PN-ABH-629

AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
PPC/CDIE/DI REPORT PROCESSING FORM

ENTER INFORMATION ONLY IF NOT INCLUDED ON COVER OR TITLE PAGE OF DOCUMENT

1. Project/Subproject Number: 931-1018

2. Contract/Grant Number: DPE-1018-C-00-5063-00

3. Publication Date:

4. Document Title/Translated Title: Communication for Child Survival/Communication Pour la Survie de L'Enfant

5. Author(s)
1.
2.
3.

6. Contributing Organization(s)

7. Pagination

8. Report Number

9. Sponsoring A.I.D. Office

10. Abstract (optional - 250 word limit)

11. Subject Keywords (optional)
1.
2.
3.
4.
5.
6.

12. Supplementary Notes

13. Submitting Official: Mark Rasmuson

14. Telephone Number: 202-862-1919

15. Today's Date: 4-22-91

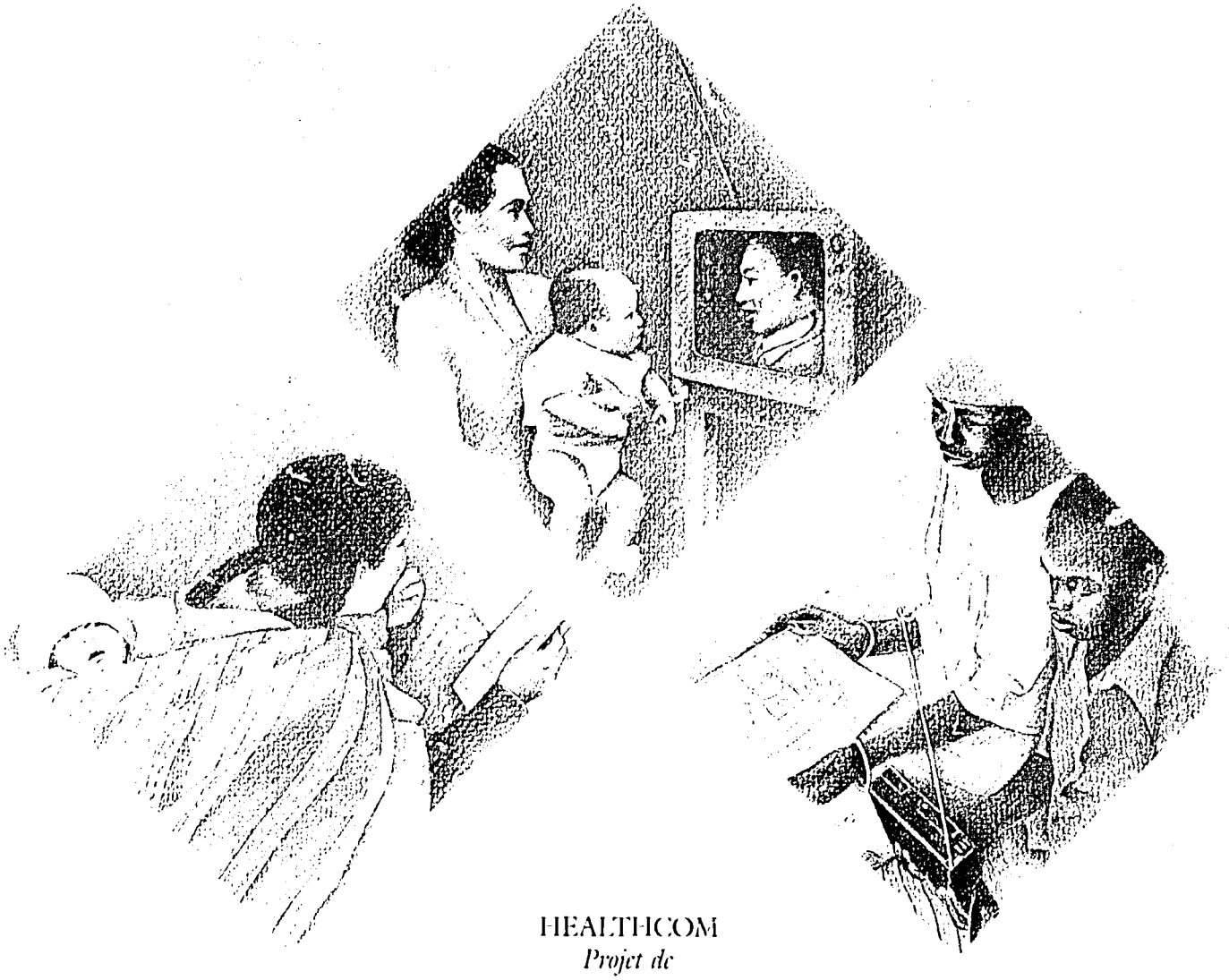
DO NOT write below this line

16. DOCID

17. Document Disposition: DOCRD [ ] INV [ ] DUPLICATE [ ]

AID 590-7 (10/88)

COMMUNICATION



HEALTHCOM
Projet de
L'AGENCE
DES ETATS-UNIS
POUR LE DEVELOPPEMENT
INTERNATIONAL

POUR LA SURVIE DE L'ENFANT

COMMUNICATION POUR LA SURVIE DE L'ENFANT

préparé par

Mark R. Rasmuson
Renata E. Seidel
William A. Smith
Elizabeth Mills Booth

Juin 1988
Washington, D.C.

Communication pour la survie de l'enfant, HEALTHCOM
projet réalisé par
l'Académie pour le développement de l'éducation
avec
The Annenberg School of Communications,
Université de Pennsylvanie
Applied Communication Technology
Porter/Novelli
PATH/PIACT

pour
l'Agence des Etats-Unis pour le développement international
Bureau de la science et de la technologie
Office de la santé et office de l'éducation

Les trois dessins reproduits sur la couverture de cette publication sont le travail d'Elizabeth Wolf.
Les photographies reproduites dans le présent manuel sont de: Elizabeth Mills Booth (page 2); Robert Clay (page 81); División de Educatión para la Salud, Ministerio de Salud Pública de Honduras (pages 13, 14, 20, 23, 27, 29, 38, 43, 54, 62, 66, 71, 76, 83) María García Farr (pages 5, 61, 65, 131); Steve Fitzgerald (page 7); A.S. Kochar (page 10); Reynaldo Pareja (page 70); Mark R. Rasmuson (pages 57, 72, 100, 141); William A. Smith (pages 31, 50, 73).

Pour de plus amples informations ou pour obtenir d'autres exemplaires, prière de contacter:

HEALTHCOM Project
Academy for Educational Development
1255 23rd Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20037 U.S.A.
Tel. (202) 862-1900 Fax: (202) 862-1947

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS viii

PREMIERE PARTIE:
VUE D'ENSEMBLE DE LA COMMUNICATION POUR LA SANTE PUBLIQUE

INTRODUCTION 2

CHAPITRE 1: L'EVOLUTION DE LA COMMUNICATION POUR LA SANTE PUBLIQUE 5

Les approches fragmentaires du passé 6
Les éléments du changement 6
La communication pour la santé publique: de quoi s'agit-il? 7

CHAPITRE 2: LE CADRE THEORIQUE - MARKETING SOCIAL, ANALYSE COMPORTEMENTALE ET ANTHROPOLOGIE 9

Le marketing social: Principe organisateur 10
Analyse comportementale: Sélection des messages et une meilleure instruction 13
Anthropologie: Le comportement dans son cadre 15
Une combinaison gagnante 17

DEUXIEME PARTIE:
METHODOLOGIE DE LA COMMUNICATION POUR LA SANTE PUBLIQUE

VUE D'ENSEMBLE: ANATOMIE DE LA COMMUNICATION 20

CHAPITRE 3: ANALYSE DU PROBLEME SANITAIRE 23

Analyse épidémiologique 24
Analyse comportementale 25

Supplément: Profil des comportements
Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques au Honduras 26

CHAPITRE 4: RECHERCHE PRELIMINAIRE 29

Le programme de recherche 30
Collecte des données 32
Définition des objectifs du programme 33

Supplément: Techniques de recherche préliminaire 34

CHAPITRE 5: ELABORATION DE LA STRATEGIE 41

Segmentation du public 42
Stratégie concernant la présentation du produit 43
Stratégie concernant le comportement 45
Stratégie de distribution et de formation 47
Stratégie des messages et stratégie artistique 48
Stratégie médiatique 50
Stratégie institutionnelle 52

Supplément: Emploi des mass média 53

CHAPITRE 6: LE TEST DU MATERIEL ET DES STRATEGIES 57

Test des produits 58
Test de marché 59
Essais de comportement 59
Prétest du matériel 60
Gestion du prétest 60

CHAPITRE 7: MISE AU POINT DU PLAN D'ACTION 61

Supplément: Le plan d'action de la Gambie 63

CHAPITRE 8: INTERVENTION 65

Réalisation 66
Distribution 66
Formation 69

Supplément: Conception de stratégies d'apprentissage efficaces 71

CHAPITRE 9: SUIVI ET EVALUATION 73

Suivi 74
Révisions à mi-parcours 74
Evaluation 75
Choix difficiles 82

Supplément: Exemple d'un plan de suivi de programme 83

CHAPITRE 10: GESTION ET INSTITUTIONNALISATION DU PROGRAMME 85

Gestion conjointe 86
Compétences fondamentales 86
Activités du ministère de la Santé 87
Autres modèles de gestion 88
Institutionnalisation 89
Comment mesurer la réussite 91

LISTES DES FIGURES

Figure 2-1: Marketing social 12
Vue d'ensemble: Anatomie de la communication 21
Figure 3-1: Transmission et lutte contre les maladies diarrhéiques 24
Figure 3-2: Mode de réponse maternelle 25
Figure 5-1: Critères d'évaluation du comportement 46
Figure 5-2: Etapes du message pour le programme de la TRO au Honduras—1981-1983 48
Figure 5-3: Système de prestations du programme de la TRO au Honduras 51

ANNEXE A:

Campagne nationale de communication pour la TRO: Egypte 94
Mass média et pratiques sanitaires: Honduras 95
Campagne de publicité sur la nutrition: Tunisie 97
Loterie bébé heureux: Gambie 99
Promotion de sel iodé: Pakistan 101
L'homme est la santé: Tanzanie 102

ANNEXE B: ECHANTILLONS DE MATERIEL

Maquettes de produits 106
Instructions et fiches sur les produits 109
Matériel didactique 112
Activités promotionnelles 124
Emblèmes, enseignes et slogans 132
Matériel motivant 137
Médias interactifs 140

ANNEXE C: BIBLIOGRAPHIE CHOISIE

Références de méthodologie choisies 146
Documents des Projets MMHP et HEALTHCOM 149

REMERCIEMENTS

La communication pour la survie de l'enfant est un manuel préparé pour l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, Bureau de la science et de la technologie, Office de la santé et office de l'éducation. Ce manuel a été préparé par l'Académie pour le développement de l'éducation. Copyright (c) 1988 l'Académie pour le développement de l'éducation. Le document peut être reproduit si toutes les sources sont signalées.

Le présent manuel a bénéficié du soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (A.I.D.) par l'intermédiaire du Projet sur la communication pour la survie de l'enfant ou HEALTHCOM (d'après le sigle anglais), contrat No. DPE-1018-C-00—5063-00. Le contenu du présent manuel ne reflète pas forcément les vues ou politiques d'A.I.D.

En 1978, l'Agence pour le développement international a démarré le Projet mass média et pratiques sanitaires (MMHP) (No. 931-1018) pour appliquer les dernières connaissances en matière de communication et de marketing social à certaines pratiques pour la survie de l'enfant. Après avoir fait appel à la concurrence, A.I.D. a passé un contrat avec l'Académie pour le développement de l'éducation aux fins de réaliser ce projet. De 1978 à 1985, le Projet mass média et pratiques sanitaires, conjointement avec les professionnels des pays en développement, a mis au point une méthodologie pour l'éducation en santé publique appelée dans le présent document communication pour la santé publique. Les premiers programmes nationaux insistaient sur la promotion de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO). En 1985, A.I.D. élargissait le projet qui a pris le nom de Communication pour la survie de l'enfant, ou HEALTHCOM (d'après le sigle anglais). Le projet était étendu à 21 pays et faisait appel à toute une gamme de technologies pour la survie de l'enfant outre la TRO. Aujourd'hui, HEALTHCOM se donne pour objet principal d'augmenter les connaissances pour utiliser au mieux la communication moderne, le marketing social et l'analyse comportementale aux fins d'améliorer les pratiques existantes de soins infantiles et partant de réduire la mortalité infantile.

L'Académie a fait appel à quatre sous-traitants pour le Projet HEALTHCOM: Annenberg School of Communications de l'Université de Pennsylvanie, Applied Communication Technology (ACT), Porter/Novelli, et PATH PIACT.

L'Académie tient à exprimer sa reconnaissance aux nombreuses personnes qui pendant ces dix dernières années ont contribué à élaborer la méthodologie HEALTHCOM. Il convient de faire mention tout particulièrement des personnels des nombreux ministères, des missions USAID et des diverses organisations publiques et privées que le projet a eu le privilège de servir pendant cette décennie. Les travaux décrits ici sont les résultats de leur dévouement, ténacité et créativité pour faire face aux problèmes de la survie de l'enfant par l'entremise de la communication pour la santé.

Deux personnes de l'USAID méritent une mention toute particulière: Dr. Anthony Meyer (Office de l'éducation) qui a démarré la communication pour la santé et qui s'est souvent battu pour que cet engagement soit respecté et Robert Clay (Office de la santé) qui a soutenu et guidé le programme pendant les cinq dernières années. Nous tenons également à remercier Anne Tinker (Office de la santé) et Clifford Block (Office de l'éducation). Un certain nombre des conseillers techniques supérieurs du projet ont apporté une assistance précieuse à l'élaboration de ce manuel: Robert Northrup, Paul Touchette, Robert Black, Dennis R. Foote, Robert Hornik, et William Novelli.

Les auteurs tiennent aussi à exprimer leur reconnaissance pour les contributions que les conseillers de terrain de HEALTHCOM et de MMHP ont apportées à l'élaboration de la méthodologie du projet: Equateur—Reynaldo Pareja; Gambie—Mark R. Rasmuson; Guatemala—José Romero; Haiti—Robert deWolfe; Honduras—Patricio Barriga, Elizabeth Mills Booth, José Ignacio Mata, Reynaldo Pareja, et Oscar Vigano; Indonésie—John Davies et Terry Louis; Lesotho—Edward F. Douglass; Malawi—Deborah Helitzer-Allen; Mexique—Jorge Eduardo Ferrer et Martha Lopez de Montero; Nigéria—Anthony Agboola; Paraguay—José María Espínola; Philippines—José Rafael Hernandez; Swaziland—Dale Huntington.

Nos remerciements vont également à nos collègues dont nous dépendons pour le soutien et les conseils techniques: Technologies for Primary Health Care (PRITECH); Resources for Child Health (REACH), Supply, Production, and Promotion of ORT (SUPPORT); et le Projet de lutte contre les maladies infantiles transmissibles des Centers for Disease Control.

HEALTHCOM a profité d'une collaboration fructueuse avec de nombreuses organisations internationales et d'autres projets d'A.I.D. Nous aimerions citer à ce propos l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), le fonds des Nations Unies pour l'enfance (FISE), the Dietary Management of Diarrhea Project (DMD), Primary Health Care Operations Research (PRICOR), Social Marketing for Change (SOMARC) et les Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins.

Nous remercions également les traducteurs du présent document: Manuel Muñoz Carrasco (version espagnole) et Catherine Utz (version française).

INTRODUCTION

Le présent manuel apporte une méthodologie systématique de la communication pour la santé publique destinée aux programmes de survie de l'enfant. Il s'adresse aux professionnels de la santé et de la communication souhaitant utiliser les stratégies de communication aux fins d'améliorer la santé infantile dans le monde en développement.

Il décrit en détail les éléments ci-après:

- La communication pour **la santé publique** et son rôle dans les programmes de survie de l'enfant.
- Trois disciplines qui ont fortement influencé la communication pour la santé: **le marketing social, l'analyse comportementale et l'anthropologie**.
- Trois étapes de la méthodologie: **planification, intervention et suivi/évaluation**.
- Les méthodes pour garantir l'application continue ou **"l'institutionnalisation"** de la stratégie de communication pour la santé publique.

La stratégie consacrée à la survie de l'enfant a été éprouvée dans plus de dix pays dans le cadre de projets subventionnés par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international. Les exemples donnés ici proviennent surtout des pays où la méthodologie a été appliquée dans le cadre de deux projets financés par A.I.D: le Projet Mass média et Pratiques sanitaires (MMHP, d'après le sigle anglais) et le Projet Communications pour la survie de l'enfant (HEALTHCOM). Ces projets ont aidé les programmes nationaux de survie de l'enfant, utilisant diverses pratiques sanitaires dont la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), les vaccinations, la nutrition, l'allaitement au sein, la surveillance de la croissance, etc.

Pour peu que la méthodologie ait été scrupuleusement appliquée, la communication pour la santé publique a fortement contribué à améliorer la santé de l'enfant. Elle a eu une forte incidence car elle s'est axée sur le consommateur recourant à une recherche préliminaire et testant sur le terrain les produits et pratiques sanitaires. Malgré les différences culturelles, les problèmes et contraintes propres à chaque pays, la méthodologie générale présentée ici a prouvé qu'elle pouvait être adaptée dans les pays du monde entier.

Les stratégies de communication pour la santé publique ont pour objet de modifier les comportements sanitaires et partant d'améliorer l'état de santé. Quelques exemples de résultats obtenus récemment montrent que c'est chose faisable.

Le but de la communication pour la santé publique est d'apporter des changements dans les pratiques sanitaires et partant de changer l'état de santé. (Equateur)

- **Dans la République de l'Equateur**, en 1985 et 1986, le Programme national pour la survie de l'enfant (PREMI) a organisé une série de mobilisations de masse, soutenues par les médias, aux fins de vacciner et de peser tous les enfants de moins de cinq ans et de distribuer des sachets de sels de réhydratation orale (SRO). En moins d'un an à l'issue de la troisième étape, l'on avait procédé à 1.200.000 vaccinations et distribué plus d'un million de sachets de SRO. Soixante quinze pour cent des mères équatoriennes avaient chez elle un sachet de SRO et la proportion de celles qui déclaraient y avoir recours est passée de 38% à 53%.

- **Au Honduras**, on a appris aux mères à utiliser une nouvelle solution de réhydratation orale appelée litrosol. Après deux ans de diffusion de messages promotionnels à la radio, 60% des mères des zones rurales interviewées ont indiqué qu'elles utilisaient le nouveau produit recommandé par l'Etat. Les interviews indiquaient que 35% de tous les cas étaient traités par réhydratation orale. Dans la région cible la

mortalité imputable à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans a chuté pendant la période de deux ans passant de 40% à 24%.

• **En Gambie**, à la suite d'un vaste effort de communication déployé pendant huit mois, 66% des mères en milieu rural ont su donner la formule correcte de la solution que l'on mélange à domicile à l'aide des bouteilles et capsules du commerce local. Après deux ans, 70% connaissaient la formule correcte et 62% des mères interviewées signalaient y avoir eu recours pour les derniers épisodes diarrhéiques.

• **Au Swaziland**, une intervention de communication a appris aux mères à améliorer le régime alimentaire pour traiter à domicile les cas de diarrhée. Après huit mois, le nombre de mères indiquant que les enfants ont besoin d'une alimentation spéciale après un épisode diarrhéique est passé de 16 à 44%.

• **En Egypte**, une campagne agressive de marketing social et des activités éducatives de type "face à face" avec le personnel sanitaire et les pharmaciens ont fait passer le taux d'utilisation notifiée des TRO de 1% à 69% en moins d'un an. Après deux ans, 90% des médecins signalaient qu'ils prescrivaient régulièrement les SRO et un examen du registre de décès à Alexandrie a indiqué qu'en 1982 et 1984, pendant la saison de prévalence de la diarrhée, le taux de mortalité global chez les enfants de moins d'un an a chuté d'environ 30%.

• **Au Bangladesh**, depuis 1980, le Programme élargi de thérapie par réhydratation orale (OTEP) a permis d'enseigner la TRO à quatre millions de mères grâce à une intense instruction "face à face". Une évaluation a montré que 90% des mères qui passaient le test étaient capables, quelques mois après avoir reçu les indications, de mélanger une solution de SRO sûre et efficace.

• **En Indonésie**, le Projet de communication et de modification des comportements nutritionnels s'est servi de la communication pour renforcer le rôle joué par la mère dans l'alimentation de l'enfant. Une évaluation a permis de montrer que 40% des enfants du projet âgés de 24 mois étaient mieux nourris que ceux du groupe de comparaison.

La communication pour la santé publique ne permet pas de remédier à une mauvaise qualité ou à l'insuffisance des produits, ni d'ailleurs de compenser une connaissance imparfaite du comportement. Elle ne peut résoudre tous les problèmes des soins de santé. Par contre, si elle est appliquée systématiquement, elle peut accroître la demande pour les produits et services, enseigner leur utilisation correcte, faciliter les modifications de comportements sanitaires et partant améliorer la santé.

1

L'EVOLUTION DE LA COMMUNICATION POUR LA SANTE PUBLIQUE

La communication pour la santé publique est passée d'une stratégie fragmentaire à une approche globale fondée sur une recherche et planification globales axées sur le consommateur. Cette transition est particulièrement due aux redoublements d'efforts dans le domaine des soins de santé primaires, aux nouvelles technologies de la santé infantile, aux campagnes de masse, aux communications pour le développement et aux principes du marketing social et de l'analyse comportementale.

La communication pour la santé publique a pour objet de faciliter les changements dans les pratiques sanitaires et partant d'influencer l'état de santé. Pour cela, il faudra souvent accroître la demande des produits et services qui jouent un rôle critique pour la survie de l'enfant et s'assurer que les consommateurs utilisent correctement lesdits produits.

(Equateur)

Population Reference Bureau

I

LES APPROCHES FRAGMENTAIRES DU PASSE

L'éducation sanitaire, telle qu'on la connaissait par le passé, pèche par une planification trop partielle. Très souvent la partie éducation des programmes de santé publique se composait des éléments suivants:

- conférences sur la participation communautaire à l'intention d'agents de santé trop surmenés pour éduquer les clients ou organiser des groupes communautaires.

- quelques spots télévisés bien ficelés qui plaisaient aux ministres mais ne donnaient guère d'informations au consommateur.

- des programmes radiophoniques annonçant des services souvent inexistants ou donnant des conseils que personne n'était enclin à suivre.

- une affiche prétestée auprès d'une mère du quartier car "elle vient d'une région rurale".

- une boite à image pour les présentations en groupe qui n'avaient pas lieu soit parce qu'on n'avait pas les moyens pour payer les frais de déplacement des participants soit parce que la boite à image s'était perdue en cours de route.

Trop souvent, on a fait passer des messages mal-conçus par des canaux de communication inadéquats à des publics qui n'étaient pas les bons. Et plus souvent encore, l'on a employé des méthodes éducatives qui se prêtent bien à un enseignement individuel mais n'ont guere d'impact sur l'état de santé de la population en général. La cause de ces deux problèmes réside dans l'approche fragmentaire adoptée par l'éducation sanitaire - promotion des médias, programmes de formation et événements communautaires qui, même s'ils semblent réussir de prime abord, ne permettent pas de modifier durablement les pratiques sanitaires.

Ces carences sont souvent difficiles à déceler car elles sont de nature stratégique. En effet, il est possible que les directeurs aient fait des généralisations erronées sur leur public (leurs pratiques, besoins, préférences et accès aux médias), que les activités des médias n'aient pas été suffisamment planifiées pour garantir un impact massif auprès du public visé. La formation des agents de santé aura souffert d'un manque de ressources ou encore on n'a pas assez suivi le programme et procéder, le cas échéant, à des ajustements de mi-parcours.

Aujourd'hui, l'éducation pour la santé accorde une plus grande importance au comportement. Un cours de formation en Indonésie pour les volontaires est présenté ici.

Au surplus, l'éducation sanitaire a souvent été placée en fin de liste au moment de l'octroi des ressources tant humaines que financières, fait qui devient particulièrement grave dans les pays en développement dont les budgets sont limités. Un tel manque de ressources entraine souvent une approche fragmentaire et partielle.

LES ELEMENTS DU CHANGEMENT

Le début des années 1970 marquait une évolution qui allait donner une nouvelle direction à l'éducation sanitaire. L'on cherchait avant tout à tenir compte des contraintes auxquelles sont d'habitude confrontés les pays qui ont plus le besoin de ces programmes.

En 1978 à Alma Ata, en URSS, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donnait une nouvelle orientation à ses programmes: on passait d'une approche qui insistait sur l'éradication des maladies à un point de vue préventif tenant compte des besoins des populations pauvres en milieu rural. Ce concept à la base de la stratégie **des soins de santé primaires** consiste à apporter des soins maternels et infantiles fondamentaux, à élargir les activités d'éducation sanitaire et à faire davantage appel aux agents de santé villageois.

L'éducation sanitaire a commencé à accorder une plus grande importance au comportement effectif qui devenait ainsi une variable sanitaire capitale. Les éducateurs de santé ont ajouté à l'instruction tra-

ditionnelle de face à face dans le contexte scolaire conventionnel des activités réalisées avec les mass-médias et l'éducation "informelle" dirigée vers les adultes. Les programmes d'éducation sanitaire et de population se sont servis des principes de **la communication pour le développement**, notamment la conception et l'essai systématique des messages donnant un nouvel intérêt à la radio.

Des études de grande envergure se sont penchées sur les moyens efficaces de promouvoir les changements en matière de santé par l'entremise des programmes de communication. Par exemple, la Tanzanie a lancé au début des années 1970 des campagnes de masse pour la santé et la nutrition. Deux millions de personnes ont participé à 75.000 groupes d'étude organisés autour des programmes éducatifs diffusés par la radio. Ces campagnes, qui préconisaient la construction de latrines, les cultures potagères, les meilleurs régimes alimentaires et les mesures d'hygiène ont montré que plusieurs médias intégrés avaient un pouvoir massif sur les comportements. Ces campagnes ont également souligné l'importance de renforcer continuellement les instructions initiales.

En 1969 Philip Kotler et ses collègues ont commencé à publier leurs idées sur la manière dont la théorie du marketing pouvait être appliquée aux entreprises non commerciales. De nombreux programmes sanitaires internationaux se sont inspirés des principes du **marketing social** surtout pour la vente au détail des contraceptifs. Parallèlement, plusieurs études de recherche aux États-Unis et en Europe appliquaient le principe de l'analyse comportementale aux programmes de prévention des maladies chroniques. Par exemple, le programme de Stanford pour la prévention des maladies cardiaques a montré qu'une approche éducation communautaire fondée sur **les principes comportementaux** réduisaient sensiblement les facteurs risques des maladies cardiaques.

Plus récemment, le mouvement pour la survie de l'enfant qui bénéficie du soutien de l'USAID, du FISE et de l'OMS et de nombreuses autres organisations nationales et internationales a encouragé dans divers pays l'adoption rapide de **nouvelles technologies** et pratiques sanitaires (telles que les vaccinations et la thérapie de réhydratation par voie orale).

Tous ces efforts ont contribué à faire évoluer l'éducation sanitaire vers une approche plus globale. Le défit consiste à mettre en place des systèmes qui tiennent compte du mode d'apprentissage des gens et de la réalité d'un monde composé souvent d'un personnel peu formé et surmené, de budgets réduits et variables et de conditions sanitaires changeantes.

LA COMMUNICATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE : DE QUOI S'AGIT-IL ?

La communication pour la santé publique est une discipline spécialisée qui a fait son apparition ces dix dernières années. Au sens large, **elle vise à influencer positivement les pratiques sanitaires au sein de larges groupes de population grâce aux principes et méthodes de la communication de masse, de la conception instructionnelle, du marketing social, de l'analyse comportementale et de l'anthropologie médicale.**

La communication pour la santé publique cherche avant tout à susciter des changements dans les pratiques sanitaires et partant d'influencer l'état de santé. Pour ce faire, il est souvent nécessaire d'augmenter la demande des produits et services essentiels pour améliorer le taux de survie de l'enfant et également de veiller à ce que, une fois les produits

Une mère indonésienne donne des TRO à sa fille. Les consommateurs doivent croire qu'un nouveau produit ou nouvelle pratique répond aux besoins qu'ils perçoivent comme étant importants.

achetes, les consommateurs les utilisent de manière sûre et efficace. Les principes de **la création de la demande** et de **l'utilisation correcte** sont fondamentaux si l'on veut que l'activite pour la survie de l'enfant soit une réussite. Ils donnent au consommateur un rôle central et font sortir l'initiative sanitaire du cadre des laboratoires, cliniques et hôpitaux pour l'établir dans les foyers et l'esprit des personnes qui ont besoin d'un produit ou service particulier, qui vont décider de le rechercher et qui l'adopteront et l'utiliseront convenablement. Ces principes se penchent essentiellement sur le client du systeme de soins de santé qui en dernier lieu doit changer ses pratiques sanitaires.

Créer une demande des services de survie de l'enfant signifie d'abord faire connaitre aux gens que des nouveaux services importants sont disponibles ou que des nouvelles pratiques peuvent leur être bénéfiques. Cela suppose plus qu'une simple publicité sur l'existence d'un produit ou l'avantage lié à une pratique. Les consommateurs doivent connaitre les avantages relatifs d'un nouveau produit ou pratique par rapport aux produits qui leur sont familiers. Ils doivent croire que le produit est facilement disponible, relativement simple à utiliser et qu'il va répondre à des besoins qu'eux-mêmes perçoivent comme étant importants. Finalement, ils doivent reconnaitre que la nouvelle pratique représente une amélioration dans leur vie.

La création de la demande suppose également que l'on motive le client à adopter de nouvelles habitudes alors qu'il est peut-être fermement convaincu de l'efficacité des remèdes traditionnels et a une attitude fataliste face aux problèmes de santé les plus courants. Elle suppose que l'on incite les collectivités à entreprendre avec enthousiasme des actions appuyant les initiatives pour la survie de l'enfant. De telles actions collectives créent tout un nouveau champ de possibilités et d'obstacles pour le planificateur de la communication.

En gros, une création de demande efficace se fonde sur les produits et services qui répondent aux perceptions qu'ont les consommateurs de leurs propres besoins. Elle repose donc sur des informations précises concernant l'intérêt du consommateur, lesquelles guideront la conception des produits, services et messages de médias appropriés. Les principes du marketing social sont très utiles au planificateur de la communication dans cet effort de recherche fondamentale ainsi que pour les activités de promotion de ces produits, services et nouvelles pratiques.

L'utilisation appropriée constitue souvent un objectif encore plus complexe. Nous pouvons avoir tendance à assumer que, si un consommateur achète un produit, il ou elle se soucie assez pour apprendre comment l'utiliser et l'utilisera donc correctement. Les preuves recueillies sur le terrain indiquent que les ventes sont en fait un médiocre indicateur pour prévoir soit l'utilisation soit l'utilisation correcte, surtout pour des produits tels que les SRO, les courbes de croissances et les contraceptifs. Contrairement à d'autres biens de consommations tels que les boissons non alcoolisées et les produits de beauté, ces produits demandent d'importantes modifications au niveau de pratiques courantes, de nouvelles connaissances qui ont souvent besoin d'une sanction sociale spécifique. "L'utilisation" peut englober un certain nombre d'activités différentes qui semblent simples en surface mais qui sont en fait complexes.

Au vu de tout cela, les planificateurs se sont penchés sur les détails de l'élaboration du produit et du message et sur l'analyse des comportements que l'on cherche à encourager. La communication pour la santé publique concerne un apprentissage complexe imparti par des stratégies systématiques de conception instructionnelle et un enseignement qui insiste et renforce continuellement la distinction entre utilisation correcte et incorrecte . Le processus d'apprentissage n'est jamais fini. Maintenir les nouvelles compétences dans le temps est aussi important que l'acquisition initiale. Le professionnel de la communication peut faire appel aux principes de l'analyse comportementale afin de définir, motiver et renforcer l'utilisation correcte.

Finalement, la communication pour la santé publique peut et doit servir aussi bien le côté offre que le côté demande des prestations pour la survie de l'enfant. Grâce aux concepts et techniques empruntés au marketing et l'analyse comportementale, la communication pour la santé publique peut également contribuer à renforcer la distribution des produits et services sanitaires et la formation, la supervision et la motivation du personnel de santé.

2

LE CADRE THEORIQUE: MARKETING SOCIAL, ANALYSE COMPORTEMENTALE ET ANTHROPOLOGIE

La communication pour la santé publique incorpore les théories et méthodes de plusieurs disciplines. Le marketing social donne les bases pour choisir et segmenter les publics et pour promouvoir les produits et services. L'analyse comportementale permet d'étudier les pratiques courantes, définir et enseigner les nouvelles et donc favoriser le changement. L'anthropologie met en lumière les perceptions et valeurs sous-jacentes aux pratiques existantes facilitant ainsi l'adoption des nouveaux comportements.

(Gambie)

2

LE MARKETING SOCIAL: PRINCIPE ORGANISATEUR

Dans son livre *Marketing for Nonprofit Organizations*, Philip Kotler définit le marketing social comme étant **"la conception, la réalisation et le contrôle de programmes cherchant à promouvoir l'acceptabilité d'une idée ou pratique sociale au sein du groupe cible".**[1] Le marketing social ne diffère pas fondamentalement du marketing commercial, il repose sur les mêmes techniques analytiques (étude de marché et élaboration du produit, politique de prix, accessibilité, publicité et promotion). Le marketing social vend des produits et des pratiques en insistant sur le fait qu'ils sont dans l'intérêt du consommateur. La différence toutefois est qu'il encourage des modifications de comportements qui vont être bénéfiques aussi bien à l'individu qu'à la société dans son ensemble.

Dans les programmes de santé internationaux, le marketing social peut chercher à vendre aussi bien **un produit, une idée ou une pratique**. En fait, il part très souvent de la promotion d'une attitude ou d'une croyance liée à la santé pour procéder à des recommandations d'un nouveau produit ou service, donner les instructions en vue de l'utilisation efficace. Le fait que ces interventions n'impliquent guère de transactions—l'échange n'est pas tangible mais pourtant vital—peut rendre ces programmes bien plus difficiles que le marketing conventionnel.

Bien que les produits comportant des bénéfices sociaux (tels que les préservatifs, la pilule et les sels de réhydratation orale) soient souvent subventionnés, il n'en reste pas moins que le processus de vente est d'importance critique si l'on veut motiver les consommateurs, favoriser l'esprit d'entreprise parmi les grossistes et les détaillants, augmenter les chances d'auto-suffisance à long terme du programme. Les ventes constituent un paramètre simple de la réussite du programme. Les techniques du marketing s'appliquent aussi à la "vente" des nouvelles pratiques. Le consommateur doit arriver à des compromis compliqués entre les nouvelles et vieilles croyances et entre les pratiques familières et inconnues. Il doit investir temps et efforts pour arriver à des résultats qu'on ne peut vérifier que dans le long terme et qui entrainent souvent des effets déplaisants dans le court terme.

