basées sur la participation, le partenariat et les réalités socio-culturelles locales.

**Proposition no 2:** Améliorer la qualité de l'accueil au niveau des structures de santé et la qualité ainsi que la pertinence des conseils donnés pour la prise en charge des diarrhées/de la nutrition à domicile par les agents de santé afin d'accroître l'application de ces conseils.

**Proposition no 3:** Renforcer l'utilisation des stratégies d'IEC en dehors des structures de santé basées sur l'approche communautaire/de mobilisation sociale.

**Proposition no 4:** Etudier et disséminer des expériences sur les approches d'IEC et de santé communautaire qui sont innovatrices et prometteuses.

**Proposition no 5:** Instaurer un partenariat avec les journalistes de la presse, de la radio et de la télévision pour la promotion de la Survie de l'Enfant de manière continue.

**Proposition no 6:** Développer un partenariat avec les ONG afin d'exploiter leurs expériences innovatrices dans les domaines des approches communautaires de SE et de l'IEC à base communautaire, et de collaborer avec elles dans la réalisation des objectifs nationaux de SE.

---

<sup>1</sup> Le terme "Learning Process Approach" a été proposé par David Korten (1980) afin de suggérer le besoin pour des programmes de développement d'établir des mécanismes destinés à assurer un apprentissage systématique et continu pendant l'exécution des programmes.

Pour chacun de ces propos, le bien-fondé est présenté, et des stratégies, objectifs et activités sont définis. Les appellations des "stratégies", "objectifs" et "activités" ne correspondent pas nécessairement aux appellations qui se trouvent dans le plan de travail. Par ailleurs, la relation entre ces éléments dans ce document et ceux qui sont inclus dans le plan de travail sera indiquée dans une version ultérieure de ce document.

**Proposition no 1:** Réviser l'approche globale d'IEC et les méthodologies utilisées dans les activités au niveau communautaire aussi bien qu'au niveau des structures de santé en faveur des approches basées sur la participation, le partenariat et les réalités socio-culturelles locales.

**Bien-fondé:** La plupart des stratégies et des activités d'IEC exécutées jusqu'à présent par les agents du MSPAS sont basées sur l'approche classique où l'accent est mis sur la transmission de messages à la population. L'augmentation de l'efficacité des stratégies d'IEC/EPS dépend de l'instauration d'une approche fondamentalement différente qui est plutôt basée sur: le développement du dialogue, la négociation et le partenariat entre les agents socio-sanitaires, les autres acteurs de développement et les populations; le développement de stratégies basées sur les structures et valeurs socio-culturelles existantes en vue de changements des normes sociales au sein de la population. Cette approche alternative est déjà employée par certains agents du MSPAS et des ONG.

Une ressource importante pour ce processus de révision des stratégies est le noyau de personnes/d'organisations dans le secteur public et privé (ONG) qui applique déjà cette approche alternative. Entre autres, le nouveau Directeur de l'Education pour la Santé insiste sur l'importance de revoir les bases conceptuelles de l'approche d'IEC qui prédomine jusqu'à présent et qui est donc très favorable à ce propos.

Le changement d'orientation globale d'approche en IEC demandera des concertations avec des différents partenaires impliqués dans l'IEC afin d'arriver à un consensus sur les éléments d'une approche alternative en termes du type d'activités et de matériel d'IEC à privilégier. Ensuite le développement des outils méthodologiques de travail, du matériel didactique et de la formation sera nécessaire pour promouvoir l'adoption de la nouvelle approche.

**Stratégie no 1:**

Se concerter avec les partenaires de programmes d'IEC/EPS du MSPAS et des ONG afin d'élaborer une proposition révisée de l'approche de l'IEC/EPS à adopter dans toutes les stratégies d'IEC/EPS.

**Objectif:** En 1999, 80 pour cent des agents d'EPS du niveau régional et de district seront capables de développer des Plans d'Action d'IEC basés sur: les facteurs clés de la réalité socio-culturelle locale; les activités de dialogue/participation/négociation et de partenariat avec les différents acteurs communautaires et institutionnels.