Les avantages du suivi de la croissance peuvent être grands dans le long terme. Dans le court terme, ils peuvent sembler intangibles. (Bangladesh)

Les produits présentant un bénéfice social, ou "produits sociaux", diffèrent de plusieurs manières des produits commerciaux:

- Les produits sociaux sont souvent plus complexes à utiliser que les produits commerciaux.
- Ils sont plus sujets à controverse.
- Leurs avantages sont moins immédiats.
- Les filières de distribution des produits sociaux sont d'une utilisation et d'un contrôle plus difficiles.
- Le marché des produits sociaux est difficile à analyser.
- Les publics à qui sont destinés les produits sociaux ont souvent des ressources très limitées.
- Les critères pour mesurer la réussite des "ventes" ou l'adoption des produits sociaux sont plus stricts que pour les produits commerciaux.

Ces problèmes supplémentaires signifient que les étapes de recherche et de planification d'un effort de marketing social doivent être particulièrement solides.

[1] Kotler, Philip. and Alan R. Andreasen. *Marketing for Nonprofit Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1975. (Edition revisée en 1987 publiée sous *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*).

Le consommateur au centre

Le marketing social est **une démarche essentiellement axée sur le consommateur**. Le consommateur, ou utilisateur, est non seulement le public primaire mais constitue par ailleurs un paramètre permettant de vérifier si les activités sont appropriées, souhaitables et réussies. Tout au long du processus de communication, le consommateur est systématiquement consulté et constitue la base sur laquelle reposeront les décisions commerciales.

Avant le lancement d'un nouveau produit, il convient d'étudier attentivement les facteurs environnementaux et psychologiques qui vont influer sur la manière dont le public va accueillir le nouveau produit. Les groupes visés par les programmes de communication pour la santé publique vont presque toujours se composer de divers sous-groupes dont chacun est attaché à ses opinions, valeurs et besoins propres. La recherche doit donc commencer par segmenter les publics. Cette méthode consiste à définir les groupes et déterminer quels sont les médias qui conviennent le mieux. Ces définitions se basent généralement sur 1) les caractéristiques démographiques—l'âge, le sexe, le revenu, l'éducation, le niveau d'alphabétisation, la classe sociale, la taille de la famille, la profession, la religion, la race, ou la culture; 2) les caractéristiques géographiques—la région, l'importance de l'emplacement, la densité ou la mobilité de la population ; ou 3) les caractéristiques psychographiques ou comportementales—le style de vie, les valeurs, ou "l'empressement" à accepter le produit.

Les activités du survie de l'enfant accordent une très grande importance au revenu des parents ou des autres responsables ainsi qu'à "l'empressement" d'acquérir le produit. Le public primaire est généralement composé de groupes à faibles revenus—c'est-à-dire ceux qui ont le plus besoin des produits et des services sanitaires. Mais ces personnes peuvent être plus au moins sensibles au produit en question, certains ignoreront jusqu'à son existence, d'autres ne seront guère empressés à l'acquérir alors que d'autres encore seront enthousiastes. Comprendre dans quelle mesure le public est prêt à accepter le produit est fondamental si l'on veut positionner correctement un produit.

Le marketing "mix"

Le marketing social place le consommateur au centre d'un processus qui comporte quatre variables: le produit, le prix, le lieu, et la promotion. Pour être

STRATEGIE A L'OEUVRE

Un "lieu" qui convient

Bien que généralement les produits pour la survie de l'enfant rentrent dans la promotion pour la santé publique et qu'ils soient disponibles dans les dispensaires publics, il arrive que ces centres ne soient pas facilement accessibles ou encore pas très populaires auprès du public.

- L'étude des publics en Egypte et en Indonésie a montré que les pharmacies constituaient pour une grande partie de la population une importante source aussi bien pour les médicaments que l'information. Les planificateurs de programmes ont donc décidé de promouvoir les ventes au détail des SRO, tout en les distribuant aussi dans les centres de santé. Les pharmaciens ont reçu une formation spéciale portant sur le traitement des maladies diarrhéiques afin qu'ils puissent donner une information correcte chaque fois qu'ils distribuent les sachets aux consommateurs. Au Honduras, l'on cherche actuellement à faire participer les sociétés pharmaceutiques privées à la production et à la distribution de SRO par l'entremise des *pulperias* ou les petites épiceries des zones rurales. L'on espère que ces points de vente seront très fréquentés par la population rurale et que le volume de vente de TRO satisfera les entreprises privées.

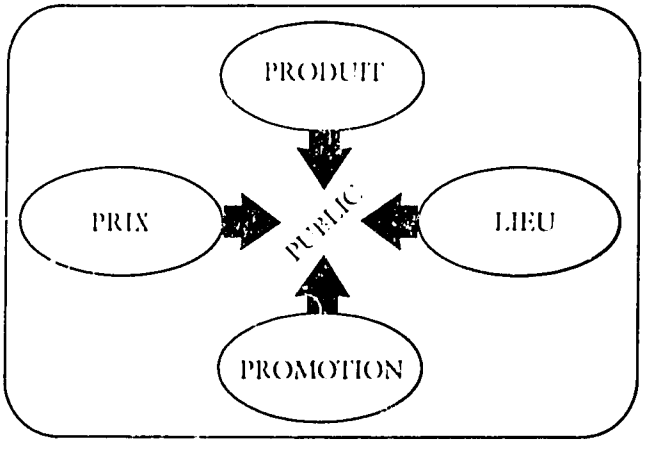
- Au Malawi où dix pour cent au moins des décès à l'hôpital sont imputables au paludisme, la chloroquine a été distribuée et dans les centres de santé et les commerces au détail. Mais aucun de ces points de vente ne semblait être suffisamment accessible. Les planificateurs de programme se sont demandés s'il devraient "créer" un nouvel "endroit" pour distribuer la chloroquine. L'on a pensé que les accoucheuses traditionnelles qui bénéficient d'une bonne image dans la plupart des zones rurales pouvaient être formées pour distribuer la chloroquine et apprendre aux mères à utiliser ce médicament et prendre les mesures préventives à domicile telles que brûler la bouse de vache et nettoyer les endroits où l'on trouve beaucoup de moustiques. Les résultats de l'étude pilote de ce projet ont montré que les accoucheuses traditionnelles pouvaient être extrêmement efficaces dans ce nouveau rôle.

couronné de succès, un programme doit reposer sur une minutieuse analyse de chacune de ces variables et une stratégie qui tienne compte de la manière dont ces éléments s'imbriquent.

Un produit proposé (qu'il s'agisse d'un article, d'une idée ou d'une pratique sanitaire) doit être défini en fonction des croyances, des pratiques et des valeurs de l'utilisateur. "Le positionnement du produit" est le terme employé en marketing social pour décrire le créneau psychologique et commercial propre à un article en vue de le démarquer des produits ou idées concurrentiels. Une étude approfondie des publics guide la mise au point du produit (le nom, le conditionnement, le ton et le fondement logique) ainsi que la description des avantages qu'il offre.

Le prix peut signifier une dépense monétaire, un coût d'opportunité, une perte de prestige ou le temps du consommateur. Le fait qu'une paysanne ne paye pas pour une vaccination ne signifie pas que celle ci ne lui a rien coûté. En fait, une journée de déplacement, les désagrément pour la famille ou le risque de réaction chez l'enfant peut sembler trop coûteux par rapport aux avantages perçus. Le prix d'un produit particulier n'est jamais fixé, il varie selon le segment du public cible et souvent selon la personne.

FIGURE 2-1: MARKETING SOCIAL



Le concept de **lieu** désigne les filières par lesquelles passent les produits pour arriver aux utilisateurs ainsi que les points de vente où ils sont offerts. La disponibilité et la distribution des produits peuvent non seulement inclure les systèmes de vente au détail et en gros, mais aussi les efforts des agents de santé, des bénévoles, des amis et des voisins. "Le lieu" peut être un magasin, un centre de santé ou même une personne, citons à ce propos, l'accoucheuse traditionnelle qui a sur elle des sachets de SRO. Très souvent, la faiblesse des systèmes d'approvisionnement du secteur public font que les produits et services de la survie de l'enfant ne sont pas aussi facilement disponibles que des produits concurrentiels moins appropriés. Le choix des filières de distribution appropriées et suffisantes constitue donc une importante tâche de planification dans un programme de communication pour la santé publique. Chaque "lieu" a son "prix" et l'enjeu consiste à réduire autant que possible ce dernier.

Quelle que soit la nature de l'activité de marketing social, **la promotion** dépasse le simple cadre de la publicité. Elle demande une éducation approfondie du consommateur aux fins d'assurer l'utilisation correcte de ses produits. Si les communicateurs en santé publique font appel au marketing pour augmenter l'impact des efforts promotionnels, ils doi-

STRATEGIE À L'OEUVRE

Une promotion réussie—
et une récompense appropriée

En Equateur, les campagnes nationales PREMI pour la survie de l'enfant ont combiné vaccination, distribution de sachets de SRO et suivi de la croissance pour les enfants allant jusqu'à deux ans. Chacune des quatre campagnes a été soutenue par une vaste promotion à l'échelle nationale.

Le clou de la promotion est un diplôme de vaccination. Chaque mère dont l'enfant avait reçu la série des trois vaccinations nécessaires pendant la campagne a reçu un diplôme signé par le Ministre de la Santé. Les calendriers, les affiches et les annonces télévisées et radiophoniques faisaient de la publicité pour le diplôme avec le message "chaque enfant a besoin de trois visites pour être complètement protégé." Le jour de la mobilisation environ 153.000 mères ont reçu un diplôme. Certaines femmes sont venues au poste de vaccination même quand leurs enfants avaient déjà été vaccinés afin de recevoir les diplômes qu'elles avaient mérités.

Par la suite, on a perfectionné le diplôme afin de motiver les mères à amener leurs plus jeunes enfants aux services de vaccination. Chaque mère a reçu une étoile d'or sur son diplôme quand son enfant était entièrement vacciné à un an.

vent également s'inspirer des principes de la conception instructionnelle dans le but d'enseigner au consommateur les compétences compliquées nécessaires. Les stratégies de motivation jouent un rôle important au niveau de l'adoption des nouvelles idées ou produits sociaux, surtout dans les zones rurales repliées sur elles-mêmes où les activités communautaires peuvent être d'excellents moyens de promotion.

ANALYSE COMPORTEMENTALE: SÉLECTION DES MESSAGES ET MEILLEURE INSTRUCTION

L'**analyse comportementale** confère également au programme de communication pour la santé une orientation rigoureusement axée sur le consommateur. Elle est une sorte de microscope permettant de voir comment et pourquoi les gens réagissent de telle façon. L'analyse comportementale se penche sur l'étude des événements environnementaux ou des facteurs déterminant les modes de comportement. Elle propose des méthodes systématiques permettant d'observer et de définir les comportements, de dégager ceux qui se prêtent le mieux au changement et finalement de susciter et maintenir ces modifications de comportement. Ces principes ont été appliquées judicieusement à nombreux aspects sanitaires dont la prévention des maladies cardiaques, l'utilisation des ceintures de sécurité, les régimes alimentaires, le tabagisme et plus récemment dans la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Les conséquences négatives lorsqu'on observe une pratique sont souvent plus immédiates que celles positives. (Honduras)

Dans le contexte de la survie de l'enfant, la personne en charge — d'habitude la mère — est placée devant un choix difficile: s'en tenir aux pratiques existantes ou adopter un nouveau comportement. L'on peut par exemple lui recommander d'amener un enfant bien portant au centre de santé pour qu'il soit piqué avec une aiguille et probablement grincheux toute la nuit, ou encore de se rappeler comment préparer correctement à la maison la solution de réhydratation orale, de savoir quand introduire les aliments de sevrage et de déterminer lesquels sont les meilleurs. Elle devra peut être décider si son enfant est malnourri ou juste menu. Elle devra peut être discuter de l'espacement des naissances avec son mari qui désire un autre garçon. Chaque décision ou réponse à une situation donnée est déterminée par un ensemble complexe d'influences comportementales. Peu importe qu'un nouveau mode soit facile ou difficile à adopter, son acceptation n'est pas toujours chose aisée. L'analyse comportementale peut aider à trouver les raisons qui font qu'une pratique donnée persiste et à déterminer quel est le meilleur moyen d'introduire un autre comportement — comment peut-on le susciter et l'encourager de manière à ce qu'il soit adopté de manière permanente.

L'analyse de la complexité du comportement

Pas toutes les pratiques sanitaires théoriquement séduisantes ne sont applicables dans la vie réelle. D'abord le comportement est souvent plus complexe qu'il n'y parait à première vue. Ce qui peut d'abord sembler être une simple pratique (tel que mélanger un sachet de SRO dans un litre d'eau) se révèle souvent être un ensemble complexe de comportements composé de nombreuses étapes séparées dont certaines exigent l'acquisition de nouvelles compétences ou entrainent un coût pour la personne. C'est là que l'analyse comportementale attire notre attention sur la complexité et la nature séquentielle du comportement préconisé. Elle nous permet de décomposer le comportement et d'observer plus facilement les divers éléments entrant dans sa composition (confer également chapitre 3).

STRATEGIE REUSSIE

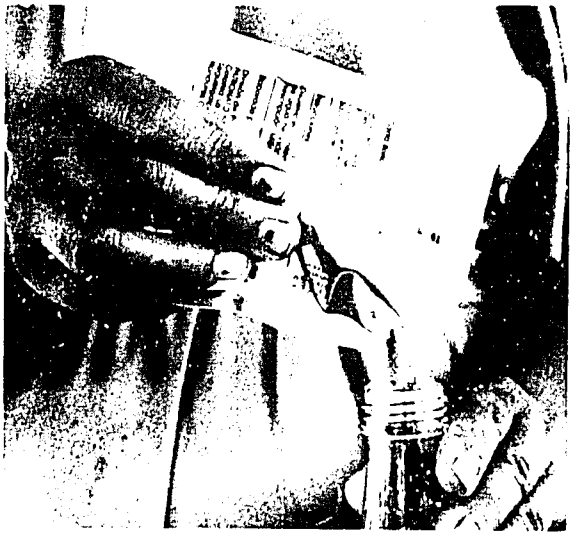
Comportement vu au microscope

Un bref exemple du plan d'action pour le programme de TRO au Honduras montre le degré de détails nécessaire quand on divise un comportement en ces différentes étapes discrètes. Nous présentons ci-après les étapes à suivre lorsqu'on mélange le sachet de SRO local.

Mélange

- Trouver un récipient d'un litre
- Vérifier que le récipient est lavé et non contaminé
- Remplir le récipient avec l'eau la plus propre possible
- Ouvrir un sachet de sel sans renverser le contenu
- Ajouter le contenu d'un sachet sans en renverser
- Ne rien ajouter d'autre à la solution
- Mélanger ou remuer
- Ne pas bouillir le mélange

L'analyse comportementale au Honduras traitait également des diagnostics de la diarrhée et de la déshydratation, la reconnaissance et l'acceptation des SRO, les connaissances de l'endroit où on peut se les procurer, l'administration des SRO, l'aiguillage et le traitement post-épisode - un total de plus de 100 étapes séparées.



Modifier un comportement peut demander au public cible de changer une habitude ou d'en acquérir une nouvelle. Dans les deux cas, les concepteurs de programmes doivent avoir une parfaite connaissance du contexte dans lequel va se situer la nouvelle pratique ou l'ensemble de pratiques:

- Quelles sont les circonstances qui précèdent ou stimulent le comportement—ses *antécédents*? Y-a-t-il des antécédents naturels (tels que la soif d'un enfant quand il est déshydraté) qui pourraient stimuler un nouveau comportement (tel qu'administrer la TRO)?

- Quelles sont les caractéristiques du comportement lui-même? Est-il simple ou complexe, doit-il être réaliser fréquemment?

- Quelle est la nature de la situation qui découle du comportement les *conséquences*. Sont-elles très apparentes, positives ou négatives, immédiates ou médiates? Comment vont-elles influencer la répétition du comportement?

En décomposant les pratiques sanitaires en diverses composantes, les planificateurs auront une meilleure idée du maillon de la chaine sur lequel le programme peut avoir le plus d'emprise.

La sélection de comportements cibles

L'approche comportementale consiste en général à identifier des pratiques existantes qui sont compatibles avec les nouvelles, à faire le rapprochement entre les comportements en place et ceux préconisés et à évaluer les coûts et avantages effectifs—tant sociaux qu'économiques—liés à l'adoption de la nouvelle pratique. L'analyse comportementale met en lumière les conséquences positives qui découlent de l'adoption du nouveau comportement et propose des manières d'éviter ou d'éliminer les résultats négatifs. Elle nous montre qu'il existe de nombreuses manières de façonner un comportement, mais que sa survie dépend toujours des conséquences positives qui en résultent.

De nombreuses raisons peuvent expliquer pourquoi l'introduction d'une pratique sanitaire peut s'avérer difficile auprès d'un public donné. L'analyse comportementale identifie notamment six circonstances qui peuvent expliquer pourquoi le comportement désiré n'est pas adopté:

- Le public ne dispose pas des aptitudes ou connaissances nécessaires.

• Il ne sait pas quand il faut appliquer le comportement.

• Le matériel nécessaire n'est pas disponible.

• Les conséquences positives apparentes incitant au comportement sont absentes.

• Certaines conséquences positives poussent à adopter un comportement incompatible (par exemple, ne pas nourrir l'enfant pendant la diarrhée peut en fait réduire les symptômes alors que la thérapie de réhydratation par voie orale peut temporairement les aggraver.)

• Il peut y avoir des conséquences négatives qui découragent l'adoption du comportement. (Un enfant peut avoir de la fièvre après avoir été vacciné.)

S'il est certes important, lors du choix des comportements à promouvoir, de considérer la facilité avec laquelle les personnes peuvent adopter la nouvelle pratique, il n'en est pas moins important de déterminer si la fréquence et la persistance avec lesquelles celui-ci doit être pratiqué sont réalistes dans le cadre du contexte rural. Il est évident que certaines modifications de comportement auront un plus grand effet que d'autres. Il convient de peser l'impact sanitaire potentiel et la probabilité de l'adoption.

Le Chapitre 6 donne un exemple dans la manière dont ces critères peuvent être utilisés pour mettre au point "une liste d'évaluation du comportement" destinée à assister les planificateurs de programme lors de la sélection des comportements cibles prioritaires.

Définition des stratégies d'apprentissage efficaces

Le processus d'apprentissage dépasse la simple acquisition de connaissances, puisqu'il s'agit de maîtriser de nouvelles compétences et des modèles d'action complets. L'analyse comportementale insiste sur l'importance de tester le nouveau comportement dans des situations réelles—un peu à l'instar des spécialistes du marketing qui essayent un nouveau produit afin d'identifier les problèmes que les consommateurs peuvent rencontrer au moment de l'adoption. Elle souligne également le besoin d'une conception instructionnelle minutieuse étayant une formation précise et d'un renforcement des nouvelles pratiques. Les principes comportementaux d'importance critique utilisés dans la conception des programmes éducatifs concernent notamment **le façonnement** des nouveaux comportements, **la pratique** répétée, **la distinction** entre l'exécution correcte et incorrecte, et l'utilisation du **renforcement positif**. Le chapitre 8 décrit en détail comment l'utilisation de ces principes dans les programmes de formation peut augmenter les chances de réussite de ces derniers.

Une gestion efficace

Les planificateurs de la communication pour la santé peuvent faire appel à certains des mêmes principes analytiques leur permettant de comprendre le contexte dans lequel les consommateurs adoptent les nouvelles pratiques aux fins de comprendre et d'influencer l'environnement dans lequel travaillent les professionnels de la communication de la santé publique. La réussite du programme dépendra partiellement de ses réalisations mesurables au niveau de l'adoption des comportements et partant de l'amélioration enregistrée au niveau de la morbidité et mortalité. Ce sont là les résultats **immédiats et positifs** du programme. Cependant, l'activité comportera d'autres conséquences, notamment les divers coûts sociaux, politiques et financiers. Il est important que les gestionnaires soient conscients de ces différentes conséquences et utilisent les principes comportementaux tel que le façonnement des nouveaux comportements, la pratique répétée et le renforcement positif à tous les niveaux professionnels. De la même manière que le but primordial des activités de communication est de **maintenir dans le long terme** les niveaux comportements, **l'institutionnalisation de la stratégie de communication** constitue le but de la gestion dans le long terme. (Pour de plus amples détails, confer chapitre 10).

ANTHROPOLOGIE: LE COMPORTEMENT DANS SON CADRE

L'anthropologie étudie les hommes, leurs cultures et leurs relations au sein de la société. Si l'analyse comportementale est une sorte de microscope des actions humaines, l'anthropologie peut expliquer le contexte culturel dans lequel se situent ces actions.

Tout programme de santé publique réussi doit considérer le contexte culturel dans lequel il opère, à savoir les perceptions, croyances, valeurs, ainsi que les pratiques en vigueur. Grâce aux techniques d'observation, aux interviews avec les principaux infor-

mants et aux autres approches de la recherche ethnographique, les communicateurs de la santé peuvent observer de près les traditions de leur public aux fins d'élaborer des programmes qui lui sont conciliables.

L'anthropologie nous permet de mieux comprendre des cultures qui sont différentes de la nôtre. Combien de fois l'ignorance ne nous conduit-elle pas à manquer d'égard face aux croyances et valeurs d'autrui? L'anthropologie, à l'instar du marketing social et de l'analyse comportementale, nous rappelle que chaque public est composé de groupes ayant des caractéristiques différentes - dont chacune va influencer l'accueil réservé à l'innovation.

Toutes les sociétés sont en transition perpétuelle. Les pays en développement connaissent des changements encore plus prononcés et des contrastes plus aigus. Ils peuvent d'une part se tenir fermement à certains aspects du passé tout en s'empressant par ailleurs d'adopter de nouvelles technologies et nouveaux comportements. Les différences culturelles, même au sein d'un petit pays, se traduisent par des croyances et pratiques différentes face à un problème de santé donné. Par ailleurs, les gens ont des rythmes d'évolution différents. Des études sur les adoptants précoces ont souvent porté les planificateurs à croire, à tort, que les changements allaient être faciles. Par contre, des études sur les adoptants tardifs sont plutôt source de scepticisme car elles portent à croire que rien ne peut véritablement changer.

Les techniques de la recherche ethnographique dont les observations, les interviews et les méthodes d'évaluation peuvent dégager des informations valides sur les perceptions, les croyances et les pratiques d'une culture ainsi que sur leur signification. **L'ethnographie** a pour objet d'enregistrer, de communiquer et d'évaluer les croyances et comportements culturellement significatifs s'inscrivant dans un cadre social déterminé. Une telle recherche demande généralement de longues périodes d'étude et la participation active à la vie quotidienne du groupe de la collectivité et de l'organisation étudiée. Les ethnographes travaillent dans la langue parlée par ceux qu'ils étudient et tendent généralement à accorder une plus grande importance à l'observation intense et aux interactions orales avec les membres informés des collectivités (informants) plutôt qu'aux données provenant des documents ou des enquêtes.

Les données ethnographiques peuvent être une source riche en informations sur le marché mais pour être valide une telle recheche demande souplesse et patience. Il s'agit d'un travail long et difficile, il faut procéder par tâtonnement. Certains programmes n'auront pas les moyens d'entreprendre une recherche ethnographique de grande envergure. Ils peuvent quand même chercher a profiter de l'expertise professionnelle des anthropologues pour faire les interviews avec les consommateurs et pour concevoir les instru-ments de recherche. Par ailleurs, la sensibilité culturelle et linguistique qu'un anthropologue apporte à la conception d'une enquête ou d'une intervention est extrêmement valable en elle-même.

En outre, dans de nombreuses parties du monde la littérature ethnographique est très prolifique. Ces données secondaires, réunies par les anthropologues vivant dans les régions des programmes, peuvent apporter des informations vitales sur les points suivants:

STRATEGIE A L'OEUVRE

La force et l'importance des croyances locales

Au Honduras, les mères sont inquiètes à propos de *l'empacho*, une forme de diarrhée dont les symptômes sont des crampes et un durcissement de l'estomac. Elle distingue cette diarrhée des autres formes. Il n'y a pas d'expression médicale pour ce terme et le personnel soignant pense qu'il s'agit d'une croyance locale erronée. Bien que le spécialiste de la communication jugeait qu'il serait bon d'intégrer *l'empacho* au message sur "le litrosol," le nouveau produit de SRO, le ministère de la Santé hésitait à être associé à des termes non médicaux.

A la fin de la première étape de la campagne promotionnelle, le suivi a indiqué qu'en fait les mères n'utilisaient pas le litrosol pour les cas qu'elles diagnostiquaient comme étant *l'empacho*—c'est-à-dire un tiers de tous les cas de diarrhée. Quand on leur a demandé pourquoi, les mères ont simplement répondu "parce que vous n'avez pas dit que c'était bon pour *l'empacho*". Bien que les mères pensent que *l'empacho* est une diarrhée, le terme est tellement important qu'on ne pouvait traiter *l'empacho* avec du litrosol si celui-ci n'était pas spécifiquement identifié comme un remède. Le ministère de la Santé et les spécialistes de la communication sont arrivés à un compromis. Ils ont mis au point une série de messages disant "le litrosol est bon pour toutes les diarrhées"—une petite addition qui a clarifié le message et permis une plus grande utilisation du litrosol même pour les cas *d'empacho*.

- les structures économiques des ménages et des familles
- les relations entre les hommes et les femmes
- les croyances traditionnelles concernant la maladie et la santé
- les pratiques sanitaires spécifiques

Il est à noter que l'ethnographie et la recherche en marketing s'exposent à la critique fondamentale d'être trop subjective. En effet, elles dépendent dans une grande mesure de la qualification et de l'expérience des personnes chargées de l'observation, de l'interview et de l'analyse.

UNE COMBINAISON GAGNANTE

Le marketing social pose les fondements d'un programme de communication de la santé. L'analyse comportementale se penche sur les pratiques sanitaires et relève celles aptes à changer. L'étude anthropologique dévoile la signification des pratiques observées et propose des mécanismes pour relier les nouvelles idées aux valeurs traditionnelles. Séparément, chaque discipline fait une contribution importante à la conception du programme. Ensemble, elles promettent une plus grande réussite des programmes de santé publique.

STRATEGIE A L'OEUVRE

Un bon dosage de "traditionnel" et de "moderne"

Un anthropologue médical a effectué une recherche ethnographique au Swaziland préalable au programme de communication pour la lutte contre les maladies diarrhéiques. Il a découvert que, bien que de nombreux Swazis ne comprennent peut-être pas la théorie biomédicale des germes, ils ont un certain nombre de concepts traditionnels pour expliquer les agents invisibles qui causent les maladies. L'on pense que certaines maladies sont dans l'air (tifo temoya) et très contagieuses. Les gens sont affectés en respirant les agents invisibles. Les Swazis croient également à d'autres dangers de l'environnement: les poisons et les sorts rendent certains endroits dangereux et l'on peut contracter les maladies en marchant simplement dans un endroit où l'on a mélangé les médicaments traditionnels si le lieu en question n'a pas été purifié par la suite.

L'anthropologue a noté que lors des enquêtes, les Swazis se réfèrent souvent à une explication médicale "moderne" pour la maladie et pourtant vont voir un guérisseur traditionnel pour obtenir un remède pour ce qu'ils pensent être une maladie "autochtone". Il a recommandé de concevoir les messages d'éducation sanitaire de manière à tenir compte des croyances locales sans transiger avec les objectifs de la sante publique. Par exemple, les traitements traditionnels de la diarrhée sont donnés pour "restaurer ou maintenir l'équilibre du corps", d'après la croyance qu'une personne en bonne santé doit avoir un équilibre. La stratégie de communication pour la santé publique a donc promu la solution des SRO eau-sucre-sel comme un "moyen de restaurer l'équilibre des liquides chez un enfant souffrant de la diarrhée".

Après avoir recensé les guérisseurs traditionnels dans quatre zones rurales, l'anthropologue a également recommandé d'organiser une série de conférences à leur intention afin de perfectionner leurs compétences et leur permettre d'échanger des informations. Par la suite, les planificateurs de programme ont fait appel à la participation des guérisseurs dans leur programmes de lutte anti-diarrhéique. Les guérisseurs ont été d'accord pour abandonner les pratiques traditionnelles nuisibles tel que purger les enfants souffrant de la diarrhée et sont devenus d'actifs promoteurs de la TRO.

Previous Page Blank

VUE D'ENSEMBLE: ANATOMIE DE LA COMMUNICATION

La communication pour la santé publique fournit une stratégie pour planifier et mettre en oeuvre des programmes de longue haleine qui visent à modifier avec constance certains comportements de la population cible.

Vue sommairement, la stratégie consiste en trois étapes:

- **PLANIFICATION**
- **INTERVENTION**
- **SUIVI**

Chacune des ces étapes évolue selon une stratégie décrite aux chapitres suivants. Elle se range dans un mouvement cyclique et non linéaire. Telle la pensée humaine, la communication pour la santé publique est un processus itératif qui puise dans les résultats de l'expérience les idées futures. La planification mène aux interventions et le suivi de ces activités suggère telle ou telle modification à porter au niveau de la planification. L'étude des besoins et réponses du consommateur façonne chaque étape de la communication et suivant le cas l'on peut procéder à des ajustements de mi-parcours ou à une reformulation du programme.

Nous donnons ci-après les étapes fondamentales de la méthodologie de communication pour la santé publique telle que décrite dans le présent manuel:

- **PLANIFICATION**

  Analyse du problème sanitaire

  Recherche préliminaire

  Elaboration de la stratégie

  Test du matériel et des stratégies

  Plan d'action
- **INTERVENTION**

  Réalisation

  Formation

  Distribution
- **SUIVI ET EVALUATION**

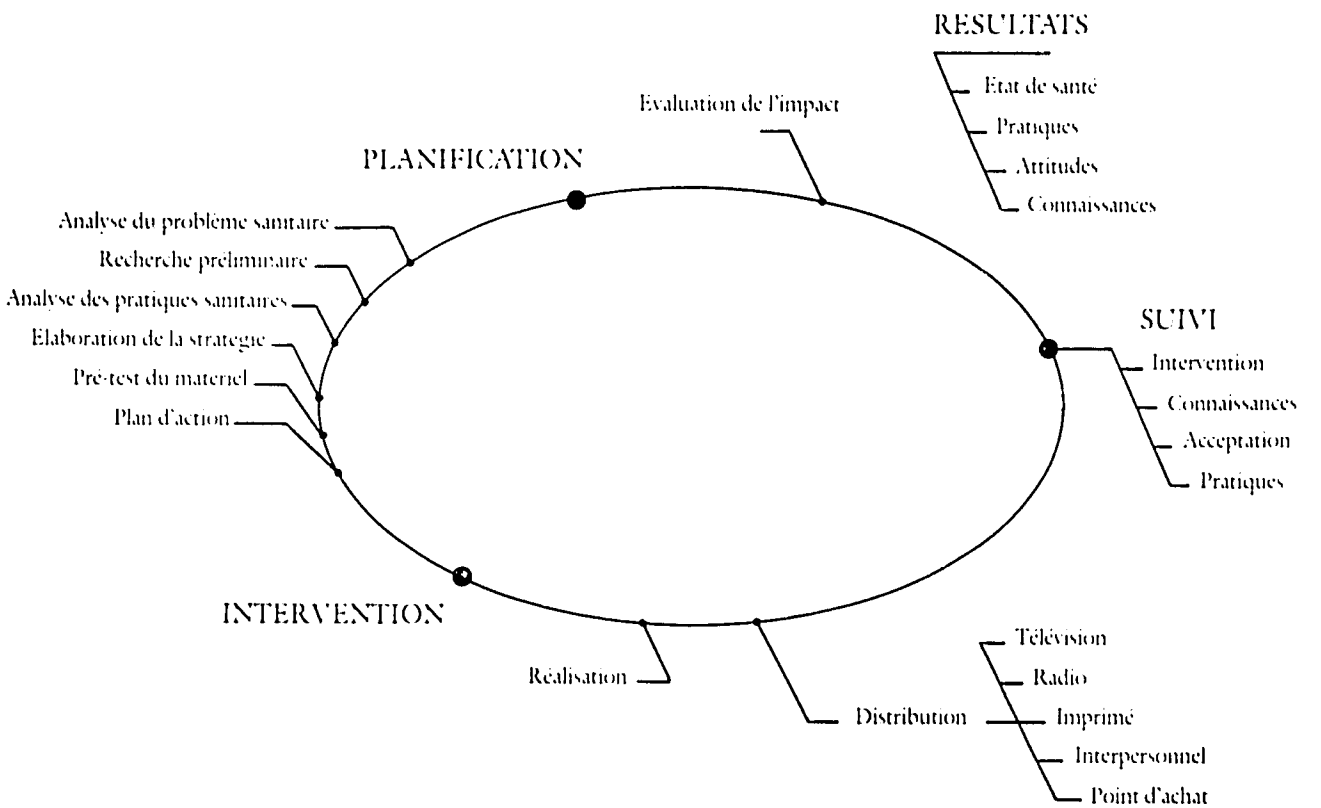
La nature cyclique de ce processus est décrit dans le schéma vue d'ensemble de la page suivante.

Les besoins, les pratiques et préférences et la motivation des consommateurs se situent au coeur de la méthodologie de communication. (Honduras)

Un programme de communication pour la survie de l'enfant est de par nature une entreprise conjointe. En effet, la réussite du programme dépend de la collaboration, de l'intérêt et du soutien obtenus par les ministères, les professionnels de la santé, les auxiliaires de santé, les entreprises privées, les média, les donateurs internationaux, les représentants officiels, les dirigeants de l'opinion populaire et les bénévoles. Le présent manuel non seulement explique les différentes étapes de la méthodologie mais traite aussi des éléments d'une **gestion de programme** efficace basée sur cette approche collaborative.

Finalement, des efforts promotionnels valables ne constituent qu'une réponse partielle au problème. Il convient de donner au programme les chances de survivre. **Institutionnaliser une méthodologie de communication pour la santé publique** ne consiste pas simplement à faire quelques affiches et spots radiophoniques et promettre à la fin du projet que la mortalité infantile va continuer de baisser pendant au moins deux ans. Le présent manuel propose des méthodes grâce auxquelles les programmes peuvent augmenter leurs chances d'influencer la bureaucratie sanitaire au sens large et s'assurer que le processus devienne une partie intégrante du système global des soins de santé.

VUE D'ENSEMBLE: ANATOMIE DE LA COMMUNICATION

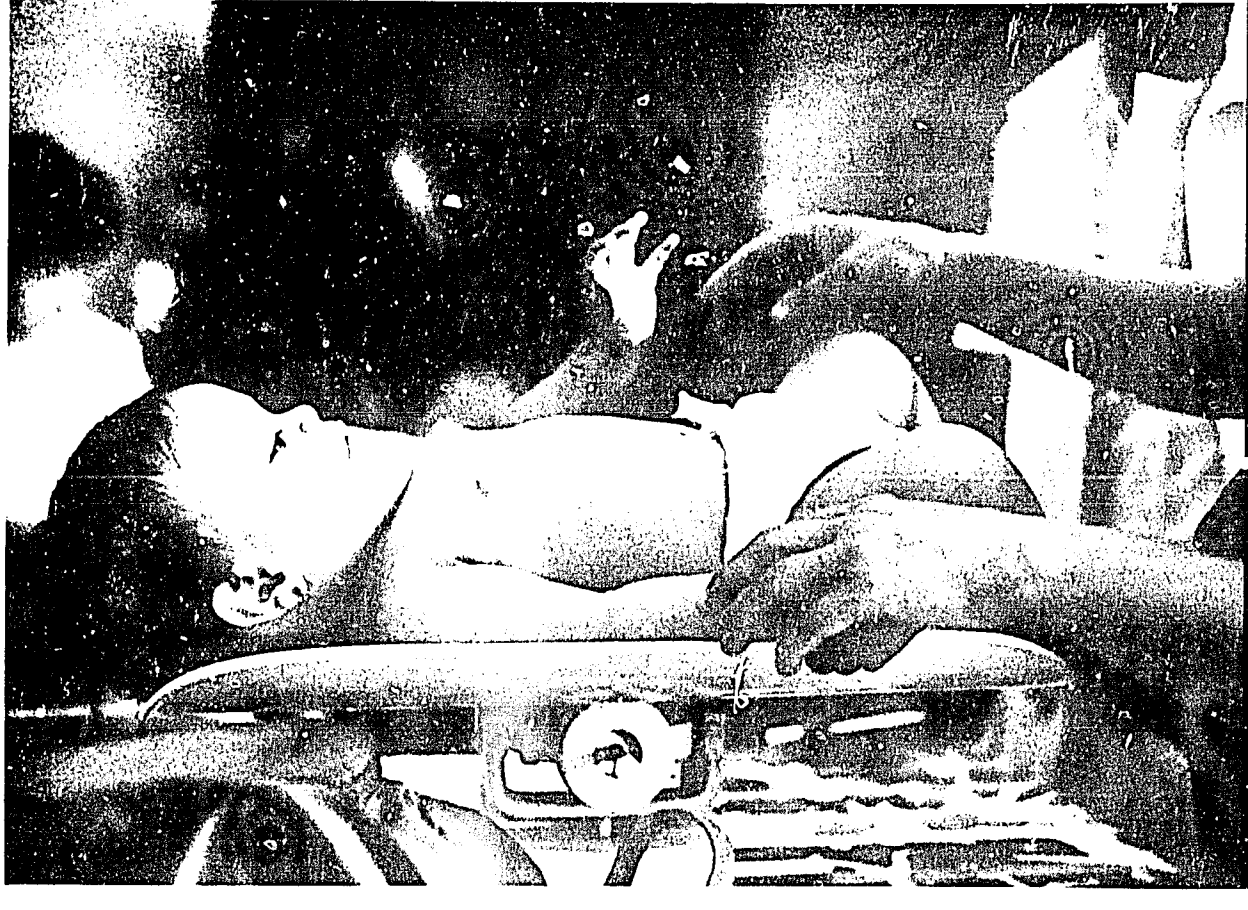


3

ANALYSE DU PROBLEME SANITAIRE

Tout programme de communication pour la santé commence par une analyse attentive du problème sanitaire qu'on cherche à traiter. Afin d'esquisser un profil des nouvelles pratiques que l'on cherche à promouvoir, les planificateurs rassemblent les données existantes et formulent des modèles épidémiologiques et comportementaux du problème.

(Honduras)



Previous Page Blank

3

Chaque objectif en soins de santé primaires (lutte contre les maladies diarrhéiques, vaccinations, suivi de la croissance, etc.) comporte un ensemble de caractéristiques cliniques et épidémiologiques spéciales qui définissent les limites et les possibilités du programme de communication. Une recherche préalable doit être entreprise si l'on veut qu'un programme de communication pour la santé publique soit efficace. De telles données peuvent etre recueillies par l'entremise d'études de surveillance ou de sondages aléatoires, mais de telles enquêtes débordent le cadre du présent manuel. Néanmoins, il est capital que les planificateurs de la communication pour la santé publique commencent leur travail en examinant cette recherche fondamentale s'ils veulent connaitre à fond les différentes technologies proposées—leurs limites, souplesse, dangers éventuels et interférence avec d'autres croyances et pratiques sanitaires du public visé.

ANALYSE EPIDEMIOLOGIQUE

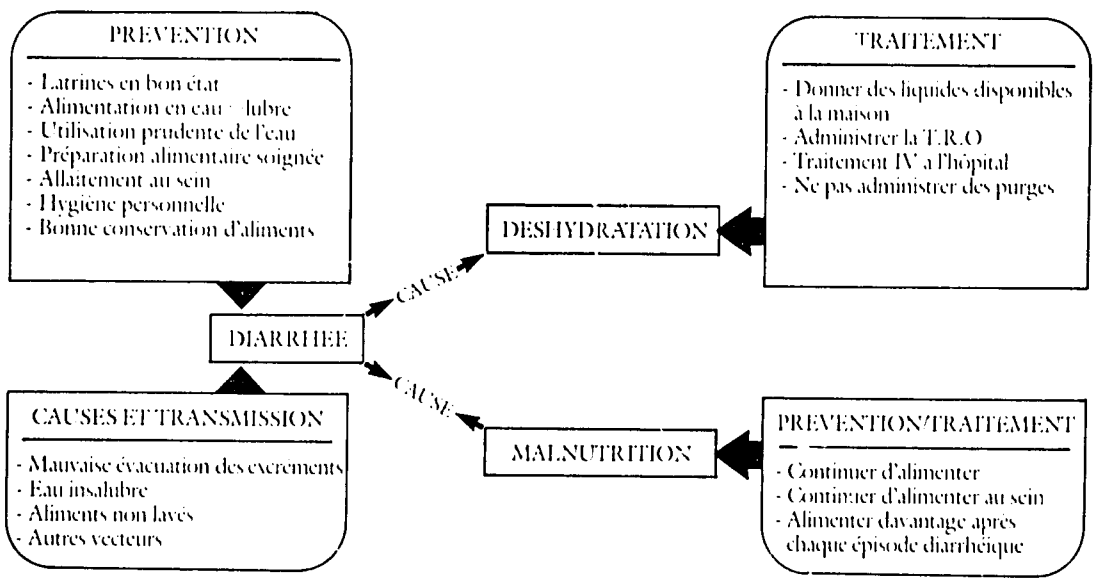
La planification commence par une analyse épidémiologique du problème sanitaire visé. L'information sur l'étiologie et la prévalence du problème devrait être rassemblée et analysée. Il convient de répondre entre autres aux questions suivantes:

- Quelle est la prévalence du problème sanitaire dans la collectivité (taux de mortalité et morbidité)?
- Est-ce-que la prévalence diffère chez les hommes et les femmes? Dans les différents groupes sociaux et économiques? Selon l'âge?
- Est-ce-que la prévalence varie selon les saisons?
- Est-ce-que la prévalence varie selon les différentes zones géographiques?
- Quel est le segment de la population qui a eu selon les rapports, le taux de prévalence le plus élevé l'année dernière?
- Quelles sont les principales causes et les facteurs risques associés au problème sanitaire?

Les planificateurs formulent un modèle sur la transmission, la prévention et le traitement de la maladie. La figure 3-1 présente un tel modèle pour les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques.

De plus, les planificateurs de la communication devront se tenir au courant des **politiques nationales** et des objectifs de programme concernant la question sanitaire visée. Cela est d'importance critique pour la mise au point des stratégies du programme. Prenons le cas des maladies diarrhéiques: les planificateurs doivent connaitre les normes de traitement national pour décider si les sachets de SRO seront utilisés dans les foyers ou les dispensaires ou si on fera appel aux petits commerçants. De

FIGURE 3-1: TRANSMISSION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES



fait, un programme de communication pour la santé publique, s'il se situe dans le long terme, devra probablement s'adapter périodiquement aux changements dans les politiques sanitaires ou incorporer de nouvelles informations concernant le problème sanitaire en question. Par ailleurs, un programme de communication agit souvent comme un catalyseur qui affine les politiques nationales de la survie de l'enfant. Parce qu'ils cherchent à se donner des objectifs clairs et cohérents, les planificateurs de la communication peuvent avoir l'occasion de participer activement à la formulation dédites politiques.

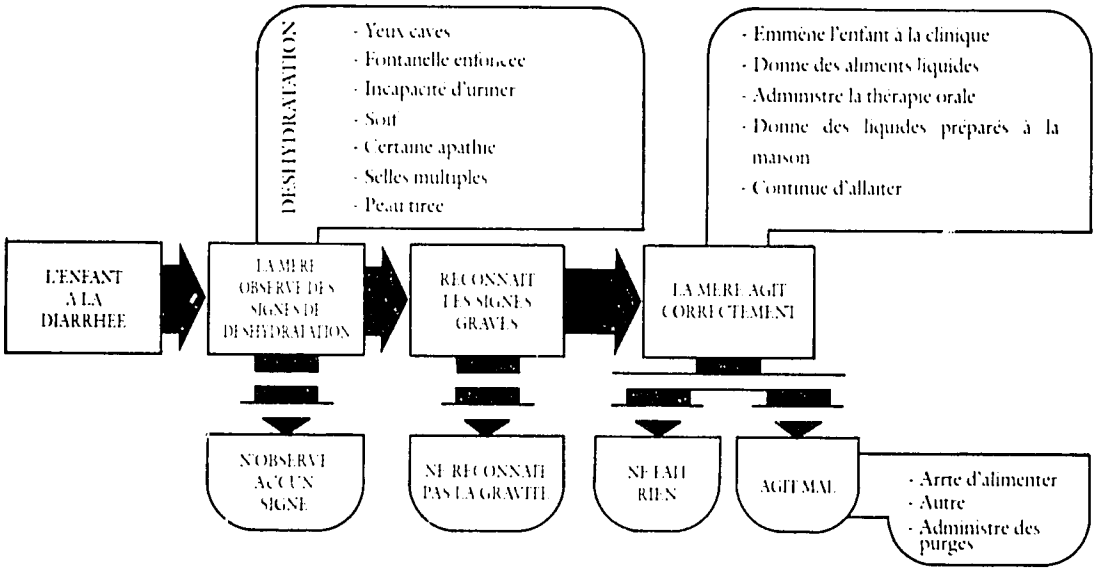
La planification doit également reposer sur une analyse approfondie des comportements liés au problème sanitaire.

Lorsqu'on prépare, par exemple, une communication pour un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, il convient de prendre comme point de départ un modèle analysant la réaction classique d'une mère à la diarrhée de son enfant. La figure 3-2 décrit le mode de réponses possible d'une paysanne dans le cas d'un épisode diarrhéique donné. Comment cette mère va-t-elle définir la diarrhée, quels sont les signes qu'elle observe et quelle importance va-t-elle leur accorder? Si elle pense que l'épisode est grave, comment va-t-elle le traiter et dans quelle mesure ce traitement est-il médicalement efficace? Quels sont les coûts et les avantages que ce comportement entraine pour la mère?

Les planificateurs doivent ensuite élaborer un profil détaillé du mode de comportement recommandé, donnant toutes les pratiques discrètes dans l'ordre dans lequel elles doivent en principe se dérouler ainsi que les conséquences découlant de chaque comportement. C'est à ce stade qu'entre en jeu l'analyse comportementale. Pour arriver à une liste de comportements précis, on peut constituer un groupe de travail composé de cliniciens, d'éducateurs sanitaires, de comportementalistes et d'agents de santé communautaire, c'est-à-dire ceux qui connaissent aussi bien les normes de traitement national recommandées que les pratiques communautaires existantes. La section supplémentaire à la fin du présent chapitre fournit un exemple d'un profil de traitement et de prévention de la diarrhée infantile mis au point pour le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques au Honduras.

Un profil de comportements dégage toute une gamme d'objectifs que peut se fixer le programme de communication. Cependant, une fois qu'ils sont établis, les planificateurs doivent choisir les pratiques que le programme de communication peut réalistement adopter. A cette fin, on peut s'inspirer des travaux de recherche sur le terrain décrits dans le chapitre suivant.

FIGURE 3-2: MODE DE REPONSE MATERNELLE



3 PROFIL DE COMPORTEMENT - HONDURAS PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

Supplément

Le profil ci-après présente un unsemble de comportements identifiés qui font partie de la prévention et du traitement des maladies diarrhéiques infantiles au Honduras. Après la mise au point de la liste, les concepteurs ont pesé l'importance des différents comportements et retenus ceux qui allaient devenir des comportements cibles. Les normes de traitement nationales et les pratiques communautaires existantes vont influencer le "profil de comportement" pour une pratique sanitaire donnée au sein d'un public cible donné.

COMPORTEMENTS CURATIFS

Diagnostic

1. Reconnaitre que les selles de l'enfant sont anormales.
2. Confirmer la présence des symptômes pré-aigus suivants:
   - selles liquides
   - apathie
   - perte d'appétit
   - plus de trois selles par jour
3. Confirmer la présence des symptômes aigus suivants:
   - yeux caves
   - peau/bouche sèche
   - diarrhée et vomissements
4. Prendre les décisions suivantes:
   - si 2 est non et 3 est non, ne rien faire;
   - si 2 est oui et 3 est non, utiliser la TRO préparée à la maison
   - si 2 est oui et 3 est oui, aller à l'hôpital ou au dispensaire.

Acceptation

5. Savoir qu'un sachet de TRO est un médicament pour la déshydratation—pas la diarrhée.
6. Savoir qu'un sachet peut restaurer l'appétit et l'activité.
7. Savoir qu'un sachet ne va diminuer le nombre de selles liquides.
8. Savoir qu'un sachet peut remplacer la perte des liquides essentielles.
9. Savoir que le médicament de réhydratation est mieux que la purge, la privation d'aliments et le remède traditionnel.
10. Connaître le coût d'un sachet de TRO en monnaie locale.
11. Dire pourquoi la dépense et l'effort en valent la peine.

Approvisionnement

12. Donner le nom du sachet.
13. Identifier visuellement le sachet.
14. Nommer les lieux où le sachet peut être obtenu.
15. Dire que deux sachets devraient être achetés en même temps.
16. Dire comment on peut obtenir le sachet.

Mélange

17. Identifier un récipient d'un litre.
18. Spécifier que le récipient doit être lavé et non-contaminé.
19. Remplir jusqu'au bord le récipient avec de l'eau salubre.
20. Ouvrir le sachet sans renverser le contenu.
21. Ajouter le contenu du sachet en renversant le moins possible.
22. Ne rien ajouter d'autre à la solution.
23. Remuer ou secouer.
24. Identifier la solution dissoute.
25. Préciser que le mélange ne doit pas être bouilli.

Administration

26. Utiliser une petite cuillère pour administrer le litre entier en petites quantités.
27. Administrer continuellement de petites quantités quand l'enfant est éveillé.
28. Continuer d'allaiter au sein pendant la réhydratation.
29. Si l'enfant vomit, laissez le reposer pendant quelques minutes et redonner LENTEMENT de petites quantités.
30. Donner des aliments de sevrage à l'enfant (*agua de arroz, ploedas, atoles*) dès que son appétit revient.
31. Ne pas lui refuser des aliments.
32. Si la diarrhée continue pendant plus d'un jour, mélanger et donner une nouvelle solution pendant encore un jour, ou jusqu'à ce que la diarrhée s'arrête.

Consulter le personnel soignant

33. Si la diarrhée continue pendant plus de deux jours, consulter le personnel soignant.
34. Si l'enfant vomit cinq fois ou plus par jour, consulter le personnel soignant.
35. Donner si possible la solution de TRO à l'enfant pendant le déplacement au dispensaire.

Nutrition pendant la convalescence

36. Donner des oeufs à la coque chaque jour pendant dix jours après le retour de l'appétit.
37. Une fois l'appétit revenu, donner plus d'aliments que d'habitude.
38. Donner des aliments complémentaires aussi longtemps que l'enfant souffre de la diarrhée.

Ce qui semble être une simple pratique peut en fait consister en une série d'étapes présentant divers problèmes pour un consommateur donné. (Honduras).

COMPORTEMENTS PREVENTIFS

Connaissance

1. La diarrhée est dangereuse; elle déshydrate l'enfant et peut être mortelle.
2. L'enfant ou le nourrisson est différent d'une personne adulte et doit recevoir un traitement spécial.
3. Les aliments peuvent contenir des germes qui sont dangereux.
4. L'eau peut contenir des germes qui sont dangereux.
5. Les matières fécales peuvent contenir des germes qui sont dangereux.
6. Des aliments préparés depuis longtemps sont plus susceptibles de contenir des germes.
7. Des aliments qui ne sont pas recouverts risquent plus facilement d'être contaminés par les germes.
8. La chaleur tue les germes (*animalitos, bichos, lombrices* ...).

Allaitement au sein, biberon et aliments de sevrage

9. Ne pas mettre les SRO dans les biberons.
10. Préparer correctement le biberon de l'enfant (séries de comportement).
11. Donner le biberon est dangereux si l'eau utilisée n'est pas bouillie.
12. Donner le biberon est dangereux si le biberon et la tétine ne sont pas bouillis auparavant.
13. Allaiter au sein autant que possible.
14. Le lait de la mère est meilleure et fortifie l'enfant.
15. Le lait de la mère est plus sûr et réduit les risques de maladie.
16. Une bonne mère allaite son enfant quatre fois par jour.
17. Une bonne mère allaite son nourrisson au moins six fois par jour.
18. Les nourrissons devraient être nourris seulement au sein jusqu'à six mois, puis recevoir en plus du lait maternel d'autres aliments jusqu'à dix-huit mois.
19. Le colostrum est comme une vaccination pour l'enfant (pour *primera vacuna*).
20. Les mères doivent se nourrir convenablement quand elles allaitent.
21. Manger plus, surtout des oeufs, est bon pour les mères qui allaitent.
22. Ne pas donner du fromage sous forme liquide aux enfants s'il date de plus de 24 heures.
23. Ne pas donner des haricots aux enfants car ils ne sont pas digestes.

Préparation des aliments

24. Réchauffer les tortillas avant de les donner au nourrisson/enfant.

25. Réchauffer les frijoles avant de les donner au nourrisson/enfant.
26. Réchauffer la soupe et donner la au nourrisson/enfant pendant qu'elle est chaude.
27. Réchauffer le riz et donner le à l'enfant pendant qu'il est chaud.
28. Chauffer le lait de vache avant de le donner au nourrisson/enfant s'il a été conservé pendant plus de quatre heures.
29. Laver les fruits avant de les donner au nourrisson/enfant.
30. Eplucher les fruits avant de les donner au nourrisson/enfant.

Conserver les aliments

31. L'eau bouillie doit être gardée dans un récipient avec couvercle.
32. Jeter le thé qui reste quand l'enfant a fini.
33. Recouvrer les tortillas avec un linge.
34. Couvrir les frijoles cuits.
35. Conserver la soupe dans un récipient avec couvercle.
36. Conserver le riz dans un récipient avec couvercle.
37. Conserver le lait de vache dans un récipient avec couvercle.
38. Conserver le fromage dans un récipient hermétique.
39. Conserver l'eau de boisson dans un récipient avec couvercle.
40. Ne pas conserver les aliments pour l'enfant, mais préparer des plats frais.

Hygiène personnelle (la mère)

41. La mère devrait se laver les mains avec du savon avant de préparer les aliments pour le nourrisson/enfant.
42. La mère devrait se laver les mains avec de l'eau propre avant de préparer les aliments pour le nourrisson/enfant.
43. La mère devrait se laver les mains avant de donner à manger au nourrisson/enfant.
44. La mère devrait se laver les mains avant de servir à manger.
45. La mère devrait se couper les ongles une fois par semaine.
46. La mère devrait s'assurer que les autres frères ou soeurs prennent les mêmes précautions s'ils donnent à manger au nourrisson/enfant.
47. La mère devrait se laver les seins avant d'allaiter.
48. Augmenter la quantité d'eau utilisée pour se laver les mains.
49. Augmenter la fréquence avec laquelle la mère se lave les mains.
50. Utiliser toujours du savon pour se laver les mains car il tue les germes.
51. Se laver les mains après avoir déféquer.
52. Se laver les mains avant de toucher les aliments.
53. Garder un bol avec de l'eau chlorée destinée uniquement à se laver les mains.
54. Laver les mains du nourrisson ou de l'enfant avant de lui donner à manger.

Hygiène domestique

55. Laver le récipient qui contient l'eau (avec du chlore)
56. Laver le récipient qui contient l'eau (avec du savon)
57. Laver avec du savon la cuillère qui a servi à cuire les haricots.
58. Laver avec du savon la casserole qui a servi à cuire les haricots.
59. Ne pas mélanger la cuillère de l'enfant avec d'autres ustensiles de la famille.
60. Gardez les couches dans un endroit couvert que l'enfant ne peut pas atteindre.
61. Jeter les couches dès qu'elles ont été enlevées.
62. Construire un parc pour l'enfant dès qu'il commence à ramper et y laisser l'enfant en l'absence de la mère.
63. Mettre une barrière à la porte de la cuisine pour ne pas laisser entrer les animaux.
64. Laver le bassin de lit avec de l'eau chlorée ou savonneuse chaque matin.
65. Les mères devraient utiliser une serviette spéciale.
66. Enterrer les excréments loin de la maison et de l'eau.
67. Ne pas déféquer près d'une source d'eau.
68. Encourager les enfants à dire à leurs mères quand ils ont déféqué.
69. Encourager les enfants à se laver les mains après avoir déféqué.

4

RECHERCHE PRELIMINAIRE

La recherche préliminaire permet de s'assurer que les programmes de communication pour la santé publique reposent sur une bonne connaissance des groupes cibles. Les méthodes de recherche englobent les enquêtes par sondage, les enquêtes spontanées, les réunions d'expression, les interviews approfondies, les études ethnographiques et les observations des comportements. Les résultats de la recherche préliminaire permettent aux planificateurs de programmes de fixer des objectifs mesurables et de concevoir des stratégies réalistes pour le programme de communication.

(Honduras)

4

A la suite de l'examen des données sanitaires fondamentales, la recherche prend une nouvelle direction et s'axe sur l'étude détaillée du public, du personnel soignant, du système de prestations et des canaux de communication possibles.

Deux raisons font qu'une recherche préliminaire approfondie est d'importance capitale:

• L'efficacité d'un programme de communication pour la santé publique repose sur **le rôle central du consommateur**. Des interventions réussies—qu'il s'agisse de messages éducatifs ou de promotion de nouveaux produits et services—doivent être étayées par une parfaite connaissance des consommateurs et de leur environnement.

• Le but d'un programme de communication pour la santé publique est de **changer les pratiques sanitaires et partant l'état de santé**. Et c'est uniquement en comparant avec les données préliminaires que l'on pourra vérifier si de tels changements se sont produits.

Souvent les responsables de programme sont anxieux d'aller de l'avant et de démarrer les interventions. Pourtant l'expérience nous montre que la réussite dépend d'une bonne recherche préliminaire. Il faut prévoir trois à six mois pour effectuer la recherche et concevoir la stratégie.

LE PROGRAMME DE RECHERCHE

La recherche préliminaire (également appelée recherche formatrice puisque ces résultats servent à "former" les programmes) devrait réunir les types d'information suivantes:

Etude du consommateur:

Quels sont les niveaux actuels de connaissances, d'attitudes, et de pratiques (CAP) des groupes cibles concernant le problème sanitaire?

Quels sont les concepts et vocabulaires qu'ils utilisent pour en parler?

Quelles sont leurs croyances concernant les causes du problème?

Quelles sont leurs manières actuelles de le traiter?

A qui s'adressent-t-ils pour recevoir des conseils sur le problème sanitaire?

Quels sont les coûts et avantages liés à l'adoption de la pratique sanitaire proposée?

Quels facteurs peuvent motiver les mères à adopter la nouvelle pratique sanitaire?

Etude du personnel soignant

Quels sont les niveaux de connaissances actuels du personnel soignant et des autres agents concernant les normes et méthodes de traitement?

Quelles sont leurs pratiques actuelles?

Quelles sont les méthodes d'éducation sanitaire?

Quelles sont les ressources actuelles pour l'éducation sanitaire?

Quels élements pourraient motiver le personnel soignant à adopter un nouveau traitement ou à enseigner les pratiques?

Etude du système de prestations sanitaires

Quels sont les nombres et types d'établissements susceptibles d'apporter les mesures préventives et les traitements?

Quels sont les nombres et types de personnels disponibles?

Quels sont les nombres et types d'établissement d'enseignement qui peuvent traiter le problème sanitaire?

Information sur les médias

Quelle est la structure nationale des mass médias?

Quelle est la couverture effective des stations de radio et de télévision?

Quels sont les coûts ordinaires de la production et du temps d'antenne et comment la diffusion est-elle régie?

Quel pourcentage de la population possède une radio ou une télévision?

Quels sont les modes d'utilisation de la radio et la télévision?

Quels sont les taux d'alphabétisation au niveau individuel et des ménages?

Est-ce que le public peut interpréter facilement des images à deux dimensions?

Quelles sont les structures linguistiques?

Quels sont les autres moyens de communication prédominants ayant une véritable incidence?

Information sur les politiques des ministères et des programmes

Quels sont les plans et priorités des ministères intéressés?

Informations utiles

La recherche préliminaire a dégagé de nombreux résultats importants pour les programmes de survie de l'enfant dans le monde entier. Les découvertes mentionnées ci-après ne sont que quelques exemples de ces informations qui peuvent influencer de manière radicale la direction des activités pour la communication dans les pays africains.

- Les spécialistes de la communication du Malawi pensaient qu'ils pouvaient dependre de la radio comme leur principal moyen de communication. Mais la recherche a montré que seulement 14 pour cent de la population possédait une radio et beaucoup de ces appareils étaient en panne au moment de l'interview. De plus, le groupe qui avait accès à la radio n'était pas celui que visait en premier le programme de communication pour la santé. De ce fait, le programme s'est concentré sur la communication face-à-face comme son principal moyen éducatif promotionnel.

- La recherche en Gambie a montré que seulement trois pour cent de la population était alphabétisé et que de nombreuses femmes ne savaient pas "lire" les images. Les spécialistes de la communication ont conçu un dépliant qui était codé par couleur et qui pouvait être expliqué à la radio.

- Un pays africain a adopté la même solution de SRO eau-sucre-sel qui avait si bien réussi en Gambie. Mais quand les chercheurs ont étudié les pratiques du public ils ont découvert que la taille du bouchon de la bouteille locale de soda avait un effet très négatif sur la solution de SRO. La bouteille d'un litre avait une capsule qui mesurait deux fois plus de sel que la capsule de la bouteille gambienne. De ce fait, les femmes mélangeaient des concentrations dangereuses. Les planificateurs de la communication ont dû mettre au point une série de messages pour rééduquer les consommateurs et leur apprendre une formule différente.

La recherche préliminaire en Gambie a consisté en diverses études fondées sur les interviews personnelles, les observations, les réunions d'expression et les autres méthodes de mesure. La segmentation du public a constitué une étape de cette recherche.

Quels sont les politiques et objectifs du programme?

Quelles sont les normes de traitement nationales?

Information sur les influences et contraintes générales

Qu'est-ce-que le public pourrait soupçonner être le motif caché des communicateurs?

Comment peut-on prévoir et prévenir une éventuelle résistance au produit ou message?

Quelles sont les influences sociales et économiques pouvant encourager l'adoption?

Quelles sont ou qui sont aux yeux du public cible des sources d'information crédible?

Quelle sera la réaction des dirigeants civiques, politiques, religieux et des experts techniques face aux messages?

Si certaines de ces informations sont déjà connues, et que d'autres devront être dégagées par l'analyse du probleme sanitaire, il reste toutefois une grande partie que le programme devra chercher à obtenir. Un travail d'une telle envergure peut prendre des mois et exiger un bon niveau d'expertise. Les spécialistes de la recherche devraient aider à déterminer les bonnes techniques de collecte de données, à concevoir les questionnaires, à former les enquêteurs et réaliser l'analyse des données. Il se peut que les services de recherche des ministères promoteurs et participants soient disposés à participer. Les universités locales et les sociétés privées telles que les bureaux d'étude de marché peuvent également se porter volontaire pour aider ou alors, on peut recruter leurs services. N'oublions pas, cependant que si l'on veut institutionnaliser la méthodologie, il convient d'adapter le calendrier et les approches de la recherche aux ressources locales.

STRATEGIE A L'OEUVRE

Une enveloppe de recherche préliminaire

Quels sont les éléments essentiels que doit inclure au minimum un programme de recherche préliminaire? Une telle enveloppe peut inclure à titre d'exemples les éléments suivants:

- Etude ethnographique: interviews approfondies avec 25 parents faites par un anthropologue dans le but de réunir des informations sur les concepts locaux des causes de maladie et du vocabulaire local utilisé pour discuter le problème sanitaire en question.

- Etude du public: étude des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de 200-300 personnes dans le but de dégager des données quantitatives sur les CAP, les modes de communication locaux dont le taux d'audition à la radio, le nombre de gens qui possèdent un appareil et le taux d'alphabétisation.

- Enquête des agents de santé: enquête avec 25 agents de santé dans le but de déterminer les pratiques et normes de traitement actuels relatives au problème de santé en question.

- Observation du comportement: observation structurée des rapports entre les agents de santé et les mères dans deux dispensaires afin de définir les facteurs qui influent sur le taux de fréquentation.

- Réunions d'expression: discussions avec six groupes de mères pour étudier en détail les attitudes et les expériences face au problème ou pratiques sanitaires en question.

COLLECTE DES DONNEES

La méthode de recherche préliminaire devrait englober diverses techniques suivant le type d'information recherché. L'on peut citer deux grandes catégories:

Les techniques quantitatives qui visent à compter et à mesurer—s'agissant notamment des diverses enquêtes et des indicateurs disponibles au public tel que les dossiers médicaux et les données sur les ventes.

Les techniques qualitatives qui visent à étudier les opinions, les pratiques et les croyances—s'agissant notamment des réunions d'expression, des interviews approfondies, des recherches ethnographiques et des observations de comportement.

Le spécialiste de la communication pour la santé publique devrait se familiariser avec toute la gamme de méthodes de recherche et se spécialiser dans l'une ou l'autre. Il fera attention à choisir une méthode qui dégage des informations utiles non seulement au moment de la recherche préliminaire mais aussi plus tard au moment du test des produits ou messages. La section supplémentaire à la fin du présent chapitre présente une brève description des techniques de recherches les plus répandues.

DEFINITION DES OBJECTIFS DU PROGRAMME

Les résultats de la recherche préliminaire, combinés à ceux de l'analyse du problème sanitaire, permettent aux planificateurs de fixer des objectifs mesurables pour le programme de communication. Ces objectifs doivent être quantifiables et constants sur toute la durée du programme. Les évaluations de l'impact vont déterminer si le programme a réussi à atteindre ses buts. Citons à ce propos quelques objectifs que peut se donner une communication au service d'un programme de survie de l'enfant:

Couverture: On espère que X pour cent du public cible auront suivi un programme radiophonique, utilisé une courbe de poids ou consulté un agent de santé particulier dans les X mois qui suivent le démarrage des activités de communication.

Connaissances: On espère que X pour cent du public cible pourront spécifier que les enfants doivent recevoir 3 doses pour avoir la série complète de vaccinations, que X pour cent sauront où obtenir les sachets de SRO, que X pour cent se serviront correctement de la courbe de poids sachant qu'il faut donner une alimentation spécifique à l'enfant quand il perd du poids.

Essai: On espère que X pour cent du public cible aura utilisé à un moment ou à un autre les SRO pour traiter la diarrhée. Le carnet de vaccination du plus jeune enfant présente toutes les doses nécessaires à une couverture vaccinale complète.

Adoption: On espère que X pour cent du public cible aura traité le dernier épisode diarrhéique de leur enfant avec les SRO.

Résultats: On espère que le taux de morbidité et mortalité imputables au problème sanitaire en question aura diminué de X pour cent au sein du public cible.

Ces objectifs marquent les étapes progressives devant être accomplies si l'on veut modifier un comportement sanitaire. C'est là le but premier d'un programme de communication pour la santé. Ils suivent un ordre hiérarchique où chaque étape dépend de la réussite relative de ce qui a précédé. Il faut un certain degré de **couverture** si l'on veut impartir certaines **connaissances**. Celles-ci à leur tour poussent les gens à **essayer** le nouveau comportement sanitaire. Et enfin, cette expérience entraine **l'adoption** effective du comportement chez un certain pourcentage. En dernier lieu, tous ces objectifs visent à accomplir la mission prise au sens large d'un programme de santé publique, à savoir réduire la morbidité et la mortalité imputables au problème de santé en question.

STRATEGIE A L'OEUVRE

Chercher le coupable

Dans un pays d'Amérique latine, les fonctionnaires de la santé publique ont essayé d'identifier une série de messages préventifs aux fins de réduire l'incidence de la diarrhée dans les zones rurales. Ils ont pris deux aliments courants, les haricots et les tortillas, comme étant la source possible de croissance bactérienne et de contamination. Les haricots semblaient la source la plus probable—ils sont chauds et humides, ils sont gardés pendant des heures, ils sont constamment recontaminés quand on introduit les fourchettes et les mains dans le pot.

Cependant, avant de lancer un "message sur les haricots", les autres possibilités ont été examinées par un spécialiste de la communication, un comportementaliste, un anthropologue et un médecin. Le comportementaliste a demandé à l'anthropologue de décrire soigneusement la manière de préparer les tortillas. Celui a saisi l'occasion et a expliqué en long, en large et en travers chaque étape. Le médecin commençait à être ennuyé par ces deux scientifiques sociaux qui analysaient avec un tel souci du détail le comportement classique d'une mère. Quand soudainement il les a interrompus, "Quand vous parlez de jus de citron, vous voulez dire le fruit ou le carbonate de calcium?" Quand on lui a dit qu'il s'agissait du carbonate de calcium, le médecin a ajouté que le citron probablement ajouté assez de ph au tortilla pour en faire un bouillon de culture idéale. De fait, une étude venant d'être achevée dans un autre pays indique que les tortillas faits avec du maïs contiennent autant de bactéries que les matières fécales humaines si on les garde exposés pendant quelques heures dans les conditions normales. Cette découverte a permis de réorienter l'entière campagne préventive.