### **Activités:**

1. Organiser des rencontres avec des agents/organisations impliqués dans les approches innovatrices d'IEC au niveau communautaire (MSPAS et ONG, etc.), pour inclure des expériences à l'utilisation des moyens de communication traditionnelle, afin d'évaluer et de formuler des leçons tirées de leurs expériences. (Cette activité est préalable à la suivante.)
2. Organiser un ou plusieurs ateliers de concertation (2-3 jours) sur les orientations d'approche globale en IEC à privilégier dans les stratégies d'IEC. Les personnes impliquées dans ce processus doivent comprendre au minimum: les agents d'EPS des niveaux central, régional et de district; les agents sociaux du niveau régional et de district qui collaborent avec les programmes du MSPAS à ces niveaux; les agents des ONG qui ont mené des expériences innovatrices en IEC dans la ligne de l'approche alternative. Les éléments clés qui doivent être analysés lors de cette concertation doivent inclure: la définition de l'approche de communication et d'éducation à privilégier; les partenaires d'autres institutions à impliquer; le rôle du SEPS dans la nouvelle démarche; les types d'activités et du matériel d'IEC à privilégier. (Cette liste n'est pas exhaustive).
3. Préparer un document de synthèse de l'atelier de concertation. Le document doit inclure les éléments clés listés dans l'activité no. 2.
4. Disséminer le document à: tous les agents d'EPS et sociaux aux niveaux district, région et central; toutes les ONG impliquées dans l'IEC/SE; ENDSS
5. Suivre l'application des orientations de la nouvelle approche au moment de l'élaboration des Plans d'Action annuels des districts et régions

**Proposition no 2:** Améliorer la qualité de l'accueil au niveau des structures de santé et la qualité ainsi que la pertinence des conseils donnés pour la prise en charge des diarrhées/de la nutrition à domicile par les agents de santé afin d'accroître l'application de ces conseils.

**Bien-fondé:** La distance géographique est un facteur qui contribue à la faible utilisation des services de santé par les mères et les familles des jeunes enfants. Toutefois, d'autres facteurs importants qui découragent les populations d'utiliser des services de santé, tant préventifs que curatifs, et de suivre les conseils donnés, sont la qualité médiocre de l'accueil/de la communication interpersonnelle de la part des agents, le manque de considération accordé aux croyances, pratiques et ressources des familles dans la formulation des conseils donnés. Dans la plupart des cas, le personnel de santé ne prend pas en considération le diagnostic de la maladie fait par la mère, pas plus que le traitement déjà administré à domicile.

D'autre part, la majorité du personnel conçoit le but de la communication comme un transfert d'explications à la mère quant à ce qu'elle doit faire, et non comme un processus de dialogue et de négociation pour identifier une stratégie qui est acceptable et faisable de sa part.

Les compétences des agents de santé doivent être améliorées pour assurer: 1) que les diagnostics faits et les conseils donnés prennent en considération le parcours thérapeutique des clients<sup>2</sup> (health-seeking processes) qui relève de leur contexte socio-culturel; 2) que les conseils donnés soient techniquement appropriés; et 3) que les consultations sont menées sur la base de l'écoute, du dialogue et de la négociation des conseils à suivre.

**Stratégie no 1:** Améliorer les compétences en communication interpersonnelle des agents de santé au sein des structures de santé lors des consultations de SE.

**Objectif:** En 1999, 80 pour cent des agents au sein des structures de santé démontreront des compétences en communication interpersonnelle adéquate à deux égards: 1) les diagnostics faits et les conseils donnés prennent en considération le parcours thérapeutique des clients; et 2) les consultations sont menées et les conseils sont donnés sur la base d'une approche de négociation.