LES ENQUETES

C'est le meilleur procédé pour scruter le système de croyances d'un large groupe de la population. Les enquêtes permettent aux chercheurs de déterminer la proportion de personnes dans un groupe donné qui semblent penser ou agir de telle ou telle manière. Les enquêtes sont soit partielles soit exhaustives, elles peuvent être adaptées au besoin particulier d'un programme. Elles sont en général très efficaces. Toutefois, cela nécessite certains préalables. Il faut définir clairement les buts de la recherche, concevoir attentivement l'enquête, mettre au point et tester le questionnaire, organiser la collecte et le traitement des données et analyser et interpréter en temps opportun les résultats.

Avantages des enquêtes:

- Elles dégagent des données quantifiables permettant d'étayer les hypothèses.
- Si la base de sondage est valide, c'est la seule technique de recherche qui permette de généraliser les projections à un grand nombre de personnes.

Inconvénients:

- Elles reviennent plus chères en termes d'argent et de temps que les autres techniques de recherche.
- Elles ne permettent pas de découvrir les informations qui n'entrent pas dans le domaine délimité par les chercheurs. Si les questions ne reposent pas sur une recherche qualitative, l'enquête peut passer à côté du sujet.
- Toutes les réponses indiquent des "comportements signalés" et non des comportements effectifs. La personne interrogée risque de répondre dans le but de plaire à l'enquêteur. Pire, plus il est exposé à une campagne de communication, plus le répondent risque de signaler qu'il a bel et bien adopté le comportement désiré. Si l'on veut obtenir chez les répondants des indications fiables sur leurs attitudes et comportements, on aura besoin de techniques de conception et de mesures sophistiquées.

Durée approximative:

- Deux à six semaines pour concevoir et prétester l'instrument (en fonction de l'objectif de la recherche);
- Deux à six semaines pour collecter les données (en fonction de la taille de l'enquête);
- Deux à six semaines pour coder et analyser les données;
- Temps total: six à dix-huit semaines.

Ressources nécessaires:

- Enquêteurs qualifiés
- Méthodes de sondage
- Questionnaires
- Analyse des données

REUNIONS D'EXPRESSION

Les réunions d'expression regroupent huit à dix participants qui sont représentatifs du public visé. Un enquêteur formé se sert d'une liste de questions préparées à l'avance visant à recueillir autant d'informations que possible sur le vocabulaire, les attitudes et les concepts relatifs au problème de santé retenu. Ces questions doivent être conçues de sorte à obtenir des réponses détaillées et diversifiées de la part du groupe. Elles ne doivent pas être influencées par l'attitude de l'animateur. Dans de nombreux pays, les réunions d'expression ont été très utiles pour analyser des croyances traditionnelles très répandues que ni l'interview ni l'enquête n'avaient pu mettre en lumière.

Les "sous-groupes" du public visé devraient être représentés. Par exemple, quand un groupe de mères avec des jeunes enfants font des essais sur les messages de TRO, le chercheur devrait inclure les femmes qui sont mères pour la première fois au groupe de celles qui ont deux ou trois enfants et donc plus d'expérience en matière de soins maternels. Si un sous-groupe risque de freiner la discussion, par exemple si des jeunes mères ont tendance à se référer à l'avis des parents plus expéri-

mentés, il conviendra alors d'interviewer séparément ces deux groupes.

Une séance dure entre 60 et 90 minutes. L'animateur suit un guide de discussion pour ne pas s'écarter des sujets retenus. Parallèlement, il encourage les participants à exprimer leurs opinions librement et spontanément et tentera d'approfondir tout nouveau sujet pertinent se présentant lors de la conversation. Il est important que l'animateur insiste sur le fait qu'il n'a pas de réponse "juste" ou "fausse" aux questions soulevées par le groupe.

Bien que l'animateur n'ait pas besoin d'être un expert sur le contenu de la discussion, il ou elle doit cependant maîtriser la méthode. Il s'agit d'être capable d'établir le contact avec le groupe, de poser des questions et de recevoir les réponses en toute objectivité.

Dans l'idéal, les répondants devraient être choisis sans qu'ils se connaissent. Il s'agit de les assurer que leurs réactions sont strictement confidentielles. Il arrive qu'on propose une "incitation" au participant, le plus souvent sous forme monétaire.

Le nombre de réunions d'expression nécessaires pour recueillir des opinions sur un sujet varie. Théoriquement, les chercheurs devraient continuer avec les différentes grappes d'un seul segment du public jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne se présente. Mais cela dépend également des besoins et ressources du programme en question. Si les opinions du public cible semblent converger, il suffit généralement d'organiser trois à quatre groupes.

Avantages des réunions d'expression:

- L'atmosphère de groupe peut stimuler des discussions plus approfondies que les interviews individuelles.
- Les diverses opinions sur la question peuvent être obtenues plus rapidement.

Les réunions d'expression doivent être soigneusement structurées et pourtant avoir une atmosphère ouverte afin d'encourager l'échange d'idées. Ici, une réunion d'expression en Malawi commence par des chants.

Inconvénients:

- Les réunions d'expression ne devraient pas être employées aux fins d'obtenir des données quantitatives (par exemple mesurer les choix entre deux concepts);
- La nature qualitative des données et la petite taille des échantillons ne permettent pas de comparer les résultats de divers groupes.

Durée approximative:

- Environ deux semaines pour concevoir l'étude;
- Deux à six jours pour les réunions;
- Cinq jours pour analyser les interviews et rédiger le rapport;
- Temps total de la planification à la rédaction du rapport: trois à quatre semaines.

Ressources nécessaires:

- Guide de discussion;
- Animateur qualifié qui parle le dialecte régional en question;
- Observateur pour enregistrer au fur et à mesure les réactions du groupe;
- Répondants représentatifs du public cible;
- Lieu de réunion confortable pour les interviews;
- Magnétophone et cassettes.

Si l'on dispose d'une salle de réunion, le chercheur pourra trouver un endroit tranquille où il ne sera pas trop dérangé. L'observateur peut se trouver dans la même pièce que les répondants, placé derrière eux pour ne pas être vu et prendre tranquillement des notes. Les participants s'habitueront assez vite à sa présence.

INTERVIEWS SPONTANEES DANS UN QUARTIER CENTRAL

Les interviews spontanées ou les autres petites enquêtes par sondage se fondent sur les résultats des autres activités de recherche et aident à étayer les hypothèses.

Comme leur nom l'indique, elles sont fortuites. Un enquêteur se rend dans un endroit très fréquenté par le public visé et pose certaines questions précises à des personnes choisies aléatoirement afin de constater si elles font partie du public visé. Si tel est le cas, elles sont cordialement invitées à participer à l'étude et à se rendre dans un endroit tranquille pour procéder à l'interview.

Souvent un endroit très fréquenté donne l'occasion de faire un grand nombre d'interviews dans un temps assez court et cette méthode peut donc être très efficace par rapport aux coûts sur la base par interview. Les questions posées lors ces interviews sont de type très structuré (avec des réponses ouvertes et fermées) suivant la portée du sujet couvert. Elles prennent de 10 à 30 minutes.

Pour cette technique, il est important que les chercheurs choisissent des *endroits qui sont très appropriés* à leur public cible. Le test des messages pour la TRO ou la promotion des vaccinations peut se dérouler dans un dispensaire alors que les interviews spontanées sur le planning familial peuvent se faire dans une pharmacie ou sur la place de marché. Si l'endroit fait partie d'une structure administrative, il convient au préalable de demander la permission de faire les enquêtes.

Bien que les interviews spontanées contrairement aux réunions d'expression fournissent des données quantitatives, on court le risque ici de ne pas atteindre un échantillon assez représentatif de l'ensemble du groupe visé. Les planificateurs devraient être conscients de la limitation de ces données. Encore qu'un groupe composé de 100 à 200 répondants pour chaque test discret garantisse une base solide au perfectionnement des messages ou produits.

Avantages des interviews spontanées:

- Possibilité d'obtenir un grand nombre d'interviews;
- Possibilité de choisir, si nécessaire, divers endroits bien situés;
- Emploi de questions très structurées permettant une analyse rapide des résultats.

Inconvénients:

- Ne permet pas de recueillir assez de réponses spontanées et statistiquement représentatives;
- N'est pas indiqué dans le cas de sujets délicats ou à caractère émotionnel;
- Ne permet pas de longues entrevues.

Durée approximative:

- Trois semaines pour concevoir le questionnaire et organiser les interviews;
- Nombre de jours nécessaire pour le travail sur le terrain varie selon la longueur de l'interview, le nombre de personnes interrogées et l'affluence dans l'endroit retenu; la moyenne étant de quatre jours;
- Temps total nécessaire—quatre à cinq semaines.

Ressources nécessaires:

- Questionnaire structuré;
- Enquêteur qualifié qui parle le dialecte régional en question;
- Accessibilité du quartier central fréquenté par les personnes représentatives du public visé;
- Endroit pour faire les interviews.

INTERVIEWS INDIVIDUELLES APPROFONDIES

Ce type d'interview prend comme point de départ l'information recueillie par les autres activités de recherche et cherchent à scruter plus profondement les attitudes et préoccupations individuelles. Très utiles quand il faut aborder des sujets délicats, examiner de plus près certaines questions, ou recevoir des réponses individuelles plutôt que celles d'un groupe, elles sont aussi pratiques quand on est dans l'impossibilité d'organiser des réunions de groupe. Elles vont souvent de pair avec les observations des pratiques sanitaires.

Ces interviews peuvent être menées dans n'importe quel endroit tranquille où l'enquêteur et le répondant peuvent se concentrer. Il est indiqué de se rendre au domicile des mères qui allaitent ou de celles qui ont des enfants en bas âge.

Il est important qu'elles soient menées par un enquêteur expérimenté ou du moins quelqu'un qui connait bien le thème de la discussion. En effet, faire preuve de sensibilite par rapport aux sentiments du répondant et bien connaitre le matériel constituent deux éléments d'importance critique. Les interviews peuvent durer de 30 à 90 minutes, selon le degré de couverture requis.

A l'instar des réunions d'expression, les interviews approfondies apportent des connaissances qualitatives. L'échantillon est généralement petit, encore qu'un minimum de 20 à 30 interviews soit recommandées. Cette taille limitée signifie que si les données peuvent aider les planificateurs à prendre des décisions, les résultats toutefois ne devraient pas être généralisés à un groupe de population plus large.

Avantages des interviews individuelles approfondies:

- Possibilité de scruter en profondeur les opinions des différents répondants;
- Possibilité d'aborder à l'écart des sujets délicats ou émotionnels;
- Possibilité d'interviewer des publics difficiles à atteindre en se rendant à leur domicile ou dans des endroits qu'ils ont choisis.

Inconvénients:

- L'organisation et l'analyse de telles interviews prennent beaucoup de temps;
- Les résultats ne sont pas généralisables.

Durée approximative:

- Trois semaines pour concevoir le questionnaire et organiser les interviews;
- Nombre de jours nécessaires pour faire les interviews varie selon la disponibilité des répondants;

- Cinq à 10 jours pour analyser les interviews et rédiger le rapport;
- Temps total de la planification à la rédaction du rapport—cinq à six semaines.

ETHNOGRAPHIES

Les études ethnographiques englobent les techniques anthropologiques permettant d'analyser le lien entre des pratiques sanitaires particulières et le contexte culturel au sens large. Elles prennent plusieurs mois et exigent les services d'un ethnographe expérimenté mais par ailleurs elles fournissent des informations précieuses sur l'importance que les pratiques et croyances sanitaires dérivent dans le système social.

Les études ethnographiques aident les planificateurs à comprendre comment les pratiques sanitaires se rapportent au contexte de culturel plus large. (Honduras)

Techniques courantes:

Une étude ethnographique peut faire appel à plusieurs ou à toutes les approches suivantes:

Observation participative—Le chercheur participe pendant un temps à la vie quotidienne de la collective qu'il étudie, observant ce qui se passe, écoutant ce que les gens racontent, posant diverses questions. L'observation des participants constitue la technique de recherche anthropologique la plus classique. Cette étude est généralement étalée dans le temps (au moins six semaines).

Observation directe—Le chercheur observe mais ne "participe" pas. Il décrit certaines activités.

Conversations spontanées—Le chercheur profite de chaque occasion pour s'entretenir de manière naturelle soit avec une personne ou avec des petits groupes de la collective étudiée.

Interviews dirigées (approfondies)—Le chercheur organise pendant un certain temps des interviews ouvertes avec les "principaux informants" (personnes choisies de la collectivité). Il suit une liste générale de questions qui peut évoluer tout au long de l'étude.

Méthodes d'enregistrement des données:

Dans le cadre d'une ethnographie, le chercheur consigne trois types d'informations: notes de journal, notes succinctes de terrain et notes de terrain approfondies.

Journal—Le chercheur décrit brièvement dans un journal ce qu'il a fait chaque jour de l'étude et consigne également les événements particuliers qui ont lieu dans la collectivité. Il s'agit au fond d'une description du calendrier de travail de la recherche.

Notes succinctes de terrain—Le chercheur prend des notes durant les visites au domicile des principaux informants. L'information est très simple, quelquefois juste quelques mots rappels et peut être notée sans déranger la conversation.

Notes de terrain approfondies—Le jour même de l'observation, le chercheur développe les notes prises lors des visites de cette journée. Il peut s'agir de ses impressions personnelles tout au long de la conversation. Ces notes sont ensuite photocopiées et consignées dans une série de dossiers aux fins d'examen et d'analyse complémentaires—le dossier communautaire, le dossier familial et le dossier thématique.

Avantages des études ethnographiques:

- Possibilité de comparer les comportements effectifs et ceux signalés;
- Possibilite d'observer le contexte culturel dans lequel se range un comportement ou une série de comportements;
- Possibilité de suivre les familles et groupes sur une période de temps.

Inconvénients:

- Prend beaucoup de temps;
- Distorsion possible dans l'analyse des données du fait que le chercheur a passé beaucoup de temps et a pu s'attacher émotionnellement aux gens qu'il étudie;
- N'est pas aussi systématique que les autres techniques.

Ressources nécessaires:

- Canevas de discussion ou questionnaire;
- Enquêteur qualifié parlant le dialecte régional en question;
- Pièce ou endroit tranquille;
- Magnétophone et cassettes (facultatif).

LES OBSERVATIONS DE COMPORTEMENTS

Les observations de comportements aident le planificateur de la communication à définir les antécédents et les conséquences des comportements (actuels et recommandés). Elles lui permettent notamment de comprendre pourquoi certaines pratiques sont présentes ou absentes et de recenser celles qui sont un point de départ pour le nouveau comportement. L'on peut ainsi analyser et décrire le nouveau comportement désiré. Les planificateurs ne comprennent pas toujours au départ toutes les étapes à suivre pour instaurer de nouvelles pratiques. L'observation de comportement peut les aider à définir cette séquence.

Techniques de base:

On compte quatre techniques fondamentales pour évaluer le comportement, elles enregistrent les éléments suivants:

- **La fréquence**—L'observateur compte simplement le nombre de fois qu'une action particulière a lieu sur une période de temps définie à l'avance. Cela nous donne le taux de fréquence d'un événement ou d'une pratique (nombre de patients qui entrent dans un dispensaire ou nombre d'administrations de TRO en un jour).
- **La durée**—L'observateur mesure la durée d'un comportement sur une période de temps définie à l'avance. Cette mesure est plus affinée. Par exemple une mère administre la SRO plusieurs fois par jour, mais seulement dix secondes (une petite cuillerée) chaque fois. Dans ce cas, fréquence et durée sont pertinentes. Par ailleurs, la durée ne peut être évaluée que si le comportement a un début et une fin clairement marqués.
- **Produits du comportement**—L'observateur recense les produits "physiques" ou les effets du comportement cible—tels que le poids d'un enfant ou le nombre de médicaments inscrit sur le dossier clinique— d'habitude à la fin d'une période de temps prédéterminée. Cette technique s'avère utile quand d'autres méthodes peuvent interférer avec le comportement préconisé et que l'observation directe est trop difficile ou trop longue.
- **Compte rendu**—L'observateur décrit la séquence de toutes les pratiques observées relatives au comportement donné. Les observations peuvent être organisées dans un tableau en trois colonnes (tableau ACC) montrant les événements antérieurs au compor-

tement (antécédents), la réponse du sujet (comportement) et les événements qui découlent du comportement (conséquences). Cette technique précise les conditions qui entourent un comportement, y compris les stimuli et les renforcements possibles. Elle s'avère utile quand les observateurs ne connaissent pas le sujet ou lorsque deux observateurs ne peuvent se mettre d'accord sur le cas d'un comportement. Le compte rendu permet de faire des hypothèses qu'on vérifiera par d'autres moyens plus tard.

Périodicité:

Les techniques décrites ci-dessus peuvent être appliquées dans trois types de mesure—enregistrement par intervalle, sondage intermittent, et enregistrement continu.

- **Enregistrement par intervalle**—L'observateur divise la période totale de l'observation (par exemple, 30 minutes) en un certain nombre d'intervalles de durée égale, allant généralement de cinq secondes à une ou deux minutes. Puis, il note si le comportement défini a lieu ou non pendant l'intervalle donné. La durée de l'intervalle devrait être définie de manière à ce que le comportement généralement ne se présente qu'une fois.

- **Sondage intermittent**—L'observateur prends des "clichés" tout au long de la période de temps retenue. Ces clichés peuvent être à intervalle régulier ou fortuits. Par exemple, une moyenne quotidienne fiable peut être obtenu grâce à un sondage intermittent toutes les heures dans le but d'observer combien de femmes attendent au dispensaire.

- **Enregistrement Continu**—L'observateur applique la technique sur une période d'observation continue.

Lors du choix de la méthode, les planificateurs de la communication doivent tenir compte de la personne qui sera chargée de l'observation, des informations qu'on veut obtenir et de la fréquence de l'enregistrement. Une manière pragmatique de procéder pourrait être d'enregistrer à chaque fois un comportement qui ne se produit que rarement et de se contenter d'un échantillon si celui-ci est fréquent. Si la qualité d'une pratique est directement liée à la durée de celle-ci, il convient également de noter ce dernier élément.

Avantages des observations du comportement:

- Possibilité d'observer des comportements effectifs et non seulement ceux signalés;

- Possibilité d'observer les antécédents—c'est-à-dire ce qui déclenche un comportement, d'observer les conséquences—ou résultats— d'un comportement, d'observer les effets de ces conséquences sur le comportement ultérieur;

- Peut être utilisé de pair avec d'autres types de recherche qualitative telle que l'ethnographie pour observer le contexte culturel dans lequel la pratique se situe.

Inconvénients:

- La présence de l'observateur peut influencer ou changer le comportement;

- L'échantillon est d'habitude petit et les conclusions doivent être donc interprétées avec beaucoup de prudence.

Durée approximative:

- Deux semaines pour concevoir et prétester l'instrument;

- Une à six semaines pour faire les observations. La période d'observation peut aller de plusieurs heures à plusieurs jours suivant le comportement en question;

- Deux semaines pour analyser les données;

- Temps total—cinq à huit semaines.

Ressources nécessaires:

- Instrument d'observation;

- Observateur qualifié;

- Cadre "naturel".

5

ELABORATION DE LA STRATEGIE

Les principes du marketing social façonnent tout un ensemble de stratégies globales et corrélatives qui viennent appuyer les objectifs fixés pour les programmes.

(Honduras)

5

Les résultats de la recherche préliminaire servent à concevoir une série de stratégies de communication distinctes et pourtant corrélatives. Celles-ci appuient les objectifs spécifiques et mesurables du programme. Les planificateurs vont modifier et perfectionner ces stratégies générales suite au prétest de matériels et de messages. Un plan stratégique fondamental devrait comporter les points suivants:

- Segmentation du public
- Stratégie concernant la présentation du produit
- Stratégie concernant le comportement
- Stratégie de la distribution et formation
- Stratégie des messages et stratégie artistique
- Stratégie médiatiques
- Structure institutionnelle d'exécution
- Suivi et modification du programme.

Les variables du marketing social (produit, prix, promotion, et lieu) s'avèrent particulièrement utiles lors de la conception de ces stratégies (confer chapitre 2). En effet, tout plan doit tenir compte des réalités sociales, économiques, culturelles et psychologiques de l'environnement sur lequel il veut agir.

SEGMENTATION DU PUBLIC

Même dans un petit pays, apparemment homogène, il n'y a pas de "public général" à proprement parler. Il est inévitable qu'un programme de communication uniforme atteigne certains, choque d'autres et soit pour d'autres encore parfaitement incompréhensible. C'est la raison pour laquelle les planificateurs de la communication doivent utiliser les résultats de la recherche démographique, socio-économique et épidémiologique pour segmenter leur public de la manière suivante:

- Le **public cible primaire** pour la promotion sanitaire—c'est-à-dire ceux qui en principe doivent adopter les nouvelles pratiques sanitaires;
- Le **public secondaire** du programme—c'est-à-dire ceux qui influencent le public primaire (par exemple, les agents de santé, la famille et les amis et les personnalités publiques populaires);
- Le **public tertiaire**—c'est-à-dire les décideurs, les financiers, et les autres personnes influentes dont dépend la réussite du programme.

Définir les segments du public

Le **public primaire** dans les programmes de survie de l'enfant se compose généralement des personnes qui s'occupent de l'enfant, à savoir les mères, les grands-mères et quelquefois les frères et soeurs aînés. Cependant, si l'on se trouve dans la région où le personnel soignant a un niveau limité de connaissance, d'acceptation et de compétences face aux nouvelles pratiques, les planificateurs peuvent envisager dans un premier temps du programme de prendre

STRATEGIE AU OEUVRE

Quand un public secondaire devrait en fait être le public primaire

Bien que la thérapie de réhydratation par voie orale soit utilisée depuis plus de trente ans au Mexique, plus de 30.000 enfants de moins de cinq ans meurt chaque année des suites des maladies diarrhéiques. Une enquête nationale faite récemment a observé qu'en moyenne seulement 13 pour cent des enfants souffrant de la diarrhée étaient traités par la thérapie de réhydratation orale.

Dans de nombreux pays en développement, les SRO constituent un traitement très efficace, justement parce qu'ils sont administrés dans les foyers par les femmes. Ces dernières représentent le public cible primaire pour la promotion de la SRO. Pourtant au Mexique, l'adoption de la thérapie de réhydratation par voie orale était surtout entravée par le fait que le médecin et les autres agents de santé n'étaient pas disposés à reconnaître son importance. Les mères suivent les conseils de leur médecin. Dans un tel cas, un public secondaire exerçait une forte influence négative sur le public primaire.

Afin de remédier au problème, on a organisé un stage de formation clinique pour vaincre la résistance des professionnels de la santé à l'égard de la thérapie de réhydratation par voie orale. Ce stage apportait aux participants non seulement les données les plus récentes sur le traitement clinique de la diarrhée mais aussi des instructions sur la manière de mettre sur pied des services de réhydratation par voie orale dans leurs hôpitaux.

Ce programme de formation a été le préalable de l'introduction d'un nouveau produit de SRO à l'échelle nationale. Les mères seront un des publics primaires de cette nouvelle activité promotionnelle.

comme public primaire les professionnels de la santé, les pharmaciens et les autres dirigeants d'opinion.

L'éventail pouvant être assez large, les planificateurs généralement segmentent le public en groupes plus restreints. Par exemple, les mères en milieu urbain peuvent avoir besoin d'une stratégie de communication et de matériel didactique différents de ceux destinés aux mères des zones rurales. En raison du temps et des ressources limites, il est important que les planificateurs déterminent les segments du public qui auront à jouer un rôle décisif pour la réussite du programme. Il peut s'agir d'un groupe géographique ou socio-économique considéré à haut risque, de personnes qui n'ont pas accès aux services de santé, celles qu'on peut atteindre le plus efficacement avec les ressources limitées ou le système de services communautaire déja existant, ou encore le segment qui est le plus susceptible d'adopter les nouveaux comportements.

Les **publics secondaires** sont ceux qui peuvent enseigner, appuyer et renforcer les pratiques et les croyances du public primaire. Les programmes de communication ont peu de chance de réussir s'ils ignorent le potentiel de ces groupes. Qui plus est, les politiques d'un programme donné demanderont peut être un important effort promotionnel de la part d'un **public tertiaire**.

Les diverses technologies de survie de l'enfant s'adressent à des publics primaires et secondaires très variés. Par exemple, l'enquête préliminaire d'un programme d'allaitement au sein peut indiquer que la plupart des mères en milieu rural allaitent leurs enfants mais que cette pratique a tendance à disparaître dans les zones urbaines. Le volet communication devrait donc prendre comme cible primaire les femmes urbaines âgées de 18 à 40 ans, surtout celles qui vivent dans les zones urbaines marginales. Leurs maris, leurs employeurs ou voisins pourraient composer le public secondaire. Par ailleurs, dans ce même pays, on peut assister à un fort taux de mortalité imputable aux maladies diarrhéiques dans les zones rurales. Le public primaire du volet communication pour la lutte anti-diarrhéique sera donc composé des femmes des zones rurales et le public secondaire pourrait être composé des guérisseurs traditionnels ou des femmes plus âgées qui ont de l'expérience et de l'influence.

Implications pour la planification

La segmentation des publics permet aux planificateurs de quantifier des groupes cibles particuliers aux fins de déterminer le volume de produits, services et matériels éducatifs qui sera nécessaire sur la période de temps donnée. Et surtout, elle sert de base à l'élaboration aussi bien des **produits** que des **messages promotionnels**.

Les opinions d'un public secondaire peut avoir une influence importante sur les consommateurs effectifs. (Honduras)

La segmentation des publics donne aussi une idée des **débouchés** pour le nouveau produit. Un potentiel important est généralement une bonne chose pour les détaillants, mais plutôt source de préoccupation pour les autorités sanitaires publics, surtout si le **système de prestations** n'est pas en mesure de répondre à la demande. La sélection du public cible primaire doit être assortie d'une évaluation réaliste du système de prestations sanitaires. Dans les programmes de la survie de l'enfant, la création de la demande doit être fonction de la capacité du système sanitaire si l'on ne veut pas s'aliéner les consommateurs.

STRATEGIE CONCERNANT LA PRESENTATION DU PRODUIT

Tel que nous l'avons déja noté dans le chapitre II, **le produit** d'un programme de communication pour la survie de l'enfant peut être un article, une idée ou une pratique sanitaire.

La SRO constitue le produit le plus conventionnel des techniques de survie de l'enfant. Il peut s'agir

de tablettes avec des conditionnements coûteux et sophistiquées ou de solutions à faible coût qu'on prépare à la maison. D'autres produits exigent une définition prudente, par exemple, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, c'est-à-dire, **la pratique** qui consiste à donner des liquides, à ne pas refuser les aliments ou à ne pas faire des purges. Les produits d'un programme de vaccination peuvent concerner le vaccin lui-même, le carnet de vaccination et **la croyance** que les vaccinations peuvent prévenir des maladies risquant d'être mortelles. Si le produit d'un programme d'allaitement au sein est parfaitement disponible, il n'en reste pas moins un des plus difficiles à promouvoir. De nombreuses femmes dans le Tiers monde pensent que le lait maternel est un produit de seconde classe comparé aux laits commerciaux.

La **stratégie concernant la présentation du produit** repose sur les résultats de la recherche préliminaire, aux fins d'orienter un produit spécifique vers un problème sanitaire donné et un public donné. Le produit est ensuite défini, positionné et estimé dans une manière qui s'accorde avec les croyances, les pratiques et les valeurs de l'utilisateur. L'analyse des sous-groupes du public cible peut indiquer que le produit ne convient pas à tout le monde. On pourra à ce moment là envisager **un assortiment**, par exemple, deux marques de SRO vendues et positionnées à différents prix.

Positionnement du produit

Chaque produit comporte des caractéristiques physiques, notamment le conditionnement, le nom, la couleur, la taille, etc. Même un produit qui n'a ni taille ni couleur peut comporter certains avantages, par exemple, une bonne justification et un attrait culturel et psychologique. Il revient aux planificateurs de la communication de définir la place ou le créneau de marché disponible. C'est à dire l'image que le public attribuera au produit. Pour cela, il s'agit de:

- Donner au produit une personnalité originale;
- Souligner l'avantage le plus attirant—c'est-à-dire celui que l'utilisateur préfère.

STRATÉGIE À MOUVEMENT

Trouver le bon "créneau" pour le nouveau produit

Les planificateurs imaginatifs peuvent littéralement trouver des douzaines de manières de positionner les nouveaux produits pour les rendre attirants et répondre à des besoins jugés importants par les consommateurs. Par exemple, la SRO a fait l'objet de promotions diverses fondées sur tout un ensemble de préoccupations nationales.

Au Honduras, les spécialistes de la communication ont dû faire preuve d'imagination puisque le concept de déshydratation n'existait pas dans le public cible. Comme l'eau tonique est très populaire, les planificateurs ont décidé de positionner litrosol, le nouveau produit, comme un "tonic permettant de rétablir l'appétit et l'énergie" pendant l'épisode diarrhéique.

En Gambie, la "déshydratation" imputable à la diarrhée s'est avérée être un concept courant. Seulement, les responsables de la santé publique cherchait en plus à décourager certaines pratiques tel que le fait de ne pas donner à manger pendant les épisodes diarrhéiques. La campagne s'est donc concentrée sur la nutrition en même temps que la réhydratation par voie orale. Ces différentes pratiques ont été encouragées sous le thème "un régime pour la diarrhée".

Au Swaziland, les spécialistes de la communication ont lancé une campagne analogue sous le terme "Aux armes les Swazis!" encourageant une attitude agressive envers les tueurs: diarrhée et malnutrition.

Les Indonésiens ont un système complexe pour décrire la diarrhée et la déshydratation dont on a pu se servir pour mettre au point la promotion des SRO. Suite à l'important volume de sachets nécessaire pour traiter tous les épisodes de la diarrhée, les planificateurs ont décidé de recommander l'utilisation à un moment donné de l'épisode. Cela a permis de réduire et les risques et le nombre de sachets nécessaires à l'échelle nationale. Une approche en trois parties a été mise au point: les planificateurs encouragent simplement les liquides pour "un début de diarrhée", les produits de la SRO pour "la diarrhée associée à une faiblesse" et le traitement au centre de santé pour "une déshydratation allant d'un degré moyen à un stade grave".

Très souvent, le "produit" d'un programme de survie de l'enfant existe déjà et il s'agit donc de le rendre plus acceptable aux yeux de l'utilisateur. Par exemple, on sait que certaines vaccinations entrainent des réactions, l'effort de communication peut donc montrer comment les traiter ou du moins faire comprendre les causes aux parents.

Etablissement du prix

Le prix monetaire d'un produit est influencé par les éléments suivants:

- La proportion des coûts du programme qui doit être récupérée par les recettes;
- La capacité de payer du consommateur;
- Les marges bénéficiaires nécessaires pour intéresser les distributeurs;
- Le prix des produits de consommation analogues;
- La réglementation publique relative à la marge bénéficiaire et au contrôle des prix.

Le public primaire dans les pays en développement n'aura peut être pas les moyens de payer pour les soins de santé. Il arrive souvent qu'une stratégie de marketing decide de subventionner un produit qui sera offert gratuitement ou à un prix modique par le biais des systèmes de santé publique ou des bénévoles communautaires et de demander un prix plus élevé pour un produit distribué dans les pharmacies.

Cependant, même le produit ou service disponible dans un centre de santé publique comporte un prix. La recherche sur le public permet de connaitre **le niveau d'investissement**—du point de vue déplacement, distance parcourue, temps et effort, etc.—concernant ce produit. La stratégie concernant la présentation du produit doit définir les facteurs que l'on peut changer. Les messages promotionnels doivent ensuite rendre le prix acceptable aux yeux de l'utilisateur.

STRATEGIE CONCERNANT LE COMPORTEMENT

La recherche ethnographique permet aux planificateurs de perfectionner la liste "des comportements idéaux" mise au point dans le cadre de l'analyse du problème sanitaire (décrite au chapitre III). Par exemple, les résultats montrent que certaines

STRATEGIE A L'OEUVRE

Nouveau "positionnement" d'une vieille pratique

Comment un programme de communication peut-il promouvoir une pratique considérée par de nombreuses femmes comme étant rétrograde et dénuée de tout prestige? Deux pays ont réussi à repositionner l'allaitement au sein comme une pratique valable voire vertueuse.

Au Brésil, deux actrices de cinéma très connues se sont portées volontaires pour parler de l'allaitement au sein à la télévision. Leur appui a revalorisé cette pratique.

Les planificateurs de la communication au Honduras ont commencé par proposer un simple dépliant montrant une paysanne affaitant à son enfant. C'était la Saint Valentin et spontanément ils ont ajouté sur l'image un coeur rouge. Puis ils ont décidé d'entourer la tête de la femme d'une auréole. Lors du prétest du dépliant, il n'y avait aucune objection au coeur rouge mais l'auréole a offensé certains protestants qui trouvaient l'image trop catholique. Les concepteurs ont donc remplacé l'auréole par une couronne de laurier et ont ajouté une rose. L'affiche a connu un vif succès. Le suivi a indiqué que les femmes aimaient à raconter qu'un mari ou un petit ami a donné la rose à la femme pour la remercier d'être une aussi bonne mère.

5

FIGURE 5-1: CRITERES DE L'EVALUATION COMPORTEMENTALE

Impact du comportement sur la santé

0. Pas d'impact sur le problème de santé
1. Un certain impact
2. Un impact important
3. Un impact très important
4. Supprime le problème de santé

Conséquences positives de comportement

0. Aucune que la mère pourrait percevoir
1. Conséquences légèrement perceptibles
2. Certaines conséquences
3. Conséquences importantes
4. Conséquences très importantes
5. Conséquences capitales perceptibles

Coût pour effectuer les comportements

0. Demande des ressources qui ne sont pas disponibles ou un effort irréaliste
1. Demande une dépense très importante en ressources ou efforts
2. Ressources ou efforts importants
3. Certaines ressources ou efforts
4. Peu de ressources ou léger effort
5. Ne demande que des ressources existantes

Compatibilité avec les pratiques existantes

0. Totalement incompatible
1. Incompatibilité très importante
2. Incompatibilité importante
3. Une certaine incompatibilité
4. Peu d'incompatibilité
5. Déjà très pratiqué

Rapprochement possible

0. Rien de ce style ne se fait actuellement
1. Une pratique existante est légèrement analogue
2. Une pratique existante est quelque peu analogue
3. Une pratique existante est analogue
4. Plusieurs pratiques existantes sont analogues
5. Plusieurs pratiques existantes sont très analogues

Complexité du comportement

0. Complexe de manière irréaliste
1. Demande de très nombreux éléments
2. Demande de nombreux éléments
3. Demande plusieurs éléments
4. Ne demande que quelques éléments
5. Demande qu'un élément

Fréquence du comportement

0. Doit être fait à un taux élevé de manière irréaliste pour apporter un bénefice
1. Doit être fait toutes les heures
2. Doit être fait plusieurs fois par jour
3. Doit être fait chaque jour
4. Doit être fait tous les quelques jours
5. Doit être fait occasionnellement et a quand même une valeur importante

Persistance

0. Doit être pratiqué pendant une période de temps irréalistement longue
1. Doit être pratiqué pendant une période de temps très importante
2. Doit être pratiqué pendant une semaine ou plus
3. Doit être pratiqué pendant plusieurs jours
4. Doit être pratiqué pendant une journée
5. Peut être fait en très peu de temps

Observabilité

0. Peut être observé par une personne de l'extérieur
1. Est très difficile à observer
2. Est difficile à observer
3. Est observable
4. Est facilement observable
5. Ne peut pas être manqué

pratiques locales sont particulièrement nuisibles et devraient donc faire l'objet du message de la campagne. Ou alors d'autres pratiques peuvent être facilement adaptées et se ranger dans les catégories de prévention ou de traitement recommandées. A ce stade, les planificateurs devraient rigoureusement limiter le nombre des nouvelles étapes de comportement qu'ils jugent essentielles pour que soit adoptée la "pratique recommandée".

Là aussi, l'analyse comportementale nous guide dans ce choix. Une équipe interdisciplinaire composée d'un médecin, d'un spécialiste de la communication et d'un comportementaliste devrait peser le pour et le contre des éléments du profil recommandé et des aspects tels que l'impact sanitaire de la pratique, la complexité du comportement, sa fréquence, sa persistance ainsi que d'autres facteurs. La figure 5-1 présente une liste d'évaluation qui permet de décider quels sont les comportements qui ont le rang prioritaire le plus élevé pour la promotion. A chaque étape recommandée, on attribue une note allant de 0 à 5 pour chacun des neuf critères d'évaluation. Les comportements discrets qui ont le total le plus élevé sont ceux qui devraient être jugés d'importance critique pour l'adoption de la nouvelle pratique sanitaire dans le public cible.

STRATEGIE DE DISTRIBUTION ET DE FORMATION

Le manque d'accessibilité constitue souvent l'obstacle principal des programmes de survie de l'enfant. La stratégie de distribution devrait définir la filière par laquelle le produit ou service arrive le plus efficacement au consommateur. Elle devrait également définir, s'il y a lieu, le rôle du secteur public, des réseaux de grossistes et de détaillants privés ainsi que des professionnels et des bénévoles de la santé.

Le point ou système de distribution sert généralement aussi à la formation et au soutien. La stratégie de formation doit définir le public auquel elle se destine: médecins, pharmaciens, personnels de centre de santé, guérisseurs traditionnels, petits commerçants, ou bénévoles locaux. Elle devra fournir les détails sur le nombre de stagiaires, les calendriers et les matériaux, et le cas échéant, sur la possibilité d'une formation en cascade. Elle devra établir le lien entre ceux qui conçoivent les produits et matériaux de la communication et ceux qui conçoivent et réalisent la formation aux fins de s'assurer que les deux groupes

STRATEGIE A L'OEUVRE

Réseaux de distribution efficace

Un important aspect de la priorité que la stratégie de communication accorde au consommateur consiste à étudier les systèmes de distribution qui répondent aux préférences du consommateur et respectent les traditions communautaires. Chaque pays présente des possibilités diverses:

- L'Indonésie a une riche tradition de volontaires ou *kader*. Le ministère de la Santé a formé des kaders, surtout les femmes en éducation nutritionnelle, planning familial, etc. Il était donc logique d'utiliser un tel réseau pour distribuer aux femmes des zones rurales des sachets de réhydratation orale et l'information y afférente. *Kader anak sehat*, ou "les volontaires pour la santé infantile" sont choisis par les chefs de village parmi les membres de la collectivité qui savent lire et écrire. Certains sont choisis parce qu'ils ont déjà reçu une information en nutrition ou planning familial, ou parce qu'ils sont membres de l'organisation du bien-être féminin; (PPK, d'après le sigle indonésien) qui est un groupement féminin important du pays.

- Un volet de la stratégie de lutte contre les maladies diarrhéiques en Gambie consiste à former les femmes locales, environ une pour trois villages, afin qu'elles puissent apporter une instruction face-à-face à d'autres en matière de thérapie de réhydratation par voie orale préparée à la maison. Les femmes sont choisies par les chefs du village. Il s'agissait surtout de personnes d'âge mûr qui jouissaient du respect de la communauté. Certaines étaient des accoucheuses traditionnelles. Plus tard, on les a appelées "les volontaires du drapeau rouge" à cause du drapeau rouge du "bébé heureux" permettant d'identifier leur domicile.

- En Honduras, les planificateurs de la communication ont retenu les maires des collectivités comme une source importante pour diffuser l'information. Au début du programme, les maires ont reçu des sachets de SRO assortis d'une formation leur permettant de dispenser des conseils sur le traitement des maladies diarrhéiques. Le programme se déroulait bien quand les professionnels de la santé ont objecté à la chose et ce fut la fin du rôle des maires.

diffusent les mêmes messages. Finalement, elle doit se conformer aux normes et activités pédagogiques du ministère de la Santé.

STRATEGIE DES MESSAGES ET STRATEGIE ARTISTIQUES

La stratégie des messages est le plan détaillé de ce qu'on va dire aux différents segments du public à propos des produits en question. Elle définit des thèmes communs qui englobent tous les aspects promotionnels. Elle découle directement des objectifs du programme et du "positionnement" du produit. Aux fins d'être compétitifs sur le marché, les messages doivent attirer l'attention, susciter la confiance et s'adresser aussi bien à la raison qu'au coeur du public. La stratégie se fonde généralement sur les éléments suivants:

Contenu

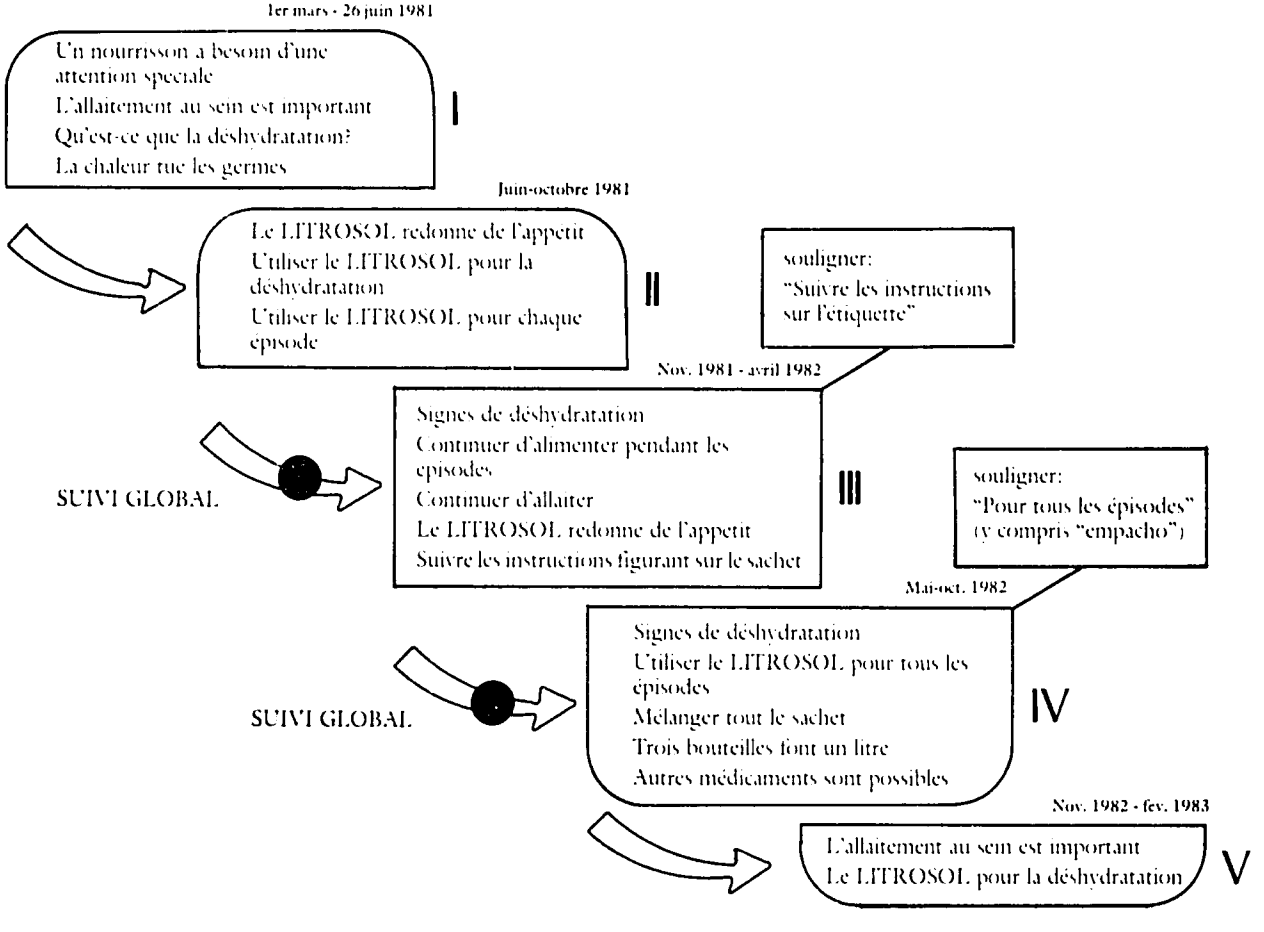
Les objectifs sanitaires et les comportements visés sont exprimés dans les mots du public primaire. Par exemple:

- **L'objectif de communication** d'un programme de vaccination pourrait chercher à ce que X pour cent du public cible sache qu'un enfant a besoin de trois vaccinations pour compléter la série.

- **Le message** promotionnel pourrait être libellé dans ces termes: "Trois du trio ... (expression locale pour le DTcoq) garderont votre bébé en bonne santé. Rappelez-vous, il faut "trois de trio" pour compléter la série entière dont votre enfant a besoin pour être protégé".

Il est important que tous les canaux de communication—mass média, imprimé et communication interpersonnelle—diffusent ce même message.

FIGURE 5-2: ETAPES DU MESSAGE POUR LE PROGRAMME DE LA TRO AU HONDURAS—1981-1983



Attrait

Le produit peut faire appel au côté émotionnel ou rationnel, éducatif ou motivant, scientifique ou traditionnel, aux ventes sous pression ou ventes calmes. Ce style varie selon la technologie sanitaire et le public cible en question. L'on peut, par exemple, promouvoir les TRO auprès des femmes de milieu rural comme étant une percée scientifique de la médecine moderne ou encore l'allaitement au sein peut faire l'objet d'une promotion qui va faire appel aux traditions en portant le thème suivant: "nos mères en savaient plus long que nous".

Image

Le produit peut avoir une image rurale ou urbaine, moderne ou traditionnelle, sophistiquée ou populaire,etc.

Ton

Le ton de la promotion peut être humoristique, sérieux, familial, scientifique, etc.

Diffusion progressive

Tous les messages ne peuvent pas être diffusés simultanément. Il importe que les planificateurs dé-

STRATEGIE A L'OEUVRE

Feriez-vous confiance à cette source?

Les "promoteurs" des programmes de survie de l'enfant peuvent être des acteurs de cinéma, des épouses des présidents, ou des chanteurs de rock—mais tel n'est pas toujours le cas. Quelquefois il s'agit d'authentiques personnes, quelquefois de personnages fictifs.

• PREMI, le programme national quinquennal pour la survie de l'enfant en Equateur, a adopté un logo montrant deux jeunes enfants, un garçon et une fille. Les mères ont choisi ce dessin lors des réunions d'expression. Plus tard, la recherche a indiqué que les mères continuaient à hésiter à exposer leur bébé sans défense de moins d'un an au traumatisme de la vaccination. Les planificateurs de la communication ont décidé d'ajouter un troisième enfant au logo: un petit garçon d'un an. Les mères l'ont appelé Carliman ou Carlitos. Le nom Carliman (prononcé Karl-ee-man) le même son que He-Man, est un personnage populaire de dessin animé. Carlitos est à présent le héro de la campagne et de nombreuses bandes dessinées décrivant ces exploits.

• Dr. Salustiano (ou Dr. Santé) est un personnage fictif de la radio au Honduras qui a une voie grave et des manières débonnaires. La voix chaleureuse de l'acteur qui interprétait le Dr. Salustiano lui a valu un succès immédiat. En l'espace d'un an, les sociétés pharmaceutiques locales ont fait appel à l'acteur pour promouvoir leurs médicaments. Quand la campagne a connu un ralentissement, le directeur général de la santé a tenu une conférence de presse et un journaliste lui a demandé, "Quand est-ce-que le ministère de la Santé va rétablir le Dr. Salustiano?" Et le directeur général de lui répondre d'une manière désinvolte, "Oh, un de ces jours." A quoi le journaliste a rétorqué, "le Dr. Salustiano est une image importante au Honduras et le public exige son retour."

• La bolsa, selon les croyances honduriennes traditionnelles, est un sac rempli de vers situé dans la partie inférieure de l'abdomen. Quand une personne mange des aliments gras ou avariés, les vers quittent le sac et causent la diarrhée. Cette croyance ne repose sur aucun fondement médical et le ministère de la Santé ne cherche pas à l'encourager. Les spécialistes de la communication ont décidé de se servir de manière humoristique de la croyance locale sans pour autant la tourner au ridicule. Lombricio et Lombrolfo, deux charmants vers, sont les héros d'un spot radiophonique durant lequel ils parlent de leur vie dans le sac. Ils décrivent les choses qu'ils ont le plus en horreur: l'eau pure, l'eau bouillie, etc. Le ministère de la Santé était satisfait et le public les a adorés.

cident d'un rang prioritaire en fonction des objectifs de communication et retiennent les messages les plus clairs pour arriver à un premier essai réussi du comportement en question. Prenons l'exemple d'un tel échelonnement dans le cadre d'un programme de suivi de la croissance.

- **Etape I—Informer et sensibiliser:** "Les enfants grandissent à des rythmes différents, mais comme les plantes, ils doivent grandir régulièrement. Le suivi de la croissance vous montre si vos enfants grandissent bien". (Activité—apprendre aux agents de santé à peser les enfants, porter les poids sur les courbes de croissance et former les mères à comprendre les courbes. (Temps nécessaire—trois à six mois).

- **Etape II—Motiver le comportement:** "Aller chercher votre courbe de croissance au centre de santé. Consulter le personnel soignant si la courbe de croissance commence à baisser". (Temps nécessaire-trois à six mois).

- **Etape III—Renforcer le comportement:** "Emmener chaque mois votre enfant au centre de santé pour le suivi de la courbe de croissance jusqu'à qu'il ait deux ans". (Activité—perfectionner les messages et renforcer l'exécution correcte sur la base de l'information du suivi. Temps nécessaire—trois à six mois".)

Source d'informations

Toute technologie sanitaire a besoin d'un "promoteur" crédible. Il peut s'agir d'un personnage réel—par exemple, un acteur ou une actrice, un dirigeant religieux, un responsable politique ou une autre personne ou institution jouissant d'une bonne réputation. Il peut également s'agir de personnages fictifs—Dr. Santé, la mère dévouée, ou l'infirmière parfaite. Ou encore il s'agira d'une caricature comme celles des bandes dessinées. Des essais préalables permettront de déterminer quelle est la formule convenant le mieux.

Intégration des messages

De nombreux programmes nationaux cherchent à regrouper sous un thème unique diverses technologies de survie de l'enfant. Auquel cas, la stratégie promotionnelle se basera sur un concept global regroupant les divers programmes (par exemple, "Vos jeunes enfants réclament une attention particulière"). Il est capital que ce thème soit enraciné dans le système culturel du public primaire.

STRATEGIE MEDIATIQUE

La stratégie des moyens de communication, appelée également **le médias "mix"**, se fonde sur une recherche de la prévalence et de la préférence des médias chez le public cible. Elle décrit l'éventail des supports de diffusion—contact interpersonnel, radio, télévision, affiches, prospectus, journaux, affiches, etc.

La gamme médiatique se fonde sur les éléments suivants:

- Couverture et fréquence de chaque média ou canal de communication;

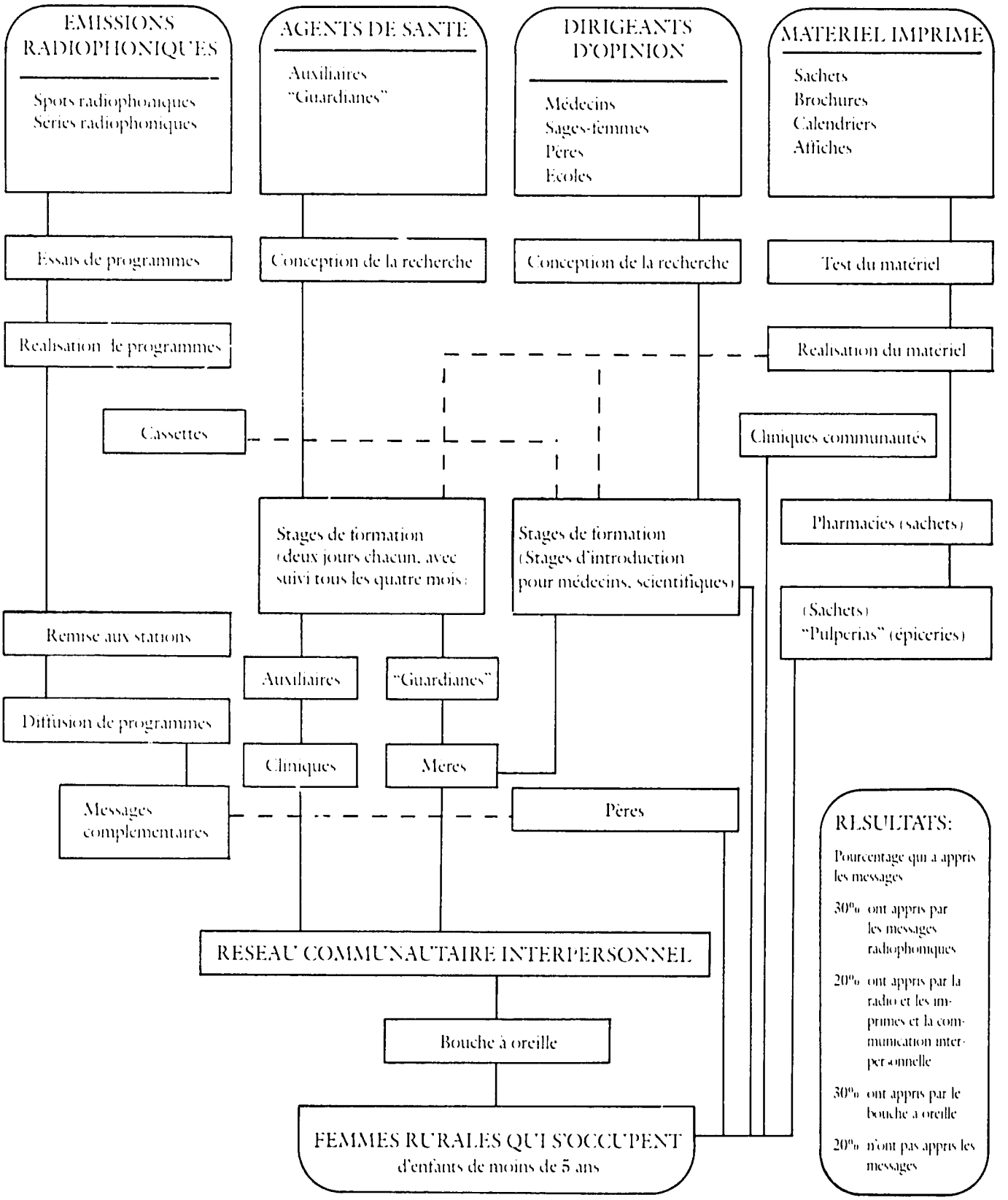
- Impact de chaque média ou canal de communication;

- Coût relatif de chaque média ou canal de communication.

"Couverture" signifie le nombre de personnes dans le public cible qui voient ou entendent un message pendant une période de temps donnée. "Fréquence" est le nombre moyen de fois que le public

Un moyen de communication particulier peut avoir un impact très puissant sur un public sans avoir une fréquence élevée ou une portée en dehors d'un domaine spécifié. (Equateur)

FIGURE 5-3: SYSTEME DE PRESTATIONS DU PROGRAMME DE LA TRO AU HONDURAS



cible entend ou voit un message spécifique sur cette même période. Bien que les émissions du secteur privé soient plus chères que les créneaux publics, il est peut être rentable de payer pour avoir accès à ces stations et programmes qui ont une plus grande portée.

Un canal de communication peut avoir un impact massif sur un groupe du public sans pour autant disposer d'un fort taux de fréquence ou de portée, une fois sorti du domaine prescrit. Les planificateurs peuvent compléter la portée de ces médias par des moyens qu'ils jugent appropriés tels que par exemple les jeux de marionnette, les foires locales, etc. Lors de la sélection des médias, le planificateur de la communication devra tenir compte des éléments suivants.

- Quels sont les médias qui conviennent aux différents messages;
- Quels sont les rôles particuliers que devront remplir les différents médias—vulgarisation d'une théorie, couverture, aide-mémoire, instruction, source de crédibilité, etc;
- L'intensité des médias;
- Comment les intégrer de manière à ce qu'ils se renforcent mutuellement? Comment les émissions radiophoniques peuvent-elles appuyer les agents de santé ou le matériel imprimé? Comment un imprimé peut-il être le plus utile à l'agent de santé et aux autres dirigeants d'opinion? Comment les contacts interpersonnels peuvent-ils renforcer le message et partant rendre plus crédibles le travail des mass media et des imprimés?;
- Comment programmer les messages de manière à tenir compte des caractéristiques saisonnières de la question sanitaire (les messages sur la diarrhée pendant la saison de forte prévalence, les messages sur la vaccination pendant les "semaines de vaccination").

La stratégie des canaux de communication devra être assortie d'un programme. Elle devrait décrire le plan des émissions radiophoniques et télévisées et de la distribution du matériel imprimé. La figure 5-3 illustre comment les divers supports d'information (radio, télévision, agents de santé, imprimés, dirigeants d'opinion) ont contribué ensemble au programme de communication au Honduras afin d'impartir non seulement diffuser le message mais aussi délivrer le litrosol (le produit de la TRO).

STRATÉGIE INSTITUTIONNELLE

La stratégie institutionnelle détermine la personne ou le groupe qui sera responsable de telle ou telle activité. L'organisme d'exécution est chargée de mettre en oeuvre les diverses étapes du processus de communication pour la santé publique. Cet organisme peut être privé ou public. Il arrive d'ailleurs souvent que les secteurs public et privé collaborent aux fins d'exécuter ce travail. Si elle veut être efficace, elle devra veiller aux points suivants:

- Faire appel aux services d'une agence de publicité et d'un bureau de marketing du secteur privé aux fins d'examiner les stratégies, de réaliser la recherche, de faire les tests ou de recruter les médias;
- Inviter les organisations privées locales à élaborer des stratégies de messages et à diffuser les produits, les matériaux et les messages;
- Intégrer les efforts des secteurs public et privé tout en laissant à chacun le droit de travailler indépendamment, du moment que le plan global est respecté.

(Confer également chapitre 10, "Gestion et Institutionnalisation", pour de plus amples détails sur les modèles administratifs.)

LES ORGANES DE RADIODIFFUSION-TÉLÉVISION

La télévision et la radio, de par leur popularité et leur capacité à atteindre un large public, sont les pivots d'un programme de communication pour la santé publique. Les émissions peuvent être diffusées tout au long de l'activité de communication et dans chaque village alors que le contact avec les agents de soins de santé et les établissements communautaires sont plus limités et plus ponctuels.

Actuellement, **la télévision** est très répandue dans de nombreux pays en développement. Même dans ceux où la vaste majorité des habitants n'a pas accès à la télévision, ce média permet d'informer et partant de garantir le soutien des professionnels de la santé et des décideurs aux programmes nationaux de grande envergure.

Les émissions radiophoniques atteignent généralement à moindre coût une grande proportion de la population totale. La programmation varie grandement d'un pays à l'autre. L'Amérique latine et de nombreux pays asiatiques ont de multiples stations commerciales qui tendent surtout à diffuser des programmes de loisirs. Mais n'oublions pas que les programmes d'actualité et les messages publicitaires influencent considérablement l'opinion publique. En Afrique, l'on trouve essentiellement des stations publiques qui diffusent des programmes d'éducation et de questions touchant au développement à un grand nombre d'habitants aussi bien ruraux qu'urbains.

Les émissions radiophoniques et télévisées publiques peuvent:

- **atteindre toute personne** qui a un récepteur. Les récepteurs sont là pour tous sans discrimination raciale, ethnique ou sexuelle. Même si le nombre de personnes possédant une radio ou une télévision varie sensiblement d'une zone géographique à l'autre, l'impact cumulatif de ces deux médias sur le système d'information rural traditionnel est très fort.

- **enseigner des connaissances spécifiques** telles que le calcul, les langues et les nouvelles compétences sanitaires (mélanger la solutions de la réhydratation par voie orale).

- **façonner un nouveau comportement.** La télévision, en particulier, a le pouvoir de démontrer de instructions complexes.

- **renforcer et rappeler aux gens** l'information capitale déjà donnée par les agents de santé ou les imprimés.

- **informer un grand nombre de personnes** des changements saisonniers ou même quotidiens de certains aspects du projet, par exemple, l'annonce d'une campagne de vaccination, la disponibilité d'un produit ou matériel éducatif et le coût du nouveau produit.

- **susciter le soutien de la population** en créant une atmosphère d'enthousiasme. Ainsi les gens sentent qu'ils font partie d'un nouveau programme de grande envergure.

- **atteindre les habitants des régions reculées** et permettre un échange direct d'expériences reposant sur la confiance qu'ils vont accorder à d'autres qui se trouvent dans la même situation.

- **transmettre les préoccupations de certains** aux décideurs, de manière directe et persuasive, et partant augmenter la pertinence des politiques nationales et régionales.

- **renforcer l'acceptation des agents de soins de santé primaires** dans la collectivité rurale et les encourager et les féliciter.

- **motiver et apporter un soutien continu** au personnel sanitaire isolé.

- **diffuser des programmes scolaires.** Si certains sujets sanitaires rentrent dans le programme de l'école primaire ou secondaire et que les enseignants savent se servir de la radio dans le contexte d'une salle de classe, l'enseignement peut être renforcé par des programmes radiophoniques spécifiques dont les coûts sont généralement assez faibles.

- **motiver des groupes spécifiques d'auditeurs.** Certains agents de santé équipés de magnétophones bon marché et d'une série d'enregistrements de programmes radiophoniques peuvent démarrer des groupes d'apprentissage dans les villages.

MÉDIAS GRAPHIQUES ET IMPRIMÉS

Les médias graphiques et imprimés sont des moyens de communication qui donnent du poids au message informatif. Le matériel imprimé permet au spectateur ou lecteur d'assimiler lentement l'information, de l'étudier plus longuement, de la placer plus clairement dans son propre contexte psycho-social et d'y revenir occasionnellement.

Les types de matériels les plus courants sont les romans photos, les affiches, les prospectus, les dépliants, les expositions dans les pharmacies locales et les magasins du village. S'ils sont bien conçus ces différents types d'imprimés peuvent remplir des rôles spécifiques. Par exemple:

Les boîtes à image, les dépliants et les prospectus peuvent:

- renforcer le message contenu dans un programme radiophonique et un guide d'étude;
- servir à rappeler des informations spécifiques;
- illustrer le thème d'un programme grâce à trois ou quatre photos, cartes ou dessins;
- fournir un sujet de discussion;
- montrer certains aspects du programme dont les gens ont entendu parler mais qu'ils n'ont en fait jamais vu.

Le matériel au point d'achat a été généralement utilisé par le secteur commercial pour:

- donner une image visuelle du produit;
- attirer l'attention du consommateur et partant le pousser à entrer et acheter le nouveau produit;
- apporter des informations de base sur l'emploi du produit.

Les guides d'étude de l'agent de santé peuvent:

- répéter succinctement le message du programme;
- donner un petit aperçu de la question (400 à 500 mots par sujet) que le dirigeant peut généralement lire à voix haute;
- donner à chacun un exemplaire des questions de discussion;
- donner à chacun un texte qu'il peut emporter et lire (ou qu'il peut demander qu'on lui lise) entre les réunions et après le programme—un livre de référence est le symbole de la participation à un programme d'étude important.

Les romans photos et les bandes dessinées sont des moyens populaires permettant de traiter de graves problèmes de santé et de promouvoir des comportements sanitaires spécifiques. Ils conviennent exceptionnellement bien au public semi-alphabétisé des pays où ces médias sont des sources de distraction très appréciées. Dans le même ordre d'idée, il convient également de faire les affiches murales et les prospectus imprimés sur du papier bon marché et de les distribuer régulièrement par l'intermédiaire des filières commerciales locales. Plusieurs projets d'un caractère tout à fait novateur se sont également servis de cartes postales, toujours dans le même but.

Les centres de santé sont des sources de distribution commodes pour les imprimés relatif à la santé. (Honduras)

CONTACT INTERPERSONNEL

Le contact personnel avec les agents de santé, les bénévoles ou des autres personnes bien informées ou influentes joue un rôle capital au niveau de la réussite d'une campagne de communication. Le chapitre 8 traite en détail le rôle et l'importance de la communication face à face.

MÉDIA TRADITIONNEL

Les groupes de théâtre et les musiciens locaux sont également une excellente formule. Aux fins de diffuser le message sanitaire, certains pays ont organisé des foires sanitaires itinérantes avec des représentations de marionnettes, de la musique, une distribution d'imprimés et la participation d'artistes. De telles foires vont d'un village à l'autre éveillant l'intérêt pour les programmes nationaux et locaux.

ACTIVITÉS PROMOTIONNELLES

Les activités promotionnelles concernent un large éventail d'événements ou d'articles, allant de la distribution d'échantillons gratuits aux loteries ou autres concours. Les adoptants précoces reçoivent des badges, des prix simples ou même des récompenses pécuniaires. Ces incitations peuvent décider les membres les plus hésitants de la collectivité. Il s'agit au moment de la recherche préliminaire de trouver la formule qui convient le mieux dans le contexte social en question. En milieu urbain, il pourrait s'agir d'une permanence téléphonique qui apporte des informations spécialisées et des réponses à des questions spécifiques. L'on peut également faire un programme d'appels téléphoniques au hasard visant à renforcer certains comportements. (Chaque semaine un certain nombre des habitants de la région vont recevoir un appel téléphonique qui leur rappelle les pratiques sanitaires que l'on cherche à promouvoir.) Un "bureau de consultation" peut être mis en place temporairement dans les magasins dans le but de donner des informations et conseils à ceux qui en ont besoin.

Bien que toutes ces approches puissent augmenter et renforcer l'impact d'un programme, elles ne peuvent en aucune façon se substituer à une recherche approfondie des comportements (actuels et recommandés). Les meilleures idées promotionnelles ne pourront pas compenser l'impact négatif de conseils irréalisables ou de messages médiocrement conçus.

Un groupe de participants du cours radiophonique sur la survie de l'enfant en Equateur à leur cérémonie de distribution de diplôme. Des certificats et l'estime de la famille, des voisins et des dirigeants communautaires peuvent être d'importants facteurs de motivation.

6

TEST DU MATERIEL ET DES STRATEGIES

Les planificateurs de la communication devraient tester sur le terrain les nouveaux produits, les stratégies d'exécution, les comportements et le matériel didactique avant de les introduire à une grande échelle. Un tel essai indiquera si les nouveaux produits et matériaux sont attrayants et acceptables aux yeux des consommateurs et si les nouvelles stratégies sont efficaces. De coûteuses erreurs pourront ainsi être évitées.

(Gambie)

Previous Page Blank

6

Toute étape de la mise en place d'un programme doit reposer sur l'essai préalable des stratégies et matériaux. En effet, un tel test fait sur le terrain peut dégager d'importantes informations sur les nouveaux produits (**le test des produits**), les stratégies d'exécution (**test de marché**) et les comportements (**essais des comportements**). **Des essais préalables** sont tout particulièrement indiqués pour des articles tels que les étiquettes des sachets de SRO, les courbes de croissance, les carnets de vaccination ou les autres matériels d'information, pour ne citer que les prospectus, les boites à images et les programmes radiophoniques.

L'on pourrait objecter que ces "répétitions" ralentissent le travail et entrainent des dépenses inutiles en termes de temps, d'argent et d'effort. Mais, sauter cette étape et se retrouver avec un produit ou une stratégie lancée sans test et qui se révèle être un échec sur toute la ligne est certes un pire gaspillage de forces. Pour être efficace, un tel test doit être systématique—fondé sur des objectifs clairement définis, suivi et analysé de manière constante et attentive. Il sera appliqué pendant toute la durée du projet, chaque fois que l'on introduit des nouveaux produits ou matériel didactique ou que l'on démarre des nouveaux programmes de formation.

TEST DES PRODUITS

Le marketing commercial a depuis toujours accordé une place primordiale au test des produits. Ce n'est que récemment que cette technique a été appliquée à des questions de santé publique telles que l'espacement de naissance et la TRO. Les applications à des technologies telles que les vaccinations, la surveillance de la croissance et la nutrition révèlent un caractère encore plus novateur.

Le test des produits apporte au gestionnaire les réactions du marché et partant les chances du produit. Il est d'importance capitale quand:

- Les décideurs sont très incertains face au produit;
- Une mauvaise décision reviendrait très chère;
- La performance du produit est capitale pour que le consommateur l'accepte dans le long terme;
- La concurrence est serrée et une amélioration du produit lui confère un important avantage.

Le test du produit peut être réalisé dans les foyers, les magasins, les dispensaires, ou tout autre en-

STRATEGIE VLOEUGE

De subtils changements qui changent tout

Un prétest soigneux d'un nouveau produit de SRO au Honduras a permis de concevoir une étiquette sur laquelle quatre boites montrent les quatre étapes qu'il faut suivre pour mélanger correctement la solution. Des petits numéros placés en haut à l'extérieur des boites indiquent l'ordre correct à suivre. Mais un artiste expatrié a décidé qu'il serait plus élégant de mettre des numéros plus grands à l'intérieur des boites. Un nouveau test a indiqué que ce changement subtil changeait tout. A présent, le public cible interprétait les numéros non pas comme une indica- tion de l'ordre à suivre, mais comme une indication du volume. On ajoute donc une tasse d'eau à la bouteille, on arrache deux coins du sachet, on verse trois sachets dans la bouteille et on secoue celle-ci quatre fois. On arrivait à une solution de SRO mortelle. Les planificateurs du programme ont décidé de revenir à la conception originelle.

droit bien situé. Il suppose qu'on observe un petit nombre de consommateurs potentiels qui utilisent le produit et qu'ensuite on examine de près leurs réactions. Pour ce faire, on demande généralement au consommateur d'examiner les différents produits ou les divers conditionnements et noms d'un même produit, puis de choisir celui qu'il préfère. Une autre stratégie consiste à laisser un échantillon du produit au consommateur et de mesurer les taux d'utilisation dans le temps afin de prédire les modes dans le long terme. Il est nécessaire dans ce dernier cas que toutes les autres marques importantes du produit soient disponibles avec le nouveau produit.