**Activités:**

1. Développer trois supports éducatifs sur les trois règles de prise en charge des maladies diarrhéiques (une affiche, une feuille-image plastifiée ["counselling card"] et une feuille volante [avec les mêmes éléments que ceux sur le "counselling card"])
2. Identifier les besoins en formation en communication interpersonnelle des ICP à partir des observations (lors des consultations des enfants malades) et des interviews avec un échantillon des Chefs de Poste dans les quatre régions pour identifier des comportements de base en communication afin d'identifier leur niveau de compétence et leurs besoins en formation.
3. Développer un module de formation en communication interpersonnelle destiné aux ICP (intégrant des éléments du module OMS "Comment Conseiller les Mères"). Dans le module l'accent sera mis sur: 1) les éléments qui relèvent du contexte socio-culturel à savoir, le système de santé populaire, le parcours thérapeutique des clients, le rôle du système traditionnel de soins, les pratiques traditionnelles relatives à la LMD/Nutrition; 2) la notion de la communication basée sur l'écoute, le dialogue et la négociation.

---

<sup>2</sup> Le *parcours thérapeutique* inclut: les différentes personnes impliquées dans le diagnostic et traitement de la maladie à domicile et au sein de la communauté à savoir les femmes âgées, les tradipraticiens, etc; les différentes interventions thérapeutiques réalisées dès l'apparition de la maladie. Le diagnostic fait et les conseils donnés à un client devraient prendre en compte ces éléments.

Le module peut être composé d'éléments d'auto-formation, d'exercices de groupes à mener au niveau des districts, ainsi que d'un atelier de formation.

4. Réaliser des séminaires de formation pour tous les ICP et EPS/District.
5. Développer ou identifier des articles/études de cas à distribuer périodiquement aux ICP et EPS/District sur l'importance de la communication interpersonnelle dans l'accueil au niveau des structures.
6. Développer des "guides" pour la supervision relative à la communication interpersonnelle.
7. Dans un échantillon de structures de santé dans les quatre régions, mener des observations et interviews avec des agents afin d'évaluer des comportements en communication interpersonnelle.

**Stratégie no 2:** Recueillir des informations qualitatives complémentaires sur les CAP des mères, des femmes âgées, des pères et des tradipraticiens concernant la LMD et la Nutrition comme base pour la révision du contenu de la formation en IEC.

**Activités:**

1. Faire une synthèse des informations quantitatives et qualitatives déjà disponibles sur les CAP des populations de chaque groupe ethnique prédominant dans les quatre régions (Wolof, Serrer, Peul/Toucouleur, Mandingue, Diola) en matière de LMD et de Nutrition.
2. Identifier les lacunes dans l'information disponible par rapport aux aspects prioritaires de la prévention et de la prise en charge pour les LMD et la Nutrition.
3. Mener des études qualitatives sur les CAP de chaque groupe ethnique.
4. Préparer de petits documents de synthèse des résultats, à la portée des agents de terrain.
5. Utiliser ces informations dans le développement des modules d'IEC/communication interpersonnelle et aussi pour les modules d'IEC/approche communautaire (Proposition no 3).

**Proposition no 3:** Renforcer l'utilisation des stratégies d'IEC en dehors des structures de santé basées sur l'approche communautaire/de mobilisation sociale.

**Bien-fondé:** La survie de l'enfant est décidée principalement au sein de la famille et de la communauté par la mère et les personnes autour d'elle qui influencent son comportement. Pour accroître l'impact des activités d'IEC sur la SE, l'accent doit être mis sur les activités qui impliquent et ont un impact sur les connaissances et attitudes des personnes qui définissent les normes communautaires/sociales relatives à la prévention et à la prise en charge des maladies diarrhéiques et de la nutrition (à savoir les chefs traditionnels et religieux, les tradipraticiens, les femmes leaders), ainsi que sur ceux qui influencent directement les mères (à savoir les femmes âgées, les hommes, les groupements de femmes).

Les connaissances et les compétences des responsables d'EPS au niveau des districts/ régions, et en deuxième lieu des Chefs de Poste (ICP), doivent être renforcées progressivement pour qu'ils développent des stratégies et des activités qui visent des acteurs communautaires clés. Toutefois, des actions d'IEC communautaire doivent être identifiées pour être menées et pérennisées sans la présence soutenue des agents d'EPS ou des ICP. Ces agents doivent apprendre comment mobiliser les partenaires communautaires et d'autres institutions de développement pour mener à bien leurs propres actions en faveur de la SE. Dans cette optique, les agents doivent apprendre comment développer avec les acteurs communautaires l'utilisation des moyens de communication traditionnelle (poèmes-chansons, sketches, histoires, réunions communautaires, etc.) et du matériel éducatif simple (des jeux, des dessins-affiches, des bandes dessinées).