TEST DE MARCHÉ

Le test de marché déborde le cadre des études concernant des produits pris individuellement. Il s'agit ici du test systématique des stratégies et systèmes dans des situations réelles. Le marché devient en fait un laboratoire où l'on peut observer les divers éléments corrélatifs de la communication et de la promotion du produit.

L'on procède en introduisant un produit sur un marché délimité et on observe les réactions des consommateurs. Les spécialistes du marketing utilisent généralement les ventes comme paramètre de la réussite d'un test. En revanche, les programmes de communication pour la santé publique doivent tenir compte d'aspects tels que le contrôle de la gestion et l'utilisation correcte.

ESSAIS DE COMPORTEMENT

Un essai du comportement est un test fait à petite échelle sur le terrain qui permet de déterminer si le nouveau comportement est viable en tant qu'intervention sur une plus grande échelle. Il permet de déterminer si le consommateur est **capable d'utiliser correctement les produits**. Des tests analogues mesurent également la réussite des programmes de formation pilotes. Dans les deux cas, on étudie l'exécution correcte des pratiques discrètes dans le groupe cible. Ce type d'étude peut aider à:

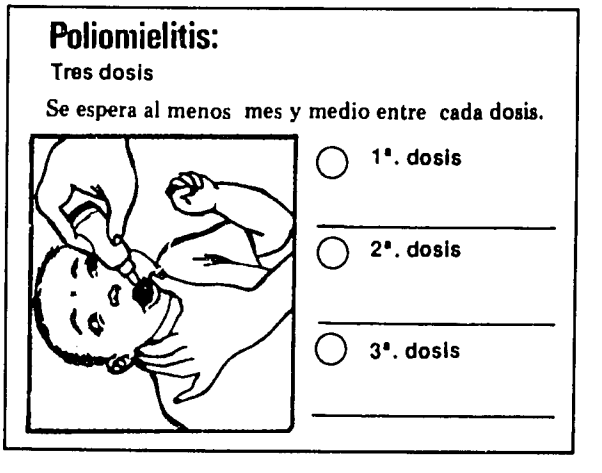
- analyser les parties du comportement désiré qui sont ou ne sont pas facilement adoptées;
- identifier les barrières matérielles ou comportementales à l'adaptation des nouvelles pratiques;

STRATÉGIE À L'ŒUVRE

Quand un produit ne répond pas à son but

Des observations et des interviews approfondies faites dans les dispensaires ruraux du Honduras ont indiqué que de nombreuses mères amenaient leurs enfants au service de vaccination alors qu'ils avaient déjà la série complète. Les femmes, dont la plupart sont analphabètes, ne savaient pas lire la fiche de vaccination qui comportaient des hachures contre-croisées et une texte en très petits caractères et que les infirmières remplissaient quelquefois avec des chiffres romains. Ces mères faisaient souvent des kilomètres pour se rendre au dispensaire où les infirmières leurs apprenaient leurs erreurs en les rabrouant.

Par ailleurs, les interviews indiquaient que les mères savent la plupart du temps associer une vaccination particulière avec l'endroit ou celle-ci est appliquée—polio oralement, rougeoles profondément dans le bras, tuberculoses plus superficiellement dans le bras et Dtcoq dans la hanche. Les spécialistes de la communication ont conçu un nouveau carnet de vaccination qui représentait graphiquement chaque vaccination pour compléter la série. Le nouveau carnet a également servi de base à une nouvelle stratégie de message.



- identifier ce qui permet le mieux de renforcer l'apprentissage du nouveau comportement;
- définir les stratégies d'apprentissage et de renforcement du comportement désiré.

(Pour de plus amples détails sur la formation et l'analyse du comportement, confer chapitre 8.)

6

PRETEST DU MATERIEL

Les maquettes des matériels d'information et d'éducation devraient également être testées au préalable auprès des représentants du public cible. On se penchera sur des critères tels que le degré d'attrayance, de compréhension, d'acceptabilité et le caractère persuasif global des messages ainsi que leur pouvoir à faire que le public s'identifie au thème traité. Les planificateurs présentent généralement divers matériels et demandent aux participants de choisir celui qui répond le mieux à ces objectifs.

Les méthodes de prétest et d'évaluation des matériels englobent notamment les examens de contrôle, les tests de compréhension visuelle et lisibilité, les questionnaires auto-administrés, les interviews spontanées, les interviews en profondeur et les réunions d'expression.

GESTION DU PRETEST

L'attitude des gestionnaires face à ce processus renferme la même importance que le prétest en lui-même. Il s'agit après tout de découvrir les éventuelles carences des produits ou de détecter l'éventuel échec d'un programme de formation. Ceux qui ont mis tout leur coeur à créer ces produits et à mettre sur pied ces programmes pourraient facilement être découragés par ce travail s'il n'est pas exécuté correctement.

Les responsables devraient autant que possible faire participer les concepteurs des matériels et des programmes au prétest faisant en sorte que celui-ci devienne partie du travail créatif. C'est également pour cette raison que le prétest devrait débuter aussi tôt que possible. Faire une "répétition" devrait servir à encourager les innovations—c'est-à-dire devenir un maillon de la chaîne qui permet aux changements et même aux "erreurs" d'être productifs. Elle doit inspirer confiance au technicien et au responsable politique qui vont l'envisager comme une chance d'améliorer leurs produits avant d'encourir les coûts de production ou de distribution finale.

Le prétest donne l'occasion de renforcer l'atmosphère du "groupe d'apprentissage". Les artistes ou les techniciens qui transforment les résultats de la recherche en matériaux ou programmes prennent part au processus décisionnel et travaillent avec leurs collègues de la recherche et de la gestion. Le prétest constitue en fait une chance unique (ainsi qu'un défi) de garder présent à l'esprit l'objectif à long terme des programmes.

Une seule observation vaut une centaine de théories

Les "essais de mélange," observer comment les personnes accomplissent différentes étapes pour préparer les solutions de réhydratation orale, constituent les tests les plus efficaces pour vérifier si les gens ont assimilé correctement le nouveau comportement. Ces observations peuvent parfois apporter des changements au niveau du produit lui-même ou dans les instructions données au public.

En Gambie, les essais de mélange de la solution eau-sucre-sel préparée à la maison ont démontré que les femmes rurales fréquemment remplissent trop les capsules des bouteilles (utilisées pour mesurer le sel). Les solutions pouvaient devenir dangereuses. Les spécialistes des tests ont discuté ce problème avec les mères lors d'une réunion d'expression. Celles-ci ont suggéré d'utiliser une brosse à dent locale—pour aplanir la mesure. Les messages ultérieurs de la campagne ont intégré cette nouvelle étape.

Dans un pays d'Amérique latine, l'observation des essais de mélange des SRO faits par les infirmiers ont indiqué que jusqu'à 20 pour cent des sels étaient répandus à côté car le goulot était trop étroit. Les spécialistes du test se sont alarmés et ont décidé d'inclure les femmes rurales au test pour voir si les problèmes étaient encore plus graves. Mais lors de ces essais, les femmes rurales ont répandu moins d'un pour cent de sel. Quand les infirmiers ont vu que les mères se débrouillaient mieux qu'eux, ils ont été trop embarrassés pour continuer à démontrer la procédure. Les planificateurs de programme ont inventé un simple entonnoir que les infirmiers peuvent utiliser pendant les démonstrations. L'on n'a jamais recommandé les entonnoirs aux mères.

7

MISE AU POINT DU PLAN D'ACTION

Suite au test des matériels et stratégies, il s'agit pour les planificateurs de mettre au point le plan d'action. Ce plan est un outil de gestion. Les efforts du groupe de travail qui visent à perfectionner, coordonner et ébaucher les éléments de ce plan sont une recherche de consensus donnant naissance à un sentiment d'"appartenance" commune au programme.

(Equateur)

7

Le plan d'action qui généralement couvre une année ou plus n'est pas un simple guide à l'attention des planificateurs de programme, mais aussi un bilan des objectifs et stratégies du programme que l'on peut consulter et modifier au gré des besoins.

Le plan est également un outil de gestion et devrait être théoriquement le fruit du travail d'un groupe de personnes – le groupe d'apprentissage et le groupe de travail – dont l'expertise et la collaboration sont vitales au programme. Sa mise au point devrait être basée sur un consensus. En effet dans une large mesure, cela conférera aux participants un sentiment d'"appartenance" à un programme dont la réussite leur tient particulièrement à coeur. Plus un programme compte de gens qui se sentent impliqués au processus décisionnel, plus il a de chances de réussir.

Le plan d'action doit être un document écrit si l'on veut qu'il soit un guide de programme et un calendrier de travail valide permettant de coordonner les diverses stratégies. De plus, le fait qu'il est rédigé et mis au point par un groupe plutôt que par une seule personne lui confère également un statut quelque peu impersonnel. Il devient ainsi un objet qui peut être discuté et changé avec l'accord du groupe sans que l'un ou l'autre des membres n'en soit offensé.

Le plan d'action en principe englobe les éléments suivants:

- **Les principaux résultats de la recherche:** un récapitulatif des données et résultats provenant de l'enquête préliminaire, y compris les aspects demandant une étude complémentaire.

- **L'analyse comportementale:** une description détaillée des pratiques sanitaires qui devront faire l'objet d'une attention particulière tout le long du processus d'analyse comportementale.

- **Les objectifs du programme:** une description des objectifs de la communication spécifiques, réalistes et mesurables.

- **La segmentation du public:** une description des publics primaire(s) et secondaire(s).

- **La stratégie concernant la présentation du produit:** une description et les plans d'approvisionnement, de détermination des prix et de distribution des produits et des services.

- **La stratégie artistique:** énoncer les messages clés, leur séquence et le ton général de la campagne.

La rédaction du plan d'action devrait être une tâche où l'on cherche à arriver à un consensus. (Honduras)

- **Le plan promotionnel:** le schéma de la "média mix", des relations entre les différents canaux de communication et des plans de distribution pour les matériels promotionnels.

- **Le plan de formation:** identifier les agents de santé devant être formés et donner les grandes lignes du programme d'étude et de méthodologie générale.

- **Le plan de suivi:** y compris les tests de faisabilité et les autres techniques permettant de perfectionner une stratégie de programme et d'évaluer les changements dans le temps. *

- **Le plan de gestion:** attribuer les responsabilités incombant à toutes les institutions participantes et comprennant leur calendrier d'exécution. **

- **le plan d'évaluation:** évaluer les modifications de comportement ainsi que les changements dans le taux de morbidité et de mortalité. *

- Un plan pour **institutionnaliser** la méthodologie d'éducation sanitaire. **

- **Le Budget**

La figure 7-1 présente une partie du plan fait pour le programme de la TRO en Gambie. Il montre les principaux thèmes de la campagne, le programme de formation, la stratégie des mass média et les différents messages selon la phase de la campagne.

---

* Confer chapitre 9

** Confer chapitre 10

ETAPES D'INTERVENTION		ETAPE I	ETAPE II
PROBLEMES DE SANTE SAISONNIERS ET CONNEXES		SAISON SECHE acces de deshydratation courts et intenses	SAISON DES PLUIES acces prolonges et moins intenses, lies a la malnutrition
1982 JAN FEB MARS AVR		MAI JUIN JUIL	AOUT SEP OCT
Interventions		Deshydratation Malnutrition	Utilisation Correcte de la Solution Eau-sucre-sel
THEMES PRINCIPAUX DE LA CAMPAGNE		Danger de la deshydratation Regime special pour la diarrhee Introduction de la solution eau-sucre-sel	Melange et administration de la solution eau-sucre-sel Alimentation continue pendant et apres les episodes diarrheiques Identification des "Benevoles du drapeau rouge"
Formation et Activites De L'agent de Sante	Pour: Infirmieres/SagesFemmes Personnel Soignant Infirmieres Communautaires Inspecteurs Sanitaires Inspecteurs des Leproseries	Formation pour: 150 agents de centres de sante 650 "Benevoles du drapeau rouge" Seminaires pour medecins	LOTERIE DU BEBE HEUREUX Concours pour les melanges eau-sucre-sel dans 72 villages (1.440 participants) (10.000 observateurs)
Elaboration du Materiel Imprime	Articles: Affiches Depliants Manuels de L'agent de Sante Drapeaux Rouges pour Volontaires Prix des Loteries	Distribution de: 150 affiches sur le traitement de la diarrhee; 1500 affiches sur le regime alimentaire special; 650 Drapeaux rouges	150.000 depliants sur le melange eau-sucre-sel distribues comme tickets de loterie
Emission Radiophonique	Articles: Programmes-Magazines Mini-programmes Brefs Spots	Diffusion de 9 programmes radiophoniques	Diffusion de 29 programmes radiophoniques sur la loterie (30-40 diffusions par semaine)
			(continuación)

7

ETAPE III	ETAPE IV	ETAPE V	
SAISON SECHE acces de deshydratation courts et intenses	**SAISON DES PLUIES** acces prolonges et moins intenses, lies a la malnutrition	**SAISON SECHE** acces de deshydratation courts et intenses	
1983 NOV DEC JAN FEV MARS AVR MAI JUIN JUIL AOUT SEP OCT		1984 NOV DEC JAN FEV MARS AVR	
UTILISATION CORRECTE (suite)	**CAMPAGNE ALIMENTAIRE**	**PREVENTION DE LA DIARRHEE**	
Signes de deshydratation La diarrhee est surtout dangereuse pendant la saison seche Administration rapide de la solution eau-sucre-sel Enlever les feces dans la concession	Continuer d'alimenter pendant la diarrhee Donner des aliments tres energetiques quand l'enfant se remet de la diarrhee Renforcement des messages sur eau-sucre-sel	Prevention de la diarrhee Protection des puits Se laver les mains avec du savon Enlever les feces dans la concession	**Real-isations Totales**
Evaluation de la Mini-Campagne	Recyclage de 95 agents de sante	Formation de 45 agents de sante	**1.000 Agents Formes**
Elaboration des Messages sur L'alimentation	Distribution de; 1.000 affiches sur l'alimentation; 50.000 depliants sur l'alimentation	Distribution de 1.000 affiches (apprendre aux auxiliaires pourquoi il faut se laver les mains)	**250.000 Imprimes Distribues**
Diffusion de 14 programmes radiophoniques	Diffusion de 8 nouveaux programmes radiophoniques	Diffusion de 13 programmes radiophoniques	**1.000 Emissions Radio-phoniques**

8

INTERVENTION

L'intervention commence au moment de l'utilisation des matériels de communication du programme. Ces derniers devraient être de la meilleure qualité possible au vu des ressources disponibles. Ils sont distribués au public par le biais de divers canaux intégrés aux fins d'avoir le maximum de portée et de fréquence. Les planificateurs doivent soigneusement envisager les possibilités de la communication face à face et apporter une formation à ceux qui seront en contact avec les consommateurs.

(Equateur)

8

RÉALISATION

La réalisation des matériels de communication devrait être aussi professionnelle que le permettent les ressources disponibles. La recherche de la qualité commence bien évidemment avant le stade de la réalisation, puisqu'elle fait partie de la recherche et de la conception préliminaires ainsi que du test du produit. Toutefois, elle présente plusieurs options administratives qui doivent être soigneusement évaluées.

En règle générale, le service qui administre un programme de communication pour la santé publique n'a pas d'expérience en matière de réalisation des médias. Même si le service d'éducation d'un ministère, par exemple, compte des artistes dessinateurs talentueux qui peuvent préparer de bonne copie, il vaut mieux que la réalisation à proprement parler—affiches, matériel didactique, émissions radiophoniques et télévisées—soit laissée aux professionnels dans ce domaine.

La plupart des Gouvernements ont leurs propres imprimeries. Certains disposent de service de réalisation des média qui travaillent pour plusieurs ministères. Les organes de radiodiffusion et télévision publics devraient toujours être invités à participer à la planification et à la réalisation des matériaux qu'on leur demandera plus tard de diffuser.

Si les ressources et les politiques publiques le permettent, le projet peut décider de faire appel aux services d'organismes locaux s'occupant de conception et de réalisation afin d'accroître l'efficacité et la qualité. Il est possible que ce choix s'avère également être plus économique dans le long terme. Les services des agences de publicité et des maisons de production sont généralement chers, mais il arrive que ces dernières soient disposées à diminuer les prix ou à contribuer gratuitement à des programmes tels que la survie de l'enfant. De plus, le climat concurrentiel incite également à la qualité.

DISTRIBUTION

L'étape **distribution** d'une intervention synchronise un certain nombre des grandes stratégies présentées au chapitre V. Elle vérifie que les calendriers sont respectés et que les activités promotionnelles s'engrènent dans la distribution du produit et la formation. Le terrain est prêt et le principal travail qui reste à faire se situe au niveau de la coordination et de la gestion.

Au cœur du toute intervention se situe la coordination entre la "stratégie de produit" qui importe les biens et services et la "stratégie promotionnelle" qui crée une demande pour ces mêmes biens et services. (Honduras)

Diffusion médiatique

Diffuser de manière stratégique (qu'il s'agisse de spots télévisés et radiophoniques, de magazines et journaux, de prospectus dans les centres de santé, etc.) reste une question ardue tout au long du projet. Pour cela, le groupe administratif doit observer les points suivants:

- Réaliser les matériels en quantité suffisante pour la distribution aux stations de radio et télévision et aux maisons d'édition, aux centres de santé et aux autres réseaux de diffusion.

- Donner les matériels aux médias avec des instructions détaillées sur les jours et les heures auxquels il faut les passer sur les ondes ou les diffuser.

Coordonner **le média "mix"** de manière à ce que les différents éléments (radio, télévision, presse écrite et contacts interpersonnels) se renforcent mutuellement relève d'une question logistique qui à ce stade doit être exécutée conformément aux détails prévus dans le plan promotionnel. Cette coordination sera mise à l'épreuve par les diverses contraintes environnementales et politiques qui auraient dues être détectées en grande partie par la recherche préliminaire.

Produits et services

Le programme de communication ne se limite évidemment pas à la diffusion médiatique. La distribution concerne aussi **les produits et services**. Coordonner la "stratégie du produit" et le moment

opportun de la "stratégie promotionnelle" conçue pour **créer la demande** de ces technologies sanitaires se situe au coeur de l'intervention. Le succès de la coordination pourra se vérifier de diverses manières, par exemple:

- Quand une mère va voir le pharmacien pour acheter de la chloroquine pour son enfant fiévreux, est-ce-que celui-ci peut lui donner des conseils sur la manière de l'utiliser?

- Quand un message radiophonique explique à des mères ne sachant pas lire comment interpréter le dépliant sur la solution eau-sucre-sel, auront-elles en main le dépliant en question pour pouvoir suivre?

- Quand une mère bénévole met à sa porte un signe indiquant qu'elle a des sachets de TRO, est-ce-que les gens sauront ce que le signe veut dire?

- Quand une mère se rend au centre de santé pour obtenir la dernière vaccination de DTcoq pour son enfant, est-ce-que l'agent de santé va refuser de la donner parce que son enfant est légèrement fiévreux?

Dans les cas cités ci-dessus, les éléments des deux stratégies (promotionnel plus produit) doivent s'imbriquer si l'on veut que les consommateurs aient accès au produit ou au service sanitaire. Se passer de l'une ou de l'autre risque de freiner le programme. Il convient donc de coordonner ces deux stratégies.

STRATEGIE A L'OEUVRE

Obtenir de l'aide des enfants

Les enfants allant à l'école, y compris les élèves du secondaire, peuvent être des agents de communication et de distribution enthousiastes pour le programme de survie de l'enfant. Si un système scolaire appuie l'activité de survie de l'enfant, les planificateurs de la communication peuvent trouver que ce réseau naturel s'avère être une ressource inestimable.

En Equateur, ce sont les élèves du secondaire qui ont permis d'atteindre les mères lors des jornadas PREMI ou campagnes de vaccinations, de thérapie de réhydratation orale et de surveillance de la croissance. En préparation à la troisième campagne de 1986, ils ont accroché plus de 250.000 affiches d'information dans les centres publics. Ils ont distribué le calendrier promotionnel dans les foyers des mères. Ils ont apporté en personne les invitations signées par la Première Dame. Les étudiants, les enseignants et les volontaires des autres organisations ont distribué plus de 500.000 prospectus annonçant les dates de la campagne. Le message est bien passé puisque les mères ont emmené plus de 535.000 enfants à la jornada.

Au Swaziland, les planificateurs de la communication ont conçu une série spéciale de leçons radiophoniques destinées à l'école primaire. Les huit leçons faisaient partie du programme élargi de vaccinations au Swaziland. On expliquait les six maladies meurtrières, les conséquences quand on n'est pas vacciné, les âges de vaccination et l'importance du carnet de vaccinations. Le livre pratique qui accompagnait les leçons a conféré un aspect pratique à l'apprentissage. En plus, les enfants avaient un document qu'ils pouvaient emporter et partager avec leurs parents. Les programmes encourageaient également les enfants à motiver leurs parents afin qu'ils fassent vacciner leurs frères et soeurs.

Les enfants ont joué un rôle actif dans le programme PREMI en Equateur

8

Soutien interpersonnel

Souvent, le fossé qui sépare **la promotion** et **les produits et services** peut être comblé par la communication face à face. En effet, une personne peut faire le lien entre le consommateur et la technologie sanitaire aussi bien du point de vue du promoteur créant la demande que de l'agent prêtant les services.

Ce fait se vérifie surtout dans les pays où les "mass média" n'atteignent qu'une faible partie de la population. Ceux qui ont le plus besoin de ces informations n'ont pas toujours accès à la radio, à la télévision ou aux journaux. Il arrive que les imprimés ne puissent être distribués que par le biais de grandes mobilisations, par exemple les enfants allant à l'école. Les messages et les services annoncés par les mass média ne sont pas toujours très crédibles. Ils ne le deviennent qu'après avoir reçu la sanction des dirigeants d'opinion et groupes de soutien locaux. La recherche préliminaire permettra aux planificateurs de la communication de définir la meilleure façon de recruter les habitants à l'activité promotionnelle.

L'on devrait toujours chercher à savoir qui sont **les dirigeants d'opinion** pour ensuite les intéresser et obtenir leur soutien. Pour ce faire on leur distribuera des matériels informatifs ou des instructions spéciales leur permettant de mieux informer les autres membres de la collectivité.

STRATEGIE A L'OEUVRE

Deux réseaux de distribution—
deux programmes de formation

En 1986, le département de la Santé du Gouvernement indonésien a commencé à intensifier l'effort de promotion de la TRO à l'Ouest de Java, province de 32 millions de personnes. La stratégie publique combine vente commerciale d'Oralit, produits de SRO locaux et distribution de produits subventionnés par l'entremise des centres de santé communautaire. Cette approche à deux niveaux suppose deux stratégies de formation: l'une à l'intention des commerçants et l'autre à l'intention des volontaires communautaires.

Garut Kabupaten, district qui compte 418 villages et une population de 1,6 millions d'habitants, est le site de lancement. L'on y trouve une douzaine de pharmacies, 200-300 drogueries et plusieurs milliers de petits magasins qui vendent des médicaments. Avant le programme, seul un petit nombre de détaillants vendaient de l'Oralit. Le département de la Santé a encouragé P.T. Pharos, l'un des fabricants d'Oralit d'étendre la distribution aux villages. Un médecin et un infirmier du département de la Santé ont donné les instructions nécessaires sur le rôle de la TRO à un représentant et à un superviseur de Pharos travaillant à plein temps. Ces derniers ont également reçu des tableaux et des prospectus à distribuer aux clients. Le représentant a parcouru l'ensemble de Garut dans un camion allant voir les détaillants et grossistes. En l'espace d'un mois, 800 détaillants avaient reçu la même formation et les mêmes fournitures.

Des promotions adroites ont motivé les détaillants. En effet, s'ils achètent dix boites d'Oralit, ils reçoivent une boite gratuite et un T-shirt Oralit. S'ils achètent 120 boites, ils reçoivent une calculatrice en plus.

Mais de nombreuses mères dans les régions rurales de l'Indonésie n'ont pas les moyens d'acheter les produits de SRO. Afin de répondre à leurs besoins, le Gouvernement cherche à former des volontaires ou kaders qui distribueront des SRO et donneront des instructions sur la préparation. Cet effort repose sur un système de formation en cascade. Le département de la Santé a commencé à former 63 de ses fonctionnaires à l'Ouest de Java pour en faire des formateurs. Ils ont à leur tour formé un minimum de cinq agents de santé dans chaque kabupaten. Puis ce dernier groupe a formé trois agents dans chacun des 38 centres de la santé du Garut. Finalement, ces agents ont formé les volontaires.

Chaque volontaire reçoit deux jours de formation. Elle reçoit un certificat, un badge d'identification, des dépliants avec les instructions, un emblème pour sa maison et un tableau mural avec des instructions. Elle reçoit également un stock initial d'Oralit aux fins de distribution aux femmes locales.

Le système scolaire est un des rares milieux organisés et respectés permettant d'atteindre une large proportion de la population. Les étudiants appartiennent à toutes les classes socio-économiques. Ils sont, non seulement, d'éventuels bénéficiaires d'un programme d'éducation publique mais ils constituent aussi un important réseau de diffusion de l'information. Les matériels distribués à l'école peuvent être partagés avec la famille et les amis, renforçant par là l'impact des programmes scolaires.

Les écoles ne sont pas toujours un terrain facile pour l'éducateur en santé publique. Les programmes peuvent être rigides, les enseignants débordés de travail. Certains hésitent à introduire de nouvelles idées et obligations. Les matériaux distribués aux étudiants devraient tenir compte de leur âge, être simples, intéressants, transportables pour être partagés avec la famille et les amis. Il est bon qu'ils soient assortis d'un guide pour l'instructeur adaptable dans de nombreux contextes.

Par ailleurs, on a constaté que les étudiants pouvaient être des messagers enthousiastes dans la collectivité, faisant des annonces, allant de porte à porte pour distribuer des invitations et du matériel didactique.

Dans de nombreux programmes de survie de l'enfant, **les mobilisations communautaires** sont des éléments essentiels de la stratégie de communication face à face. Elles fournissent une excellente occasion d'inviter les gens du secteur privé. Prenons le cas des mobilisations communautaires réalisées par plusieurs programmes de survie de l'enfant dans des pays tels que le Brésil, la Colombie et l'Equateur qui ont permis de recruter des milliers de vaccinateurs et de promoteurs volontaires.

FORMATION

La formation est un aspect fondamental de l'intervention, qu'elle soit donnée aux fins de distribuer le matériel didactique ou aux fins de prêter les services et distribuer les produits. Ce dernier point est d'ailleurs particulièrement vital. L'analyse comportementale propose les grands principes des stratégies pédagogiques efficaces pour des programmes tels que ceux de la communication de la santé publique pour lesquels ce sont non seulement les connaissances mais aussi l'exécution qui constitue un critère de réussite.

L'on peut dire en peu de mots que l'analyse comportementale a démontré que les gens parviennent le mieux à apprendre le nouveau comportement quand ils se trouvent dans une des situations suivantes:

- Ils apprennent quelque chose s'ils sont convaincus que c'est utile.
- Ils mettent en pratique ce qu'ils apprenent, plus il y a de pratique mieux cela vaut.
- Les efforts sont commentés et récompensés.
- Les récompenses viennent de plusieurs sources et sont données immédiatement.

Des détails complémentaires sur les stratégies d'apprentissage sont donnés à la fin du présent chapitre.

Le personnel soignant est le premier bénéficiaire de la formation suivi dans certains pays par les détaillants privés et les bénévoles. Cette formation est un aspect essentiel du programme global, de ce fait les planificateurs doivent être conscients des contraintes que rencontrent ces différents groupes.

Formation à l'intention du personnel soignant

De nombreux programmes d'éducation et de communication pour la santé publique ont été critiqués du fait qu'ils ne faisaient pas assez appel aux agents de santé rurale. Un nombre tout aussi élevé de programmes ont échoué car ils en attendaient de trop. En théorie, nous supposons que les agents de santé vont faire le lien interpersonnel et crédible entre les sources d'information externe et les bénéficiaires dans la collectivité. Mais dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas.

Le système de prestations connaît de nombreux problèmes. Pour ne citer que le manque d'établissements, le manque de moyens de transport, des routes souvent impraticables, un climat dur et la détérioration qui s'en suit au niveau de l'infrastructure matérielle, le manque de crédit, de ressources professionnelles et administratives, les différences de classe, de caste, de race, ou même de sexe qui continuent de jouer dans les relations entre les agents et les clients sont autant d'entraves au système.

Il n'y a pas de formule facile pour déterminer le rôle des agents de santé au sein d'un programme de communication comportant de multiples interventions. Les budgets varient d'un pays à l'autre, au même titre que les priorités politiques, les pressions externes ou internationales et même la prévalence des maladies. Néanmoins, un planificateur de programme peut du moins suivre deux directives pour la participation efficace des agents de santé:

• Ne pas s'attendre à ce que l'agent change radicalement son mode d'opérations.

• Donner des incitations poussant à de meilleures réalisations.

Formation à l'intention du secteur privé

Dans les programmes commerciaux du secteur privé, le profit motive les distributeurs. Mais la plupart des technologies de survie de l'enfant ne rapportent guère. Même les produits de TRO commerciaux constituent une entreprise moins lucrative que les antibiotiques ou les anti-diarrhéiques. Il s'agit donc de tenir compte de ces questions de bénéfice dans la formation et le soutien donnés aux distributeurs. Parallèlement, ces derniers qui généralement vendent des produits plutôt que des services doivent apprendre et acquérir des aptitudes à la formation interpersonnelle s'ils veulent enseigner et renforcer l'utilisation correcte des technologies de la survie de l'enfant.

STRATEGIE A L'OEUVRE

Tout le monde désire être un "gagnant"

Chaque enseignant sait combien il est important de motiver ses étudiants. Le fait qu'un sujet particulier est capital ou même qu'il influence les vies des amis ou de la famille ne suffit pas en soi à rendre le processus d'apprentissage facile, intéressant ou inspirant. Les éducateurs de la santé publique à l'instar des autres enseignants savent qu'il faut susciter l'intérêt et motiver son public.

Un cours radiophonique de sept semaines diffusé en Equateur, dans le cadre du programme PREMI, s'est servi de plusieurs types d'incitation pour retenir l'attention et la participation des auditeurs. Le cours a traité d'un certain nombre de thèmes de la survie de l'enfant dont les vaccinations, le traitement et la lutte anti-diarrhéique et la surveillance de la croissance—programme ambitieux. Le cours était conçu pour les gardiens des enfants de moins de cinq ans des régions rurales et urbaines pauvres. Les programmes étaient diffusés pendant 20 minutes tous les jours. Les dix premières minutes étaient consacrées à un feuilleton relatif au thème. Il ne fait aucun doute que certains auditeurs mettaient leur radio en marche juste pour suivre le feuilleton.

Les participants sérieux du programme ont pu obtenir un guide de l'aide-infirmier local permettant de suivre les programmes radiophoniques. A la fin de sept semaines, les étudiants pouvaient passer une série de quatre tests sur les différents thèmes du programme. Un diplôme et un billet d'entrée à une loterie locale étaient donnés à toute personne qui réussissait. Les prix étaient notamment 170 bourses de 10.000 sucres chacun (45 $EU) pour les enfants des gagnants.

Les aides-infirmières participantes ont reçu deux jours de préparation au programme ainsi que leur propre guide. Chaque infirmière qui montrait qu'elle avait inscrit au moins huit mères et corrigé les tests de quatre étudiants pouvaient également participer à une loterie séparée qui comportait des prix de 170 bourses de 100.000 sucres chacune (environ 445 $EU) pour une éducation complémentaire.

Les programmes de communication pour la santé publique ont récemment fait preuve de plus en plus de créativité au niveau des incitations tant pour les gardiens que pour le personnel de santé. Il est difficile de trouver une bonne "récompense" si l'on veut tenir compte et des buts et des ressources d'un programme. L'on ne dispose pas toujours de l'argent nécessaire pour faire des loteries ou des feuilletons. Mais souvent une formule simple peut suffire. Comme tout enseignant le sait bien, souvent un certificat reconnaissant la réussite ou un simple "compliment", même un sourire, peuvent faire qu'un étudiant se sente dans la peau d'un gagnant.

Un mari félicite sa femme qui a obtenu le diplôme.

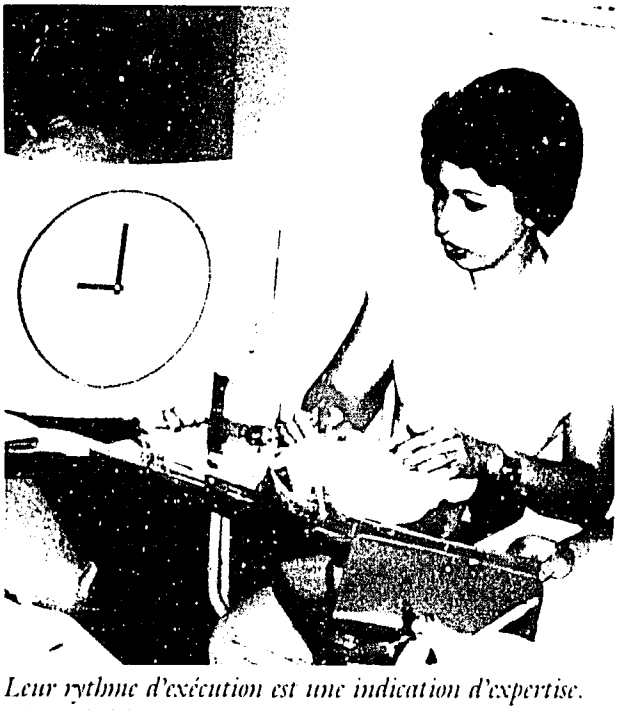
CHOIX DES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

La formation devrait reposer sur certains principes fondamentaux. En voici quelques exemples:

Donner aux stagiaires des raisons de croire à ce qu'ils apprennent. Les principes de base et la justification de l'apprentissage devraient être donnés au préalable.

Présenter un modèle que l'on peut observer et imiter. L'enseignement est essentiellement pragmatique. La formule conférence n'est utilisée que pour justifier ou expliquer certains fondements logiques. Chaque stagiaire doit exécuter sous supervision les diverses étapes de la nouvelle technologie.

Encadrer de moins en moins jusqu'au moment où le stagiaire exécute l'opération tout seul. Au départ, le stagiaire imite le formateur. Puis, ce dernier arrête de faire des démonstrations mais continue d'apporter des indications pour ensuite simplement encourager le stagiaire. Finalement, le superviseur ne fait des commentaires positifs que lorsque le stagiaire a exécuté tout seul la prestation.



Leur rythme d'exécution est une indication d'expertise. L'on voit ici un agent de santé qui s'exerce à faire les différentes étapes pour administrer les TRO. (Honduras)

Décomposer la séquence d'activités. Des instructions données à chaque étape permettent d'éviter les omissions et d'apprendre plus facilement que lorsqu'il faut s'attaquer au processus entier.