Dans toutes ces actions, la collaboration entre les agents de santé et les agents sociaux, qui font partie du même Ministère (MSPAS), doit être augmentée au niveau des districts.

**Stratégie no 1:** Renforcer les connaissances et les compétences des agents socio-sanitaires dans le développement et l'exécution des stratégies d'IEC/SE se fondait sur l'approche communautaire/de mobilisation sociale.

**Objectif no 1:** En 1999, 80 pour cent des agents d'EPS du niveau régional et de district seront capables de développer et d'exécuter des Plans d'Action d'IEC/SE communautaire qui mettent l'accent sur l'implication des acteurs leaders essentiels dans le développement et réalisation des activités.

**Objectif no 2:** (A partir des mêmes éléments de contenu utilisés pour les ICP et les responsables d'EPS) Développer un/ou plusieurs modules de formation en IEC/SE basés sur l'approche communautaire pour l'intégration dans le programme d'enseignement des écoles socio-sanitaires de l'ENDSS. (Ce ou ces modules doivent être préparés non seulement pour les écoles à Dakar mais également pour l'Ecole de Formation de la Brigade d'Hygiène à Khombole.)

#### **Activités:**

1. Recensement des connaissances et aptitudes des agents d'EPS et des ICP relatives à l'approche communautaire/de mobilisation sociale.

2. Concertation avec les personnes/organisations (surtout des ONG) ayant beaucoup d'expérience de cette approche pour formuler des leçons et pour définir le contenu du manuel à produire.
3. Rédaction d'un manuel par un consultant (Cette activité ne devrait pas être trop participative sinon elle peut prendre des années à finaliser). (Il faudra explorer les possibilités de collaboration avec l'UNICEF dans le cadre de ses activités d'appui à la mobilisation sociale.) Actuellement, les agents d'EPS n'ont pratiquement aucun matériel de référence sur les approches communautaires d'IEC, alors que ce matériel sera un élément de base fondamental pour arriver à l'objectif no 1.
4. Distribution et discussion du brouillon du manuel.
5. Impression du manuel, présentation/discussion au niveau des régions/districts.
6. Préparation d'un module de formation en IEC/EPS sur l'approche communautaire/de mobilisation sociale. En effet, à partir des mêmes éléments de contenu, on doit avoir un module pour les responsables d'EPS (niveau régional et de district) et un autre, moins étoffé, pour les ICP.

En ce qui concerne les modalités de formation envisagées pour cette formation, on propose que la formation consiste en quatre composantes: 1) *auto-formation* (à base de textes à étudier et d'exercices à faire dans un livret); 2) *exercices de terrain* à mener et analyser, par exemple, "Interviewer 2 chefs communautaires sur leurs perceptions des problèmes communautaires de santé"; et 3) *séances de travail en petits groupes* (les ICP au niveau des districts et les EPS au niveau de la région) avec les autres agents; 4) *atelier de formation* pour partager des apprentissages individuels et de groupes et pour compléter ces enseignements.<sup>3</sup>

Contenu de la formation: Entre autres, la formation doit introduire les agents au recueil de données qualitatives. C'est à partir de l'analyse des données recueillies sur les LMD/Nutrition que les activités et petits matériel d'IEC élaborés par les agents de district/région eux-mêmes.

7. Utilisation des modules de formation, y compris les ateliers de formation.
8. Suivi du développement des activités et de petit matériel d'IEC au niveau de chaque district.

---

<sup>3</sup> Ces idées concernant cette approche innovatrice de formation sont similaires à celles proposées par Sérigne Diene dans son chapitre sur la nutrition. Ce concept a été discuté à fond pendant l'atelier du PAP avec les collègues du MSPAS. Un des Médecins-chefs de district (Fatick) était très enthousiaste et est ouvert à l'essai d'une telle approche dans son district. Plus tard nous avons discuté la possibilité de choisir un district par région.

8. Suivi du développement des activités et de petit matériel d'IEC au niveau de chaque district.
9. Suivi du processus de préparation des Plans d'Action annuels pour renforcer les activités d'IEC visant/impliquant les acteurs communautaires.

**Stratégie no 2:** Appuyer les régions/districts pour l'élaboration des activités/du matériel éducatifs LMD basés sur des moyens de communication traditionnels.

**Objectif no 2:** En 1999, 90 pour cent des agents d'EPS et des ICP auront utilisé des moyens de communication traditionnelle (chansons, histoires et réunions communautaires) dans leurs stratégies d'IEC/SE.

**Bien-fondé:** Jusqu'à présent, les expériences au Sénégal concernant l'utilisation des moyens de communication traditionnelle dans la promotion de la santé sont limitées. Cependant, ces expériences sont prometteuses dans la mesure où: 1) les moyens/activités tels que les réunions communautaires, les poèmes-chansons combinés avec des danses, les histoires/contes/sketchs, sont connus par les populations et sont généralement appréciés par elles; 2) les gens ont plus tendance à participer à ces activités qu'à certains autres types d'activités de communication "modernes" et, par conséquent, l'apprentissage est favorisé quand la participation des gens est plus importante; 3) ces moyens de communication peuvent être développés et gérés par les populations elles-mêmes, ce qui peut contribuer à leur pérennisation. Peu d'agents de santé ont l'habitude d'utiliser ces moyens simples et populaires de communication. Les agents sociaux et de santé doivent être introduits à ces approches et encouragés à les utiliser.

**Activités:**

1. Recenser les personnes/institutions (ONG) qui ont une expérience des moyens/techniques traditionnels de communication afin de générer des leçons apprises.
2. Préparer un livret sur les leçons apprises à diffuser aux agents du MSPAS et aux ONG dans les régions et au niveau central.
3. Sous forme de livret, développer des orientations méthodologiques à suivre dans l'utilisation de chansons et de scénarios avec les partenaires au niveau des districts.
4. Organiser des séances de formation avec les agents d'EPS de chaque district pour: 1) les introduire à la méthodologie; 2) leur permettre de développer des activités éducatives à base des chansons et scénarios.
5. Suivre l'utilisation des moyens de communication traditionnelle dans chaque district et documentation des leçons apprises.

**Proposition no 4:** Etudier et diffuser de façon continue des expériences sur les approches d'IEC/de santé communautaire qui sont innovatrices et prometteuses.

**Bien-fondé:** D'une façon générale, les stratégies d'IEC dans les Plans d'Action des régions et des districts se basent sur les approches/techniques d'IEC qui sont classiques et assez limitées en termes de variété (les causeries, les conférences, l'utilisation des affiches et des boîtes à images). Par ailleurs, l'efficacité de ces approches n'est pas démontrée. Les agents de terrain (d'EPS et les ICP) n'ont pratiquement pas d'accès aux informations sur des approches/techniques alternatifs qu'ils pourraient utiliser.

En même temps, il y a des expériences innovatrices dans le pays, souvent peu connues, qui sont menées par certains agents du MSPAS et des ONG, qui semblent être efficaces pour ce qui est de la réceptivité de la population et de l'impact sur ses attitudes et comportements. (Par exemple, l'utilisation des chefs de village comme "communicateurs pour la santé", l'utilisation des jeux sur la santé, du théâtre et des chansons sur les thèmes de santé, l'utilisation des "counselling cards" pour l'éducation nutritionnelle.) Egalement, dans d'autres pays de la sous-région, il y a des expériences innovatrices en IEC communautaire.

Dans la recherche d'une nouvelle approche de l'IEC, il est important de développer un système/mécanisme pour identifier, documenter, analyser et formuler des leçons apprises à partir de ces expériences et de les mettre à la portée des agents impliqués dans l'IEC/EPS. Afin d'impulser un Processus d'Apprentissage Continu relatif aux stratégies d'IEC, il faut identifier une série de mécanismes qui puissent fonctionner pendant toute la vie du projet.