Utiliser le renforcement positif. L'analyse par tâche devrait avoir décomposé le processus d'apprentissage en étapes assez petites pour garantir pratiquement la réussite au stagiaire. Récompenser chaque succès avec des louanges.

Etre constant dans l'utilisation du vocabulaire et de la formulation tout au long de la séance. Il est important que l'instruction soit coordonnée et aille dans le même sens que les messages radiophoniques, les affiches, les instructions écrites ou toute autre source d'information concernant la nouvelle technologie.

Rendre le contexte d'apprentissage aussi réaliste que possible. Utiliser des matériels locaux pendant les travaux pratiques et les séances de formation.

En principe, le programme de formation devrait toujours déboucher sur des comportements directement observables chez chaque stagiaire. C'est là un paramètre de la réussite de la formation. Les essais préalables d'une séance de formation peuvent révéler les écueils à éviter.

STABILISATION DU COMPORTEMENT

La formation doit viser l'acquisition de compétences durables qui s'installent au-delà du court terme. Toute compétence à ses débuts est fragile, quelque peu maladroite. Un changement de contexte peut la disloquer. En faisant juste un petit effort supplémentaire, un programme de formation peut lui conférer un caractère stable. En effet, il s'agit d'apprendre au stagiaire à faire la distinction entre séquence d'activités correcte et incorrecte, à exécuter celle-ci rapidement et précisément et à l'appliquer en dehors du contexte de la formation. Quelques principes directeurs sont proposés ci-après en vue d'augmenter les chances d'une acquisition durable.

S'écarter légèrement du modèle de la séquence d'activités et voir si les stagiaires s'en rendent compte. Au moment de la formation initiale, le formateur fait plusieurs démonstrations de la pratique correcte. Plus tard, il introduira un changement, soit une omission soit une petite erreur. Au fur et à mesure que le stagiaire fait preuve de plus de discernement, ses compétences s'affinent et deviennent plus exactes. Il comprendra et se rappellera mieux des différents aspects d'une exécution correcte.

Chercher à ce que le stagiaire exécute la séquence d'activités aussi rapidement qu'une personne bien entraînée. La rapidité de l'exécution (le temps qu'il faut pour mélanger les SRO et les administrer la première fois) est un indice de compétence. Cette facilité s'acquiert avec la pratique. Très souvent, la formation s'achève alors que le stagiaire est encore lent et maladroit dans l'application. Un programme de formation efficace devrait continuer jusqu'à ce que le stagiaire soit capable d'exécuter la nouvelle séquence d'activités de manière exacte et constante.

Donner une mission au stagiaire. Les nouveaux stagiaires seront renvoyés dans leur établissement avec la mission d'appliquer aussi vite que possible la nouvelle technologie. Il est bon de leur demander de relater cette expérience. Il convient également de s'assurer que le stagiaire peut appliquer aussi rapidement que possible les nouvelles compétences dans son travail. Les formateurs devraient si possible effectuer des visites sur le terrain afin d'apporter soutiens et conseils en cas de problème.

INCITATIONS

Des approches pédagogiques d'un caractère tout à fait nouveau et une attention accordée à chacun peuvent stimuler l'apprentissage. Les incitations poussant à appliquer la nouvelle technique jour après jour, mois après mois, année après année doivent provenir de sources extrinsèques à la formation. Cela n'empêche que des programmes bien conçus cherchent à sensibiliser les étudiants aux contingences de la vie quotidienne qui peuvent les stimuler à adopter durablement la séquence d'activités.

La "tombola du bébé heureux" en Gambie a permis aux participants de démontrer en public leur compétence pur mélanger corectement la solution eau-sucre-sel. Une réalisation exacte a été récompensée par des prix simples. De telles campagnes peuvent motiver un premier essai du nouveau comportement.

9

SUIVI ET EVALUATION

Les planificateurs doivent assortir leurs programmes d'un système de suivi systématique permettant de détecter les défauts et omissions au niveau des stratégies du produit, de promotion, et de communication. Découvrir à temps de telles imperfections, y remédier à mi-parcours afin de perfectionner les produits et les messages, témoigne de la vitalité d'un programme. En principe, une évaluation finale doit déterminer d'une part si les objectifs du programme ont été réellement atteints et se pencher d'autre part sur la manière dont le projet a évolué, sur les publics auxquels il s'est adressé et dans quelles circonstances.

(Gambie)

9

La recherche, la planification et la réflexion ne s'arrêtent pas quand l'intervention proprement dite démarre. **La priorité accordée au consommateur** qui est au coeur de la méthodologie de communication pour la santé publique dépend du flot régulier d'informations entre les bénéficiaires et les planificateurs aussi bien pendant qu'après l'intervention. La planification et l'adoption de stratégies fondées sur cette information continuent d'influencer périodiquement l'intervention. Les analyses intermittentes des "résultats" sont réinjectées dans le programme et plus tard dans les projets futurs.

Par conséquent **le suivi et l'évaluation du programme** ne sont pas vraiment des étapes séparées de l'intervention mais bien plus un mécanisme de soutien qui évolue parallèlement et systématiquement avec le programme.

SUIVI

Aucun programme, aussi bien conçu soit-il, ne se déroulera exactement selon le plan. Certains obstacles auront été oubliés ou certaines caractéristiques des publics incomprises, ou alors certains essais seront plus concluants qu'escomptés, d'autres hypothèses s'avéreront justifiées, des erreurs seront faites et des facteurs importants externes au programme changeront tout le long de l'intervention. Un programme, s'il veut mettre à jour les points forts, les défauts, les omissions et les changements, doit reposer sur un processus de suivi à la fois souple et méthodique.

Le suivi se concentrera sur les éléments suivants:

- Systèmes de distribution pour les produits et matériels;
- Administration interne et respect du calendrier de travail et du budget;
- Suivi à mi-parcours des niveaux de connaissances, d'acceptations et de pratiques du public.

Le prétest des matériels constitue une première "vérification" des produits et des stratégies. Mais même quand ces derniers sont lancés, ils peuvent encore être perfectionnés et améliorés s'ils ne semblent pas apporter les résultats attendus. L'établissement de la séquence des messages relève d'un travail particulièrement subtil qui doit être continuellement suivi si l'on veut arriver à un impact maximum. Pour décider si des programmes doivent être modifiés, il convient de régulièrement évaluer l'efficacité des différents média, leur niveau d'interaction et l'opportunité de la combinaison media-prestations de services.

Tout au long de l'intervention, les planificateurs devraient se rapporter aux objectifs d'ensemble du programme. Bien que l'impact du programme de communication sur l'état de santé ne puisse être mesuré de manière significative sur de courtes périodes de temps, il est néanmoins possible d'obtenir une rétroinformation rapide sur le degré de sensibilisation, de connaissance, de compréhension, de rappel et de pratiques chez le public.

Une stratégie de suivi devrait englober, entre autres, les éléments suivants:

- Contrôle régulier des matériels à des points de distribution types;
- Réunions d'expression pour étudier l'impact des messages promotionnels et noter les malentendus possibles;
- Suivi des émissions radiophoniques et télévisées pour s'assurer que les calendriers de programme sont respectés;
- Interviews à des endroits bien situés pour évaluer les devises et les slogans de programme et partant pour juger de la portée de celui-ci;
- Evaluation de suivi de la formation apportée au personnel de santé;
- Examen de la gestion pour evaluer l'incidence du programme sur les distributeurs et les autres exécutants.

La section supplémentaire à la fin du présent chapitre traite dans le détail les objectifs et méthodes de suivi.

REVISIONS A MI-PARCOURS

Le suivi n'est pas un contrôle du travail de l'exécutant fait par une personne de l'extérieur. Il s'agit d'une méthode de recherche qui permet de mettre en lumière de nouveaux faits, de nouvelles situations et contraintes. Le personnel est récompensé pour la qualité de son travail et pour avoir su identifier assez tôt les problèmes et procéder aux changements nécessaires au niveau de la conception du projet.

Les révisions à mi-parcours demandent souvent autant de créativité et de planification que la concep-

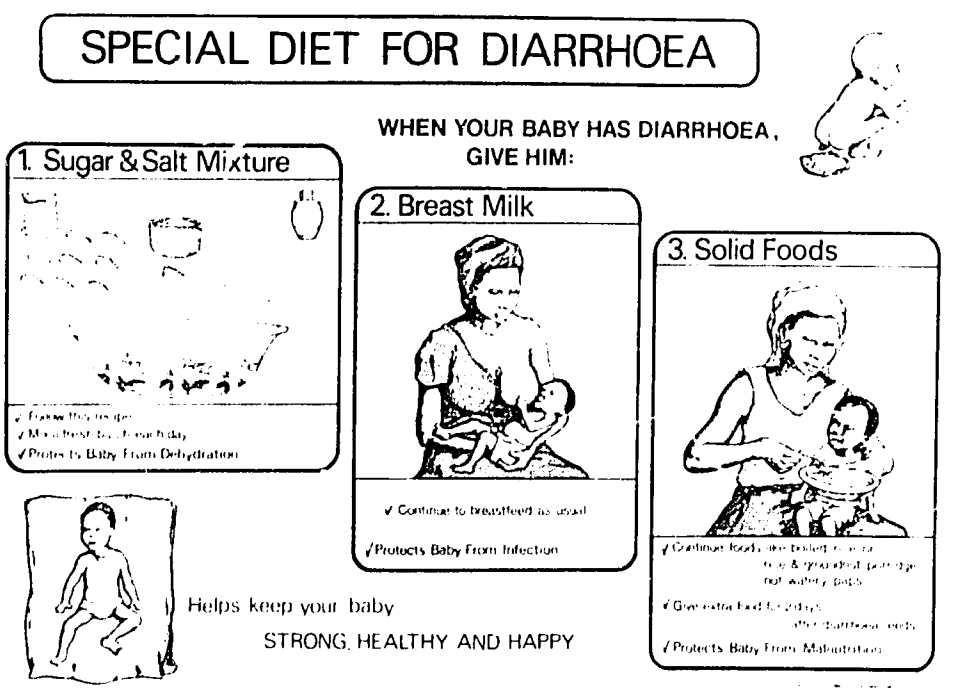
Clarifier les messages

La malnutrition entre dans le cercle vicieux de la diarrhée et de la déshydratation. Les enfants souffrant de diarrhée ont moins d'appétit et absorbent moins bien les élément nutritifs à travers leurs intestins. Par ailleurs, des enfants mal nourris sont moins résistants aux infections et contractent donc plus fréquemment la diarrhée. Pourtant, dans le Tiers Monde de nombreuses femmes pensent à tort que le fait de ne pas donner à manger ou administrer des purges peut aider à guérir la diarrhée.

Un projet en Gambie a utilisé des messages radiophoniques combinés à une formation des agents de santé et du simple matériel imprimé pour communiquer aux femmes une série de messages sur la thérapie de réhydratation par voie orale et une nutrition convenable. L'intervention de 27 mois était divisée en cinq cycles saisonniers. Pendant la première année, environ la moitié des femmes semblaient avoir appris la formule pour mélanger la solution sucre-sel et avaient commencer à l'utiliser. Mais moins d'un tiers avaient adopté le message sur "administrer des aliments solides". Il leur était apparemment plus facile d'apprendre de nouvelles compétences compliquées telles que la "recette de SRO" plutôt que de changer des vieilles habitudes alimentaires.

Pendant la seconde année du projet, l'on s'est concentré sur le message concernant l'alimentation. Le nouveau message remanié insistait sur le fait que l'enfant a besoin d'une alimentation différente pendant et après la diarrhée. Les mères savaient qu'il est difficile de donner des aliments solides aux enfants quand ils sont malades et n'ont pas d'appétit. Les nouveaux messages reconnaissaient cette difficulté et conseillaient simplement de donner peu à manger mais souvent. Les messages recommandaient également un certain nombre de plats locaux très énergétiques et signalaient plusieurs ingrédients riches en calories et en protéines que l'on pouvait ajouter à l'alimentation d'un enfant.

Ces messages plus raisonnables et plus précis ont mieux réussi auprès des mères. Reconnaissant les pratiques alimentaires actuelles des mères, ils ont apporté des conseils pratiques sur la manière dont on pouvait les changer pour avoir de meilleurs résultats.



Les concepteurs de la communication en Gambie ont réalisé cette affiche pour "positionner" la solution eau-sucre-sel comme un élément d'un régime alimentaire spécial, insistant par là sur les besoins d'apporter une alimentation spéciale pendant la diarrhée.

tion initiale. Même les plus petites modifications au niveau des produits ou stratégies peuvent avoir d'importantes répercussions. S'agissant notamment des éléments suivants:

- Poser les affiches dans des endroits plus visibles;
- Diffuser les programmes à des heures convenant mieux;
- Répartir différemment les tâches ou responsabilités internes;
- Changer les prix;
- Améliorer les systèmes de distribution;
- Changer les éléments de la stratégie de message;
- Inviter de nouvelles institutions à participer.

Les planificateurs doivent pourtant se rappeler que des changements fréquents et importants dans la stratégie peuvent entrainer des ruptures et confusions dans le système entier. Qui plus est, l'impact des messages est fonction de constance et de répétition. Par conséquent, on ne procédera au changement qu'après avoir soigneusement pesé le pour ou le contre.

EVALUATION

Le suivi mesure les résultats à mi-parcours. L'évaluation finale est l'imploi systématique de techniques de recherche visant à juger les résultats et l'efficacité du programme global. Il ne suffit de savoir que des programmes radiophoniques ont été diffusés, des produits distribués, des agents de santé formés, ou même que le message des programmes a été écouté, compris et a incité à certaines actions. Le but final n'est pas que les gens écoutent le conseil mais qu'ils l'acceptent, modifient en conséquence leur comportement et, en dernier lieu, améliorent leur propre santé et celle de leurs enfants suite aux conseils donnés.

L'évaluation finale se penche sur des questions du type suivant: Est-ce-que le programme a atteint les buts qu'il s'est explicitement donnés? Quelle est l'ampleur de l'impact du programme? Quels ont été les résultats inattendus? Quelles ont été les parties du programme les plus ou les moins réussies? Bien que ce genre d'évaluation soit nécessairement une réflexion en fin de parcours sur le programme global, elle

Le principal instrument de recherche utilisé pendant les évaluations finales est l'enquête à large échelle faite avant et après l'intervention. (Honduras)

se fonde sur l'information recueillie plus tôt au moment de la recherche préliminaire ainsi que sur les mesures intermittentes des objectifs du programme. Une évaluation utile se penche sur le processus d'intervention ainsi que sur la mesure de son impact global. Si l'on veut qu'il y ait véritablement incidence sur l'état de santé, une série d'étapes intermédiaires sont nécessaires. Evaluer celles-ci demande que l'on examine les aspects suivants:

- La population cible avait **accès aux canaux** utilisés par la campagne;
- Les messages ont effectivement **atteint la population** grâce à ces canaux;
- **Le contenu des messages a été appris** et retenu par le public;
- Les membres du public cible ont effectivement **modifié leur comportement** suite à la campagne;
- **L'état de santé des enfants** s'est amélioré suite à ces modifications de comportement.

Le chapitre 4 a montré que les objectifs du programme de communication peuvent être donnés

sous forme d'une série de buts organisés d'une manière hiérarchique tendant vers des changements effectifs dans les pratiques et états sanitaires. De la même façon, l'évaluation finale devrait en principe se pencher sur les étapes qui sont les maillons nécessaires pour atteindre les principaux buts du programme.

Définition des questions de l'évaluation

Un double défi se pose au spécialiste de l'évaluation. D'une part, il s'agit de déterminer: 1) quelles sont les questions à se poser et 2) d'autre part quelles sont les meilleures méthodes pour y répondre. Dans un premier temps, l'évaluateur travaille avec les planificateurs et les réalisateurs du projet dans le but de comprendre les objectifs mesurables que le programme s'est explicitement donnés. Ces objectifs établis au début du programme sont très probablement les niveaux auxquels on voulait arriver en ce qui concerne l'exposition aux messages, les connaissances de l'information, les premiers essais des nouvelles pratiques, l'adoption du comportement et l'impact sur la morbidité et la mortalité. (Confer cha-

STRATEGIE A L'OEUVRE

Regarder d'un peu plus près, écouter un peu mieux

Les services de vaccination en Equateur semblaient continuellement rencontrer le même problème. De nombreux parents ne revenaient pas dans les dispensaires pour compléter toute la série de vaccinations de leurs enfants. Situation courante par ailleurs dans de nombreux pays. Les spécialistes de la communication et du comportement ont conçu une étude de terrain pour plusieurs dispensaires ruraux dans l'espoir qu'un suivi direct des services révèlerait les raisons de cet état de choses.

L'étude se concentrait sur cinq provinces, retenues en raison de leur importantes populations rurales et de leur relativement faible taux de vaccination. Elle se fondait sur des observations des comportements dans les centres médicaux où les enfants étaient emmenés pour recevoir les vaccinations ou pour d'autres raisons. Les membres de l'équipe ont suivi la mère (ou les autres adultes) ainsi que l'enfant pour découvrir les faits pouvant expliquer pourquoi ils ne revenaient pas. Ils ont utilisé cinq différents instruments d'observations et d'interviews y compris un formulaire d'observation, une interview à la sortie (avec la mère), une interview à domicile, une interview avec le personnel médical et un rapport de terrain. Un total de 253 enfants ont été suivis, sur ce nombre, 183 ont reçu des vaccinations et 70 n'en ont pas reçus.

L'étude a conclu en disant que les mères au centre étaient très informées sur les vaccinations mais ne connaissaient pas très bien la date exacte à laquelle il fallait revenir. De nombreuses occasions de vacciner étaient perdues car les normes n'étaient pas respectées. Par exemple, il arrivait fréquemment que des enfants légèrement fiévreux n'étaient pas vaccinés et ceux qui revenaient plus tôt que l'intervalle recommandé de trois mois étaient souvent renvoyés chez eux. Trop souvent quand il n'y avait pas de fiole ouverte, l'agent de santé ne voulait pas en ouvrir une.

La moitié des mères qui avaient leurs carnets de vaccinations ne pouvaient pas interpréter les dates qui y figuraient leur indiquant quand il fallait revenir. Plus d'un quart des carnets ne portaient pas de dates. Le personnel sanitaire ne disposait d'aucun moyen systématique pour vérifier si les mères avaient effectivement compris les instructions qu'on leur avait données concernant la prochaine date de vaccination. Très souvent, aucune instruction n'était donnée. Par ailleurs, l'échange entre les agents sanitaires et les mères comportait le plus souvent des mots critiques et durs et non un réel soutien.

L'étude arrivait à la conclusion quelque peu surprenante que les mères étaient assez motivées pour parcourir de longues distances pour se rendre au service des vaccinations des dispensaires, mais que les agents de santé ne respectaient pas les normes et n'étaient pas suffisamment motivés pour encourager et informer correctement les mères. L'étude axée au départ sur les motivations des mères a changé de direction après le suivi et s'est penchée sur la motivation et l'éducation des agents de santé.

pitre 4.) Par ailleurs, l'évaluateur devra connaître les diverses hypothèses et attentes sur lesquelles repose le programme. Il ou elle devra tenir compte de certaines questions comme celles qui suivent:

- L'importance relative des différents objectifs mesurables aux yeux des planificateurs du projet. (Le but premier est-il un changement dans les pratiques? Ou dans l'état de santé)

- Les caractéristiques du public cible et l'importance des sous-groupes qui le composent. (Les planificateurs se demandent-ils quel groupe était le plus susceptible d'apprendre ou de changer)?

- La manière dont on envisage que le changement s'effectuera dans le public cible. (Est-ce-qu'on s'attend à ce que les gens changent immédiatement ou progressivement en réponse à l'intervention. Le prévoit-on dans le court terme ou de manière permanente?)

- Quels changements espère-t-on dans le système de prestations sanitaires lui-même ou au sein de la bureaucratie sanitaire plus large?

Les résultats de l'évaluation finale revêtent généralement de l'importance pour un certain nombre de publics différents. Le spécialiste de l'évaluation doit tenir compte des besoins de ces publics. Tiennent-ils à avoir des informations pour étayer des décisions concernant de futurs projets ou politiques particulières? Est-ce-que les responsables cherchent avant tout à connaître l'impact de l'intervention ou plutôt certains indicateurs précis du processus? Ont-ils des questions concernant le coût-efficacité et l'efficacité administrative?

Une évaluation finale ne peut répondre à toutes les questions importantes. La méthode est en fait un choix continu parmi les diverses options et une sélection prioritaire face aux contraintes de temps et d'argent.

Choix des stratégies d'évaluation

Une fois la liste de questions appropriées retenue, l'évaluateur doit décider quelles sont les méthodes de collecte et d'analyse des données qui susciteront le mieux les réponses. Il n'y a pas de modèle, d'approche ou de méthodologie qui garantisse la réussite universelle. Une stratégie d'évaluation efficace doit reposer sur diverses études et méthodologies. Des questions distinctes demandent des modèles différents. Et ces derniers qui représentent diverses manières d'approcher la même question peuvent apporter de solides preuves de l'impact d'un programme, si leurs résultats sont constants.

Les évaluations finales des interventions de communication se servent généralement d'enquêtes à large échelle réalisées **avant et après** la campagne en vue d'apprécier dans le détail les connaissances, attitudes, et pratiques d'un groupe par rapport au problème sanitaire visé. L'enquête "finale" devrait déterminer l'accessibilité et l'exposition aux canaux de communication, au message, etc. Il serait idéal d'enquêter à plusieurs reprises auprès du même groupe de personnes aux fins de mesurer les progrès de l'intervention. Les données démographiques (y compris le statut socio-économique, l'âge, le degré d'alphabétisation et l'éducation) permettent d'observer si les changements de pratiques se limitent à certains groupes. Les études d'observation permettent de vérifier la validité **des données auto-enregistrées.** L'on peut encore faire appel à d'autres méthodes telles que les examens des dossiers (celles du centre de santé ou de l'enregistrement de décès) ainsi que diverses autres mesures de l'état de santé des enfants.

L'évaluation du "processus" détermine si la méthodologie du projet est bonne. L'on voit ici un prétest du "drapeau du bébé heureux".

L'on considère souvent qu'une large enquête par sondage constitue le seul moyen correct de réaliser une évaluation finale. Mais ce n'est ni la seule technique de recherche ni forcément la meilleure pour répondre à certaines questions particulières. Certaines questions peuvent être sondées rapidement et facilement alors que d'autres demandent un modèle et une collecte de données plus compliqués sur un temps plus long. Par exemple, on peut faire appel à divers modèles pour mesurer l'incidence d'une intervention de vaccination sur le comportement. Si le programme cherche avant tout à ce que la campagne

STRATEGIE A L'OEUVRE

Une évaluation en Gambie

L'université de Stanford a élaboré un "modèle méthodologique" pour évaluer le traitement des maladies diarrhéique et l'intervention nutritionnelle en Gambie. Le modèle a été conçu pour évaluer une gamme de résultats complexes, suivre le changement dans le temps et relier les interventions spécifiques aux changements observés chez les personnes. Le modèle était fondé sur une série d'étapes séquentielles devant se dérouler dans l'ordre si l'on voulait que la campagne ait un impact sur l'état de santé. S'agissant de:

- Création des composantes de la campagne—Est-ce-que les produits et activités créés utilisaient l'approche spéciale du projet?
- Exposition potentielle—Quelle était l'exposition possible à la campagne? Dans quelle mesure les annonces étaient-elles diffusées, les dépliants distribués et les agents de santé formés?
- Exposition effective—Quelles personnes étaient en fait entrées en contact avec la campagne et dans quelle mesure?
- Modification des connaissances—Qui a appris quoi et avec quel degré d'exactitude?
- Changements d'attitudes—Comment les publics ont-ils réagi à l'information?
- Essai du comportement préconisé—Qui a essayé le nouveau comportement, du moins une fois, et avec quel degré d'exactitude?
- Adoption du comportement préconisé—Dans quelle mesure les gens ont-ils adopté le nouveau comportement et l'ont-ils intégré à leurs habitudes.
- Changement dans l'état de santé—Y-a-t-il eu amélioration de l'état nutritionnel, diminution de la morbidité ou de la mortalité?

Le diagramme de la page suivante montre comment ses étapes étaient divisées suivant les variables et l'évaluation du projet et les variables et l'évaluation de l'impact. Dans un sens très général, les variables étudiées sont notamment: accès et exposition aux composantes de l'intervention, connaissances et comportements relatifs au traitement de la maladie diarrhéique, à la nutrition de l'enfant et aux pratiques alimentaires, à l'assainissement et à l'hygiène personnelle ainsi qu'à l'état nutritionnel et à la morbidité et mortalité.

L'évaluation englobait également de nombreuses variables interférentes - telles que les données démographiques, le statut socioéconomique, le degré d'alphabétisation et le bien-être matériel - utilisées pour mieux comprendre les effets nets dans chaque catégorie.

L'évaluation comportait plusieurs études discrètes. La plus importante étant l'étude longitudinale sur les éléments suivants:

- données démographiques et variables interférentes
- mode d'utilisation des médias
- exposition aux éléments de l'intervention
- mesure des connaissances et des attitudes
- auto-signalisation des pratiques
- mesures d'observation des pratiques
- auto-signalisation de la morbidité
- mesures anthropométriques

L'étude a administré plusieurs fois sur une période de plus de deux ans des instruments différents sur les échantillons regroupant environ 800 femmes au sein d'une cohorte de 1.029 femmes. Les techniques de mesures englobaient les interviews, l'observation directe, les mesures physiques, l'examen des archives et les études de cas. On a cherché dans la mesure du possible à utiliser plusieurs techniques pour mesurer les différentes variables afin d'exclure les biais inhérents aux techniques de mesure.

9

A. EVALUATION DES PROJETS

Méthodes et études de mesure:
Interviews avec le personnel;
Rapports du projet;
Interviews avec les dirigeants;
Etude du cot-efficacité;
Antecedents administratifs

Modèle de la méthode:	1. Creation Des Volets de La Campagne	2. Exposition Possible
Variables mesurées:	Projet: --organisation --administration --effort --cot	Diffusion: --quantité --calendrier Matériel imprimé: --distribution Formation: --Conception --Réalisation
	Variables de traitement	

B. EVALUATION DE L'IMPACT

Méthodes et études de mesure
Etude de groupe à base d'interviews, d'observations, de mesures anthropométriques;
Pré et post-étude à base d'interviews;
Etude de l'agent de santé à base d'interviews

Modèle de la méthode:	3. Exposition Effective	4. Changement Des Connaissances	5. Changement Des Attitudes
Variables mesurées:	Utilisation des média; Exposition spécifique à un volet; Accès et utilisation des centres de santé; Sources d'informations et de conseils.	Situation préalable et changement dans les croyances traditionnelles; Rappel et reconnaissance des messages sur les maladies diarrhéiques, la nutrition infantile, l'alimentation en eau, l'assainissenment, l'alimentation en eau, l'assainissement, l'alimentation et l'hygiène personnelle.	
	Résultats du point de vue connaissances et attitudes		

Modèle de la méthode:	6. Essais du Nouveau Comportment	7. Adoption du Nouveau Comportment	8. Changement De L'Etat De Sante
Variables mesurées:	Situation préalable et changement dans les réponses aux questions concernant la diarrhée, l'alimentation et l'allaitement au sein; l'eau ménagère et l'évacuation des déchets; l'hygiène personnelle; l'utilisation des prestations sanitaires		Morbidité Mortalité Etat nutritionnel
	Résultats du point de vue comportement		Résultats du point de vue santé

augmente le nombre d'enfants vaccinés, l'examen des dossiers médicaux fait avant et après l'intervention dégagera les résultats nécessaires sur un temps relativement court et à un coût assez faible. En revanche, si le programme tient à vérifier que les enfants ont reçu la série de vaccinations nécessaires dans les délais prescrits—et dans la négative, trouver les causes—une approche plus utile mais aussi plus chère consiste à faire une enquête auprès des mères et à étudier les carnets de vaccinations.

Demander conseil à un spécialiste de l'évaluation permet d'éviter de lourdes dépenses faites pour un sondage à grande échelle qui ne mesure qu'un seul résultat ou inversement pour un modèle de recherche qui n'a pas la capacité de détecter les changements désirés. Au moment du choix des techniques de recherche, l'évaluateur doit retenir des techniques de recherche fiables et différentes en fonction du temps, des crédits disponibles, etc.

La mesure la plus importante dans une intervention est l'évaluation de l'impact de celle-ci sur les pratiques sanitaires existantes. (Philippines)

Evaluation: Fondement du processus décisionnel

L'évaluation finale se fonde sur **la recherche quantitative** et détermine avant tout dans quelle mesure **les objectifs** mesurables que le programme s'est fixés ont été atteints. Elle juge de la valeur d'une ou de plusieurs interventions. Mais c'est là un point de vue étroit s'il n'est sous-tendu par l'espoir qu'un tel jugement va influencer les décisions et les projets ultérieurs. Il est important que les planificateurs de programme soient conscients du fait qu'une évaluation finale renferme plus de possibilités que simplement donner une série d'indicateurs positifs ou négatifs.

L'évaluation peut s'avérer utile si l'on tient à étudier le projet lui-même et non simplement son impact. Elle peut fournir l'occasion d'analyser le modèle administratif, le degré d'institutionnalisation auquel on est arrivé, le coût du projet (dépenses d'investissement et autres, telles que par exemple le volume de travail du bénévole) etc. Dans un tel cas, il est indiqué d'interviewer les membres de l'équipe d'exécution et d'étudier les dossiers administratifs et financiers du projet. Ces résultats permettront au planificateur de perfectionner la conception fondamentale du programme.

L'évaluation peut également permettre de comprendre comment et pourquoi certaines interventions spécifiques ont été réussies plutôt que de simplement chercher à connaître le degré de réussite. Les études vont mettre en lumière les maillons, faibles ou forts, dans la méthode d'apprentissage. L'évaluation peut indiquer pour quels types de personnes le projet a été bénéfique, dans quelles circonstances et pendant combien de temps. Des telles connaissances se révèlent inestimables quand il s'agit de décider de la direction des interventions futures ou des politiques fondamentales de la survie de l'enfant.

Questions fondamentales de la recherche

A quel moment les connaissances se traduisent-elles en actes? Il s'agit là d'une des questions les plus importantes qu'il convient de se poser dans le cadre d'une intervention de santé publique. Il est évident que certaines personnes vont adopter les nouvelles pratiques plus rapidement que d'autres, et que d'autres encore ne vont peut être jamais adopter les nouveaux comportements. Les concepteurs et les réalisateurs du programme gagnent à connaître les caractéristiques des adoptants d'une intervention

donnée. Peuvent-ils être définis comme un sous-groupe sur la base des informations démographiques or socio-économiques? Existe-t-il de grandes différences entre les communautés et ces différences sont-elles dues à la disponibilite des services socio-sanitaires? Ces analyses, à leur tour, touchent à des questions capitales pour tout programme de santé pubique, s'agissant entre autres des questions suivantes:

- Si les connaissances sont acquises auprès de multiples sources, personnelles et médias, est-ce-qu'elles se traduisent plus facilement en actes que dans le cas d'une seule source?

- Une fois les connaissances acquises, est-ce-que les gens adoptent les nouvelles pratiques sanitaires indépendamment du fait que celles-ci sont adoptées par une petite minorité ou la grande majorité de la collectivité?

- Une fois les connaissances acquises, pendant combien de temps vont-elles être retenues? Y-a-t-il un profil d'apprentissage et d'oubli?

Ces questions indiquent le champ de possibilités du processus d'évaluation. Mais pas tous les programmes ont les ressources nécessaires. En tout cas, on peut faire appel à un chercheur qualifié qui peut aider les planificateurs de programme à comprendre la valeur des données déjà collectées ainsi que les possibilités d'analyse complémentaire.

CHOIX DIFFICILES

Si certains programmes ont les ressources pour réaliser un suivi efficace à mi-parcours et une évaluation finale, nombreux sont ceux qui doivent procéder à un choix face à des ressources trop limitées qui ne peuvent suffire qu'à faire une évaluation minime. Dans de telles situations, la mesure essentielle est celle de l'impact de l'intervention sur les pratiques sanitaires du public cible.

Pour déterminer l'impact sur l'état de santé, on a besoin de mesures sur la morbidité et de la mortalité. Toutefois, de telles recherches s'avèrent difficiles et chères. Déterminer les taux de morbidité et de mortalité imputables à une maladie demande de grands échantillons. Déterminer les changements dans ces taux et les attribuer aux efforts de communication est encore plus complexe. Dans de nombreux pays, les programmes de communication pour la santé devront se contenter d'évaluation mesurant les changements dans les connaissances et dans les comportements. Cependant, si l'efficacité des nouvelles pratiques ou technologies sanitaires a pu être démontrée par le biais d'essais cliniques, les planificateurs de la communication peuvent supposer en toute logique que leur adoption sur une grande échelle entrainera des améliorations notables de l'état de santé.

SUIVI DES RADIODIFFUSIONS

Il s'agit de savoir:

- Si les messages radiophoniques sont diffusés aux moments dont on a convenu;
- Si le public cible les écoute;
- Si les messages sont compris et s'ils suscitent des changements au niveau des attitudes et des comportements;
- Si l'on assiste à une certaine lassitude face au message et quelles sont les nouvelles suggestions;
- S'il y a une bonne liaison entre les interventions face à face et celles par les médias.
- S'il y a d'éventuels problèmes logistiques concernant la diffusion des matériels.

Les activités de suivi englobent:

- des visites hebdomadaires aux stations de radio pour vérifier que les messages sont diffusés et que les responsables respectent le calendrier de la programmation.
- des réunions périodiques avec les responsables des stations de radio pour les informer des progrès du projet et de la manière dont les différentes composantes s'enclenchent. (Savoir que les messages ont un impact peut contribuer à les motiver à diffuser les messages).
- des visites hebdomadaires par des évaluateurs dans des villages pour voir si le public cible écoute les programmes radiophoniques.
- des contrôles ponctuels avec des membres du public cible pour obtenir leurs opinions sur les messages radiophoniques ainsi que sur les autres matériels du projet.
- un suivi des émissions radiophoniques par des "auditeurs moniteurs" qui vérifient si les messages sont effectivement diffusés. (Il est possible de demander à certains patients ou au personnel des hôpitaux d'écouter pendant une partie de la journée certaines stations de radio.)

Un suivi efficace des programmes radiophoniques demande une vérification ponctuelle auprès du public cible et des réunions périodiques avec les responsables la station de radio. (Honduras)

SUIVI DES MATÉRIELS DIDACTIQUES ET PROMOTIONNELS

Il s'agit de savoir:

- Si le matériel de support est distribué aux canaux de communication appropriés;
- Si le matériel didactique est utilisé par le public cible que ce soit dans les groupes d'auditeurs, les écoles ou autres endroits;
- Si le matériel est compris;
- Si le contenu des messages et du matériel a un sens pour le public cible.