**Stratégie no 1:** Organiser des réunions périodiques de concertation avec les agents du MSPAS et des ONG afin d'analyser/d'évaluer des expériences en IEC menées au niveau communautaire et d'identifier des réussites et des contraintes, et de formuler les leçons apprises.

**Objectif no 1:** Dans chaque région organiser une réunion de concertation par an pour les partenaires du MSPAS et des ONG.

**Activités:**

1. Développer un simple guide méthodologique pour l'organisation des réunions d'analyse/d'évaluation des expériences de terrain en IEC.
2. Identifier les expériences innovatrices en IEC menées par les agents du MSPAS et des ONG au niveau des régions/districts.
3. Organiser des réunions de concertation dans chaque région pour les agents socio-sanitaires de la région.

4. Synthétiser les leçons développées dans chaque région et les disséminer dans les autres régions.

**Stratégie no 2:** Développer des "Fiches d'Information" sur des expériences innovatrices en IEC.

**Objectif no 2:** Développer un nombre de Fiches d'Information par an et les diffuser aux agents du MSPAS, des ONG, et à l'ENDSS.

**Activités:**

1. Identifier et analyser de façon continue des expériences de stratégies IEC à base communautaire au Sénégal et dans d'autres pays dans la sous-région.
2. Développer des Fiches d'Information sur des expériences innovatrices.
3. Distribuer les Fiches d'Information périodiquement aux agents de districts et à l'ENDSS.
4. A la fin de quatre ans préparer un document récapitulatif de toutes ces expériences accompagné d'une synthèse analytique.

**Proposition no 5:** Instaurer un partenariat continu avec les journalistes de la presse, de la radio et de la télévision pour la promotion de la Survie de l'Enfant de manière continue.

**Bien-fondé:** Dans le passé, la formule la plus courante de collaboration avec les mass media était basée sur la production et la diffusion de spots/programmes de radio à la demande des programmes de santé et en fonction de l'appui financier disponible de la part des bailleurs de fonds. Cette stratégie a créé un genre de dépendance sur les programmes/projets/bailleurs de fonds. Pour assurer la promotion des thèmes de Survie de l'Enfant de façon continue, il faudrait initier une approche innovatrice à la collaboration avec les medias basée sur le **PARTENARIAT** et la notion de **DEFI** pour mobiliser les medias pour qu'ils contribuent plus activement à la résolution des problèmes de santé des enfants sénégalais.

**Stratégie:** Développer un partenariat avec la presse (étatique et privée), la radio (national et régionale, étatique et privée) et éventuellement la T.V. afin de définir leur contribution à la résolution des problèmes de SE et de définir leur besoins en assistance technique.

**Activités:**

1. Organiser des réunions de concertation avec les journalistes de la presse, radio et télévision pour identifier les modalités de collaboration.
2. Former les journalistes sur les différents thèmes de SE.

3. Organiser des réunions périodiques de concertation avec eux.

**Proposition no 6:** Développer un partenariat avec les ONG afin d'exploiter leurs expériences innovatrices dans le domaine des approches communautaires de SE et d'IEC, et de collaborer avec elles dans la réalisation des objectifs nationaux en matière de SE.

(Noter que beaucoup d'éléments de collaboration avec les ONG sont inclus dans les cinq autres propositions.)

**Bien-fondé:** Il y a des expériences innovatrices et prometteuses menées par les ONG internationales et quelques grandes ONG locales, dans le domaine de la santé communautaire/SSP et d'IEC à base communautaire. Malheureusement, la plupart de ces expériences sont peu documentées et peu connues par d'autres agents du MSPAS et d'ONG. Il est important d'analyser ces expériences et de disséminer les approches et leçons apprises aux autres.

Par ailleurs, il est aussi important de renforcer/assurer l'application des politiques des programmes de SE du MSPAS pour assurer une harmonisation des actions de SE dans le pays. La collaboration entre la plupart des ONG internationales et le gouvernement semble bonne. Néanmoins, il faut veiller à ce que les ONG soient périodiquement informées des nouvelles orientations/priorités du MSPAS.

Il y a beaucoup de petites ONG locales qui disent qu'elles travaillent dans le domaine de la santé/SE. Une recherche doit être menée auprès d'elles pour connaître plus précisément les activités qu'elles mènent et pour identifier des modalités éventuelles d'appui en assistance technique, matériel didactique, etc.

**Stratégie no 1:** Elaborer une stratégie de concertation périodique au sein de chaque région et entre les régions, entre les agents des ONG et du MSPAS afin de partager les expériences et les leçons apprises sur les stratégies de SSP and d'IEC.

**Stratégie no 2:** Développer un mécanisme pour assurer un partage de stratégie/matériel d'IEC, et de documents de formation entre les programmes LMD/Nutrition du MSPAS, BASICS et les ONG impliquées dans la SE de façon continue.

## **LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

### **Personnel des ONG**

#### **Plan International:**

Craig Stein, Directeur  
Fatou Dieme, Responsable d'EPS/SIDA

#### **World Vision:**

Tom Vintimiglia, Bureau Régional

#### **ASBEF:**

Mme Aminata Touré, Responsable de Programmes  
M. Adam Piuye, Responsable d'IEC  
Adama Diop, Ex-Directrice de l'ASBEF

#### **SANFAM**

M. Alpha Dieng, Directeur  
Mme Aminata Niang, Sage-Femme, Formatrice  
Dr Abdoulaye Sadio, Monitoring/Evaluation Unit

#### **UNICEF**

Mme Anna Bathily, Responsable de la Mobilisation Sociale  
Dr Lénin Guzman, Responsable de SSP

#### **AFRICARE**

Dr Derosena, Responsable du Projet PF

#### **AIDSCAF/FHI:**

Agathe Lawson, Responsable d'IEC

#### **MSH/Projet Survie de l'Enfant et de Planification Familiale**

Bob de Wolf, Responsable d'IEC

### **MSPAS/Niveau Central**

#### **Direction de Santé Publique et de l'Hygiène**

Dr Lamine Cissé Sarr, Directeur  
Dr Gaye, Directeur des Grandes Endémies

## **SANAS**

Dr Mocktar Mbaye, Directeur  
Mamadou Diouf, Adjoint au Directeur  
Dr Abdoulaye Samb, Responsable des Régions Appuyées par l'USAID  
Mme Aita Ndiaye

## **Service de l'Education pour la Santé**

Dr Saer Maty Ba, Directeur  
Aly Ndiaye  
Mme Diallo

## **Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire**

Dr Fodé Diouf, Directeur

## **Programme National de Planification Familiale**

M. Cheikh Bamba Diop, Adjoint au Directeur de l'IEC et responsable de la recherche

## **MSPAS/Niveau Régional**

### **Ziguinchor:**

Mme Harris Fatou, Superviseur de SMI/PF  
Abdou Senn, Superviseur de SSP  
Madame Diabang, Superviseur d'EPS  
Mme Seinabou Ndiaye, Superviseur LMD

### **Fatick:**

Bachirou Ndiaye, Superviseur SSP  
Mambou MBow, Superviseur d'EPS  
Gérard Dionne, Superviseur de LMD/BRUN

### **Louga:**

Dr Ndiaye, Médecin-Chef Régional  
Dr Mamadou Dia, Médecin-Chef du District de Kebemere  
Ibrahima Touré, Superviseur SSP du District de Kebemere  
Aboubakr Ba, Agent d'Hygiène/Responsable de l'EPS

### **Kaolack:**

Dr Abdoulaye Ly, Médecin-Chef Régional  
Mme Emilie Ndao, Superviseur de SMI/PF  
M. Malamine Sarr, Superviseur SSP/BRUN  
M. Ngor Ndiaye, Directeur des Etudes CRF/Kaolack  
M. Saboye Diagne, Responsable d'EPS

**Ministère de la Femme et de l'Enfant**

Mme Mbaye, Conseiller Technique, Responsable du Programme Enfant  
M. Amadou Dem, Responsable du Programme Famille  
Mme Astou Diop Diagne, Responsable du Programme Femmes