Les activités de suivi concernent notamment:

- le suivi du système de distribution dudit matériel dans les dispensaires, les hôpitaux, les écoles, les magasins, les petites entreprises, les groupes d'audi-

teurs radio, les forums radiophoniques, les groupes d'animation, etc. (Cela suppose des vérifications sur place toutes les semaines et un compte-rendu à l'équipe du projet concernant le nombre et la disponibilité du matériel de motivation. Les moniteurs disposeront d'une liste de vérification détaillée pour procéder à cette évaluation.)

- les discussions informelles avec le public cible pour connaître leurs opinions sur le matériel.
- le contrôle de la disponibilité et de la distribution des produits grâce à des vérifications hebdomadaires ponctuelles.
- le suivi des achats du produit pour déterminer si les prix sont acceptables.
- le suivi de la gamme du matériel de motivation pour s'assurer que le public cible les perçoit comme une suite se renforçant mutuellement.

SUIVI DE L'AGENT DE SANTÉ OU ANIMATEUR

Il s'agit de connaître:

- l'information de l'agent de santé concernant l'intérêt que le public cible porte au thème de l'éducation sanitaire;
- le nombre de groupe d'auditeurs, de clubs, de forums radiophoniques, de groupes d'animation ou d'autres groupes qui discutent les thèmes d'éducation sanitaire;
- le type d'assistance dont les agents de santé ont besoin pour réaliser les objectifs du projet.

Les activités de suivi englobent notamment:

- les visites régulières aux groupes d'auditeurs et aux autres réunions et discussions organisées avec les membres du public cible et les agents de santé;
- les lettres du public cible et des agents de santé concernant les diverses composantes du projet;
- les réactions des groupes d'auditeurs enregistrées sur cassettes (les déclarations préparées seront diffusées à la radio);
- les observations des séances de formation, y compris l'évaluation de la qualité du travail des formateurs et des modes d'apprentissage des stagiaires;
- les réunions mensuelles de l'agent de santé et des membres du personnel du projet afin de discuter les problèmes, questions et le programme pour le mois à venir.

SUIVI DE LA GESTION

Il s'agit de savoir:

- Si le programme se déroule dans les délais;
- S'il existe une bonne coordination entre les représentants officiels du ministère de la Santé, les donateurs internationaux et les autres organisations responsables.

Les activités de suivi englobent notamment:

- Les réunions mensuelles du personnel aux fins de discuter toutes les composantes du projet;
- Les rapports mensuels faits par les membres du personnel;
- Les rapports semi-annuels et annuels ainsi que les rapports mensuels des activités.

10

GESTION ET INSTITUTIONNALISATION DU PROGRAMME

Une gestion de programme efficace est fondée sur la coopération entre professionnels appartenant à diverses disciplines dans le but d'atteindre des objectifs communs. Pour cela il convient de coordonner les activités des organisations publiques, privées et internationales. Suivant les besoins du contexte, différents modèles de gestion sont indiqués. Mais même si aucun modèle ne garantit la pérennité d'un programme ou l'institutionnalisation d'une méthodologie efficace au sein de la bureaucratie sanitaire, certains principes directeurs peuvent renforcer les possibilités d'impact de la méthodologie de communication pour la santé publique sur la stratégie globale des prestations sanitaires.

(Honduras)

10

GESTION CONJOINTE

Un programme de communication pour la survie de l'enfant est par nature une entreprise de collaboration. Même si la responsabilité de tel ou tel programme incombe avant tout au ministère de la Santé, la réussite n'est possible qu'avec l'aide et le soutien des autres ministères, des professionnels sanitaires, des auxiliaires, des entreprises privées, des médias, des donateurs internationaux, des représentants officiels, des dirigeants d'opinion populaire et des bénévoles. Le besoin de coopérer avec ces divers groupes et d'élargir autant que possible le cercle constitue l'un des aspects les plus importants et les plus ardus de la gestion.

Le chapitre 7 traite des avantages que comporte l'approche "groupe d'apprentissage" pour une bonne gestion d'un programme de communication de la santé publique. En effet, le plan d'action est décidé par consensus. Cette approche suit la structure hiérarchique en place dans les organismes d'exécution. Elle permet par ailleurs de créer une atmosphère de partage des responsabilités et de respect mutuel entre des experts appartenant à diverses disciplines. Le "directeur" n'est que l'un de ces experts. Les stratégies sont mises au point conjointement avec les spécialistes et les autres organisations ou entreprises qui travaillent directement dans le cadre du projet. Cette approche permet d'entretenir le contact entre le personnel des divers ministères et institutions. Elle fait appel à la participation à tous les niveaux.

L'approche "groupe d'apprentissage" influence non seulement l'administration d'une activité d'une communication mais aussi l'infrastructure de l'éducation pour la santé publique et "l'institutionnalisation" d'une méthodologie de communication, même si ces avantages se situent dans le long terme.

COMPETENCES FONDAMENTALES

La méthodologie présentée dans ce manuel est directe et complexe en même temps. Elle dépend de solides compétences dans divers domaines. Tout programme de communication cherche avant tout à renforcer ces compétences chez le personnel participant, à recruter si possible un personnel qualifié ou à obtenir, le cas échéant, cette expertise de l'extérieur. L'efficacité de la communication pour la santé publique dépend de quatre compétences fondamentales.

Une atmosphère d'engagement et de respect mutuel est la première étape pour institutionnaliser une nouvelle méthodologie de communication pour la santé. (Honduras)

Recherche—Un personnel qualifié doit être en charge de la recherche préliminaire, du prétest du matériel et du suivi du programme. Certaines compétences sont essentielles, telles que le prétest du matériel didactique. Il ne s'agit pas d'être un grand expert en recherche quantitative, mais il faut néanmoins avoir une bonne connaissance de la recherche qualitative, de l'expérience en matière d'élaboration des questionnaires et une connaissance des techniques spéciales telles que, par exemple, l'organisation des réunions d'expression.

Planification de la communication—Des compétences dans les domaines de la conception instructionnelle et de la communication de masse sont essentielles. Les planificateurs doivent être capables d'utiliser les résultats de la recherche pour formuler des objectifs comportementaux appropriés, des messages éducatifs et concevoir des stratégies de communication efficaces. Ils doivent connaître les combinaisons des différents canaux de communication qui permettent un impact massif. Et ils doivent être capables de rédiger un plan d'action valide assorti d'un calendrier réaliste des activités du projet.

Conception et production—Des compétences spéciales sont nécessaires pour réaliser les programmes radiophoniques et télévisés, les manuels de formation, les enveloppes éducatives, les affiches, les prospectus, les emblèmes, le matériel de relation publique, etc. Il est important de s'efforcer d'être

aussi professionnel et novateur que possible compte rendu des possibilités et d'équilibrer créativité et prétest soigné de manière à avoir un matériel percutant et convenant.

Gestion—Le responsable d'un programme de communication pour la santé doit être en charge du programme global. Cette personne doit avoir une connaissance générale des stratégies de communication, des méthodes de planification et des principes de modification de comportements. Il doit disposer de bonnes qualifications au niveau de la mobilisation des ressources, supervision du personnel et suivi du programme aux fins d'une bonne performance tout au long du projet. Ce responsable saura également présenter de manière éloquente les questions et problèmes du programme aux divers groupes du soutien.

LES ACTIVITÉS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le problème administratif fondamental auquel se heurtent les programmes de communication pour la santé dans les pays en développement est d'identifier et de mobiliser le personnel dont il est question ci-dessus sachant que les ressources budgétaires sont extrêmement limitées. Dans de nombreux ministères de la Santé, ces compétences sont dispersées entre différents programmes. La Division de l'éducation sanitaire à laquelle peut logiquement faire appel un travail de communication dispose rarement de l'expertise nécessaire. Qui plus est, l'éducation sanitaire continue à être dévalorisée et sous-financée. Si le programme de communication est essentiellement un projet du ministère de la Santé, plusieurs stratégies de gestion sont possibles:

- Il convient de former les membres de la division pour l'éducation sanitaire ou un autre groupe responsable et l'inviter à participer à la planification: fixer les objectifs et les priorités, rédiger les plans d'action, formuler les messages et coordonner les efforts de média.

- Le personnel de l'éducation sanitaire devrait recevoir une formation portant sur certains travaux de recherche fondamentale tels que le prétest du matériel éducatif. Cela peut se faire à l'occasion de séminaires en cours d'emploi. Les services de statistiques et d'épidémiologie emploient généralement un personnel qualifié en matière de conception de recherche et collecte de données. Il se peut aussi que les professeurs des départements de sociologie ou d'anthropologie des universités locales soient prêts à participer au projet de recherche. Si l'on dispose des crédits nécessaires, l'on pourra faire appel aux bureaux de marketing locaux.

- Très souvent, demander aux services d'éducation sanitaire de réaliser le matériel de communication ne s'avère pas être un choix judicieux. Bien que de tels services puissent disposer d'artistes graphi-

STRATÉGIE À L'OEUVRE

Pratiquement tout le monde contribue

En 1985, le Gouvernement de l'Equateur a mis en place le premier programme national de survie de l'enfant. PREMI, ou le projet visant à diminuer les maladies et la mortalité infantile, prévoyait des journées de campagne nationales dans sa stratégie. Bien que PREMI soit administré par le ministère de la Santé et l'INNFA (Institut national pour l'enfant et la famille) et bénéficie du soutien de la Première Dame, sa réussite a été le fruit de nombreuses contributions apportées d'un peu partout.

Les organisations qui ont participé directement à PREMI était notamment le ministère de l'Education, l'Armée, la Sécurité sociale, le programme de sécurité sociale rurale, le ministère du Bien-être, les facultés de Médecine, le ministère de l'Agriculture, les gouverneurs provinciaux, la Corporation équatorienne du pétrole, TEXACO, la Croix rouge, la Défense civile et les organisations affiliées à l'INNFA. De nombreuses autres institutions ont également apporté leur assistance. En effet, l'Association de la Radio équatorienne a libéré des créneaux pour diffuser les messages éducatifs. Le ministère de l'Education a mobilisé les enfants scolaires pour aider à distribuer les documents. Les volontaires pour l'alphabétisation et les enseignants des zones rurales ont visité les collectivités rurales pour apporter les informations sur les dates et le programme. L'Armée a aidé au niveau de tous les problèmes logistiques. Les donateurs internationaux ont apporté des fonds et des sachets de SRO.

L'enthousiasme a gagné tout le monde. Si l'idée initiale était de mobiliser les mères, on était arrivé à une véritable mobilisation nationale allant des autres sphères gouvernementales en passant par de nombreuses bureaucraties jusqu'à l'élève moyen.

ques talentueux qui peuvent préparer de bonnes copies, il vaut mieux remettre la production, par exemple, des affiches, de matériel éducatif, des spots radio ou télévisés à des professionnels de la question. Ces derniers travaillent généralement dans d'autres institutions publiques, par exemple, les services des média ou les services d'impression ou encore, dans des entreprises du secteur privé.

• Il est important que le responsable d'un programme d'éducation pour la santé publique ait un bon statut professionnel. Encore qu'il soit logique de choisir, par exemple, le chef d'une division sanitaire, il vaut mieux d'un point de vue stratégique faire appel à un niveau plus élevé. Un cadre supérieur travaillant avec le directeur de la santé peut constituer un bon choix.

• Plus la base de compétences et de ressources est large, plus il devient essentiel de mettre en place des mécanismes de coordination—comités intra-interministériels—afin d'assurer que la planification et la réalisation des différentes activités se fassent selon les délais et le plan. Les buts pourront être clarifiés et les méthodes renforcées grâces à des rétroinformations visuelles et verbales données à ces divers groupes sur la réalisation et les progrès du projet.

AUTRES MODELES DE GESTION

Une des meilleures possibilités d'étendre rapidement la couverture et de renforcer l'impact des activités de survie de l'enfant consiste à combiner les ressources des secteurs public et privé. Plusieurs options existent en ce domaine:

Le ministère de la Santé fait appel aux experts du secteur privé pour garantir la qualité des stratégies et du matériel de communication. Une agence de publicité peut apporter le professionnalisme nécessaire à la conception, aux études de marché, aux tests et aux choix des médias. Les bureaux de marketing constituent de bons partenaires pour les études de marché et le test des produits et matériels. Un message diffusé sur des chaînes de télévision ou de radio privées aura un taux d'écoute suffisant pour avoir un réel impact. Les organisations bénévoles privées peuvent concourir à la conception et au test du matériel ou à la mise en place de la formation. Faire paraître des annonces publicitaires dans des journaux ou autres magazines privés peut conférer un certain prestige au programme surtout aux yeux des professionnels et des responsables.

STRATEGIE A L'OEUVRE

Coopération des secteurs public et privé

Un exemple péruvien montre comment les secteurs public et privé peuvent travailler ensemble et apprendre l'un de l'autre dans le cadre de la communication pour la santé publique.

En 1984, le Pérou a créé un nouveau modèle de gestion pour les programmes de communication pour la santé. Le ministère de la Santé, un bureau de recherche privé (Carlos Michelson) et une agence publicitaire (Forum) ont mis leurs efforts en commun aux fins de planifier une campagne multi-étapes visant à encourager les vaccinations, le planning familial et la TRO.

Le ministère de la Santé a appris de nouvelles techniques de marketing et de publicité, notamment comment inclure un volet communication moderne dans ses activités d'éducation sanitaire. L'agence publicitaire s'est familiarisée avec une demande plus complexe et plus grande que celle rencontrée généralement au niveau des clients de bière et soda. Le bureau de marketing a réalisé davantage d'étude des publics ruraux.

Tout au long de ce travail, le ministère de la Santé publique n'a cessé d'être impressionné par la créativité et la qualité de production de l'agence publicitaire. Cette dernière a admiré l'expertise technique du ministère et a appris à faire la différence entre vente de produit et modification des comportements sanitaires.

Toutefois, tous les deux sont devenus de plus en plus conscients du besoin qu'il y avait de s'assurer que le système de prestation sanitaire du ministère soit capable de répondre à la demande créée par la campagne de l'agence publicitaire. Juste avant la date de lancement de cette dernière, le ministère de la Santé publique a évalué la capacité du système à répondre à la demande de produits et de services des trois programmes. Suite à cette évaluation, le ministère a décidé de limiter, dans un premier temps, la campagne à des zones visées et de renforcer parallèlement le système de prestations dans le reste du pays.

Les entreprises du secteur privé financent et subventionnent certaines activités du ministère de la Santé. Dans de nombreux pays, des sociétés pharmaceutiques ou autres compagnie travaillants

dans le domaine de la santé sont prêtes à financer l'impression du matériel si leur logo y figurent. Une diffusion médiatique indépendante peut s'avérer très précieuse. Les rédacteurs des journaux, les éditeurs des magazines, etc. devraient recevoir des informations hebdomadaires pour qu'ils puissent promouvoir les activités de survie de l'enfant. Des personnalités éminentes de la radio et de la télévision sont souvent prêtes à se faire le porte-parole du programme et à inclure dans leurs émissions des messages pour la survie de l'enfant. Des entreprises commerciales autorisent souvent l'impression de dessins ou logos de santé sur leur produits. Divers agents de distribution du secteur privé peuvent diffuser le matériel promotionnel dans des milieux que le ministère de la Santé ne peut pas atteindre. Les organisations bénévoles privées (OBP) peuvent former leurs agents villageois avec le même matériel éducatif que celui du ministère. Il arrive que ces organisations financent les impressions du matériel graphique qui sera distribué par le biais de leurs propres réseaux.

Marketing complémentaire: Les secteurs public et privé lancent différents produits sur différents segments du marché dans le cadre d'une stratégie unifiée. Souvent, il convient que le ministère de la Santé offre aux couches de la population les plus pauvres des produits et services à un prix modique sinon nul. Le secteur commercial vend un produit analogue mais plus cher à un segment du marché plus aisé. Le secteur privé suit les politiques et les stratégies comportementales du ministère mais les stratégies artistiques et la gamme de médias reflètent les différences inhérentes aux divers publics et produits.

Marketing mixte: Les secteurs public et privé lancent les mêmes produits sur leurs marchés respectifs. Le même produit est disponible par le biais du système public et dans les magasins locaux. Le ministère définit les politiques et les stratégies comportementales alors que le secteur privé prend à sa charge l'essentiel des dépenses liées à la promotion par les mass media. Dans de nombreux pays, les essais de marketing mixte dans le cadre des produits de survie de l'enfant ont montré que de nombreuses personnes sont prêtes à payer pour un produit qu'elles auraient reçu gratuitement du ministère de la Santé si ce produit est disponible et que le prix est compétitif par rapport au "coût" qu'il faudrait payer pour obtenir les services du ministère de la Santé publique.

Mobilisations de masse: Les principaux ministères, l'armée, les groupes religieux, les OBP et les autres systèmes centralisés travaillent ensemble pour vacciner et quelquefois distribuer les sachets de SRO lors de journées spécifiques. Ce sont généralement des groupes de travail intersectoriels qui organisent ces campagnes. Le ministère de la Santé dirige l'élaboration des stratégies et du matériel éducatif et les autres institutions se chargent de la distribution. Quand un programme est bien préparé, les mobilisations de masse se sont avérées être de puissants mécanismes permettant de créer une nouvelle demande des produits et services. Elles permettent également de défendre la cause de la survie de l'enfant auprès des décideurs. Les mobilisations réunissant divers ministères peuvent avoir une très grande portée mais causent aussi d'énormes problèmes de gestion et de coordination au ministère de la Santé. La question est de savoir "réintégrer" l'énergie et la sensibilisation ainsi créés dans les programmes permanents et les buts à long terme du système de santé. Les mobilisations ne peuvent se substituer aux activités et programmes constants mais doivent plutôt les renforcer.

Le modèle de gestion qui conviendra à un programme donné dépend d'un certain nombre de facteurs. Par exemple, un modèle mixte public et privé est nécessaire si un programme de communication sur l'allaitement au sein se déroule dans un pays où le secteur privé a lancé efficacement un lait commercial. Une approche interministérielle peut se justifier dans le cas d'une mobilisation pour les vaccinations. Utiliser et coordonner les groupes disponibles et leur ressources permet d'élargir la base de soutien du programme et favorise l'institutionnalisation de la méthodologie de communication pour la santé publique.

[illegible] INSTITUTIONNALISATION

Les efforts promotionnels réussis ne répondent qu'en partie au défi qui se pose à la communication pour la santé publique. Il s'agit également de se demander si le programme va survivre. Le fait qu'un programme de communication pour la santé publique a réussi à atteindre les mères, à former les agents de santé et organiser les médias ne sera qu'une expérience intéressante de plus si l'on ne cherche en même temps à institutionnaliser ces changements. **Institutionnaliser une méthodologie de communication pour la santé publique** ne signifie pas simplement laisser des affiches et des spots radiophoniques à la fin du projet ou promettre que la mortalité

infantile continuera à diminuer encore pendant deux ans. Cela signifie que la bureaucratie sanitaire au sens large, peut-être le ministère de la Santé, modifie et intègre la communication à sa stratégie globale de prestations sanitaires.

Dans les pays en développement où les bureaucraties complexes, les budgets limités, les personnels débordés de travail et les priorités politiques qui changent constamment font partie du lot quotidien, il semble quasi-impossible d'arriver à garantir la pérennité d'un programme. Pourtant certains principes augmentent les possibilités:

• **Financement**—Essayez de garantir que le financement et l'assistance de départ soient disponibles pendant au moins deux ans. Trois ans et demi est un chiffre plus réaliste. Une assistance à court terme, sauf dans des rares cas, ne suffit pas pour apporter des bases solides à l'institutionnalisation.

• **Consensus**—Lancez le processus d'institutionnalisation dès le début du programme. Familiarisez le personnel et les décideurs à ce concept. Mentionnez-le dans les lettres d'accord. Profitez de toutes les possibilités pour renforcer les buts de l'institutionnalisation.

• **Formation professionnelle et descriptions de postes**—Apportez ou encouragez une formation structurée de haute qualité pour 4 certaines compétences essentielles. Assurez-vous que les descriptions

STRATEGIE À L'OEUVRE

Quand la "réussite" est uniquement une demi victoire

Un exemple d'institutionnalisation réussie d'une méthodologie de communication pour la santé publique au Honduras illustre la complexité de ce processus.

En 1980, au moment du lancement de PROCOMSI I, ou Proyecto de Comunicaciones Masivas, en vue d'appuyer un nouveau produit de SRO, le ministère hondurien de la Santé ne disposait que de faibles ressources pour la communication pour la santé publique. La division de l'Education comptait trois personnes (un médecin et deux éducateurs sanitaires) et la division de l'Audio-visuel également trois personnes. Les crédits étaient limités. Seulement, PROCOMSI a apporté son propre budget et son propre personnel. En 1983, le programme enregistrait des résultats impressionnants. Suite à une intense utilisation d'imprimés, de radio et de canaux de communication interpersonnelle, 60 pour cent des femmes rurales interviewées signalaient qu'elles utilisaient le litrosol, le nouveau produit de SRO promu par le Gouvernement. La mortalité imputable à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans avait baissé, passant de 40 pour cent à 24 pour cent dans la région cible.

Cette réussite comptait beaucoup pour le ministère de la Santé. A la fin de PROCOMSI I, le personnel du projet a été incorporé à celui de la Division pour l'éducation et le service d'audio-visuel. Cela a permis de créer un seul bureau pour la communication sanitaire relevant du directeur général. Deux nouvelles positions ont été créées au sein de l'équipe pour un spécialiste de la radio et un dessinateur. La méthodologie du projet a été perfectionnée et appliquée à un large éventail d'interventions dont la prévention de la tuberculose et du paludisme, les vaccinations et le planning familial. Le service a commencé à fonctionner comme un mini-bureau de marketing au sein du ministère de la Santé travaillant avec les bureaux techniques comme si ces derniers étaient des clients.

Mais l'effort d'institutionnalisation ne s'est pas arrêté là. Certains membres du personnel du bureau nouvellement formé s'étaient sentis laisser à l'écart de cette "réussite". D'autres pensaient que leur bureau était "envahi" par un nouveau personnel. D'autres encore ne se sentaient pas vraiment engagés au niveau de la méthodologie employée dans le cadre de PROCOMSI I. Le nouveau directeur du programme était d'avis qu'aucune méthodologie ne permettrait d'arriver à des résultats si le personnel et celui des divisions techniques (qui seraient les clients) ne se sentaient pas véritablement engagés par les buts et méthodologies du programme. Il a adopté une approche administrative qui faisait appel à un partage systématique de l'information et à des séances de groupes pour la planification et les stratégies regroupant le personnel et les groupes de clients. Il a adopté le point de vue selon lequel un plan d'action spécifique doit bénéficier de l'accord du groupe entier avant d'être "vendu" au ministère de la Santé. Cette "orientation" groupe d'apprentissage communautaire" est devenu capitale pour l'institutionnalisation et la "réussite" à long terme de la méthodologie.

de postes soient changées pour tenir compte des responsabilités dans les domaines spécifiques. Formez plus de gens que nécessaire à tous les niveaux. Cela diminuera les repercussions des rotations du personnel. Le directeur du programme élargi de vaccination peut être demain le directeur de l'éducation sanitaire ou vice versa.

• **Changer les procédures et les normes**—La formation à elle seule ne suffit pas pour institutionnaliser un programme. Les procédures et normes d'un poste de santé ou d'un bureau doivent également être changées si l'on veut que les stratégies de communication sanitaire survivent. Cependant, on y arrive en remaniant un système de l'intérieur et non en lui lançant un défi de l'extérieur.

• **Régionalisation**—Encouragez la participation des décideurs locaux ou régionaux pour qu'ils puissent approfondir leurs connaissances grâce à ce projet et le reproduire avec un minimum d'expertise extérieure. L'organisation locale devrait être encouragée à articuler la conception et diriger la réalisation du projet.

• **Mettre en place un groupe de soutien interdisciplinaire**—Consultez tout au long du projet des personnes appartenant à diverses disciplines et professions (y compris des médecins, des professionnels du marketing, du personnel sanitaire auxiliaire, de petits commerçants et des spécialistes de la communication).

• **Chercher à établir de nouvelles liaisons institutionnelles**—Trouvez des sources de compétences utiles dans le secteur privé et chercher à établir des contacts. Expliquez les avantages mutuels. Ces investissements peuvent avoir une incidence dans le long terme.

• **Favoriser une atmosphère de réussite**—Fixez des buts intermédiaires concrets qui peuvent être atteints sur de courtes périodes de temps. Apportez périodiquement des informations en retour au personnel (par exemple, un graphique montrant la réussite du programme) de manière à ce que le groupe entier puisse voir comment son travail a fait avancer le programme. Chaque fois que possible, encouragez les participants. Par exemple, certaines récompenses pourraient se faire sous forme de formation complémentaire ou de responsabilité plus grande. Utilisez d'autre principes de l'analyse comportementale tels que le façonnement des comportements et la répétition.

• **Connaître à fond le système**—Observez les politiques, procédures et normes. Devenez un expert dans l'approbation des budgets. Apprenez ce qui motive les personnes et organisations dont les opinions et actions sont vitales pour la réussite du programme. Tenez les au courant et faites les participer.

• **Finalement et avant tout, chercher surtout à obtenir des résultats mesurables**—Une des variables les plus efficaces pour la survie à long terme réside dans le fait qu'un programme peut montrer qu'il a réussi. Soyez en mesure de montrer au ministère de la Santé que la couverture vaccinale et le taux d'utilisation de la TRO ont augmenté grâce à la communication pour la santé publique.

COMMENT MESURER LA RÉUSSITE

Les mesures de la réussite institutionnelle données ci-après doivent être attentivement suivies tout au long du programme:

• Le nombre de personnes qui ont été formées soit par le biais d'ateliers en cours d'emploi soit par le biais de cours plus structurés, surtout dans les domaines suivantes:

Marketing social

Analyse comportementale

Recherche préliminaire

Prétest des matériels

Planification de programme

Gestion de programme

• Les plans qui reflètent la méthodologie de communication pour la santé publique;

• La budgétisation annuelle des activités de communication pour la santé publique;

• L'extension de la stratégie de communication pour la santé publique d'un programme à d'autres;

• Le renforcement ou la restructuration des services ou activités de l'éducation sanitaire dans l'axe de la méthodologie, par exemple divisions de la recherche, de la conception, de la planification et de la gestion;

• La descriptions de tâches qui englobent les compétences et méthodes nécessaires dans le domaine de la communication pour la santé publique;

- Les changements dans les normes et procédures administratives qui:

  Encouragent à détecter les erreurs et à corriger les politiques et méthodes du programme;

  Font participer le personnel aux travaux de recherche, à la création de messages et à la gestion du programme;

  Relient des institutions des secteurs public et privé;

  Favorisent les thèmes de la communication sanitaire;

  Assurent la continuité de message;

  Assurent des crédits suffisants pour la recherche préliminaire et les activités des médias;

  Etablissent ou augmentent les budgets des services de l'éducation pour la santé;

  Favorisent la formation en communication pour la santé à l'intention du personnel.

L'indication la plus fiable pour vérifier qu'un programme aura un effet à long terme sur la bureaucratie sanitaire est le même que celui utilisé pour mesurer la réussite dans le court terme, à savoir l'impact quantifiable sur les pratiques sanitaires et partant sur la morbidité et la mortalité infantile. La réussite constitue la meilleure publicité.

A

CAMPAGNE NATIONALE DE COMMUNICATION POUR LA TRO

Pays:	Egypte
Public cible:	Les mères égyptiennes qui ont des enfants de moins de trois ans, les médecins et le personnel de santé.
Objectifs:	Apporter au public cible une éducation portant sur les maladies diarrhéiques, promouvoir l'utilisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO) et diminuer le taux de mortalité infantile.
Média:	Télévision, radio, documentation imprimée, film et présentation de diapositives.
Bailleurs de fonds/promoteurs:	Gouvernement de la République arabe d'Egypte; Agence des Etats-Unis pour le développement international.
Durée:	1982 - 1987
Contact:	Executive Director, National Control of Diarrheal Diseases Project, 20A Gamal El Din Abul Mahassen Street, Garden City, Cairo, Egypte.

Plus de 60 pour cent des décès d'enfants égyptiens de moins de trois ans sont imputables aux maladies diarrhéiques. La majorité de ces décès surviennent par suite de déshydratation liée à la diarrhée. Ces enfants pourraient être sauvés grâce au traitement de réhydratation. Fin 1982, un projet quinquennal a été démarré visant à réduire d'au moins 25 pour cent la mortalité infantile imputable à la diarrhée. Le programme global du Projet national pour la lutte contre les maladies diarrhéiques comporte six volets: 1) production, conditionnement et distribution de la solution de réhydratation par voie orale (SRO); 2) formation en matière de traitement de réhydratation par voie orale (TRO) pour les médecins, pharmaciens, infirmiers et mères de familles; 3) recherches cliniques, sociales et économiques relatives au TRO; 4) utilisation de la télévision, de la radio et d'autres médias publics afin de promouvoir le projet à l'échelle nationale; 5) intégration dans le réseau de soins de santé primaires; et 6) évaluation. Une stratégie pour la campagne de communication a été mise au point axée sur des messages publicitaires télévisés dans le but de sensibiliser le public cible aux dangers de la diarrhée et aux effets bénéfiques du traitement de réhydratation par voie orale.

Des données de pré-campagne ont été compilées pour déterminer quels étaient les moyens de communication les plus efficaces et appropriés pour diffuser les messages sur le TRO. On a également entrepris plus spécifiquement des recherches et des essais préalables sur le logo de la campagne, le nom pour la solution de réhydratation et le projet de message et l'élaboration des matériels et des messages.

Quatre maquettes de logo ont été retenues parmi les dix présentées par les agences de publicité et les artistes locaux. Ils ont été testés à l'occasion de réunions d'expression, de courtes interviews publiques pour déterminer comment les gens allaient interpréter les logos. Les organisateurs du projet voulaient savoir quel était le message que le logo transmettait, si celui-ci comportait des éléments inacceptables et quels étaient les aspects les plus ou les moins attrayants. Le plus populaire a encore une fois fait l'objet de tests auprès d'autres groupes cibles et a été modifiée sur la base des résultats des tests.

Donner un nom à la solution de réhydratation a également demandé une recherche considérable sur les lieux. Les mères semblaient être en faveur de noms décrivant de manière émotionnelle et pratique le but de la solution alors que les médecins et les pharmaciens penchaient pour un nom de prescription plus précis. Finalement, on a retenu, *la solution pour le traitement de la diarrhée*, appellation descriptive et scientifique.

Selon les enquêtes, plus de deux tiers des égyptiens avaient accès à la télévision (90 pour cent dans les zones urbaines) et par conséquent les organisateurs du projet ont donné à ce moyen de communication un rôle central dans la diffusion de messages éducatifs sur les maladies diarrhéiques. Pour réaliser des messages publicitaires télévisés précis et convaincants (en juin 1986, quatre campagnes avaient été réalisées) les spécialistes des maladies diarrhéiques et les médecins ont dû vérifier la rigueur médicale du message sur le TRO donné sur le conducteur visuel et les anthropologues ont dû tester l'efficacité du conducteur auprès du public cible. On a procédé à la révision et au tournage des messages publicitaires en faisant appel à une personnalité très connue qui attestait de la valeur du produit dans le message. Les

toutes premières publicités montraient un comédien que les enfants connaissent sous le nom d'oncle Fouad mais plus tard on a fait appel à une actrice de type maternel qui prenait un rôle de conseillère, ce qui a été mieux reçu par les mères, les médecins et le personnel de santé.

Resultats

Entre le début de 1983 et 1984, la connaissance sur la déshydratation est passée de 32 pour cent à 90 pour cent, la connaissance des SRO de 1,5 pour cent à 96 pour cent. Quatre vingt dix-huit pour cent de l'ensemble des pharmaciens égyptiens vendent à présent des sachets de SRO. Selon une enquête faite dans 300 pharmacies sur l'ensemble du pays c'est l'article le plus vendu (du point de vue volume) de tous les médicaments recommandés en cas de diarrhée. Des documents prudents indiquent que les mass média ont fortement contribué à une plus grande utilisation des SRO, puisque celle-ci est passée d'un pour cent à presque 70 pour cent. Le taux de décès par suite de diarrhée a chuté de pratiquement 50 pour cent sur l'ensemble du pays. Le succès de ce projet en Egypte est indicateur du fait que les mass média peuvent apporter des changements de comportements grâce à une stratégie de campagne appropriée. Cependant les messages des mass média doivent être intégrés à des éléments tels que la disponibilité des SRO, la formation des agents sanitaires et le processus continue de rétroinformation et de suivi.

A Noter

- Plusieurs leçons ont été tirées de la campagne. 1) un programme de marketing social doit d'abord faire comprendre aux représentants du Gouvernement la signification et l'importance du marketing social. En plus les agents du marketing social s'ils veulent être convaincants doivent comprendre les politiques qui sous tendent les prises de décision gouvernementale. 2) Les apports des pédiatres renommés devraient être soulignés dans le contenu des messages de la campagne. 3) Des évaluations formatives et finales très étendues sur le matériel de la campagne ont contribué à rendre ce projet efficace de maniere continue.

- Un bulletin du projet publie des informations pour les médecins sur les soins cliniques, la formation des mères, les attitudes et les pratiques sociales, les systèmes de prestation et la nutrition. Le bulletin présente également les recherches originelles faites par les médecins en Egypte, encouragées en grande partie par le projet. Les films pédagogiques, le matériel imprimé et les diapositives ont été réalisés pour les professionnels de la santé et les mères.

- Lors de la recherche sur les publics cibles, les mères ont posé tant de questions sur la santé aux anthropologues qu'on a décidé de réaliser une série de messages télévisés de trente secondes appelée"les mères demandent au médecin".

MASS-MEDIA ET PRATIQUES SANITAIRES

Pays:	Honduras
Public cible:	Les mères et grand-mères qui ont des enfants de moins de cinq ans et les agents de soins de santé primaires dans les zones rurales.
Objectifs:	Renforcer et promouvoir l'éducation sanitaire grâce à l'application systématique des communications de masse; contribuer sensiblement à la prévention et au traitement des épisodes aiguës de diarrhée infantile dans les zones rurales reculées.
Média:	Radio, documentation imprimée, communication interpersonnelle.
Bailleurs de fonds/promoteurs:	Ministère de la Santé, Honduras, Agences des Etats-Unis pour le développement international.
Durée:	1980-1983
Contact:	Dr. William A. Smith, Academy for Educational Development, 1255 23rd Street, NW, Washington, DC 20037, USA.

Au Honduras, 24 pour cent de la mortalité infantile est imputable à la déshydratation liée à la diarrhée. C'est la principale cause de la mortalité infantile. Rien qu'en 1977, 1.030 enfants sont morts des suites de la déshydratation diarrhéique. Au Honduras, la diarrhée est surtout traitée par voie intraveineuse. Ce traitement est cher, demande un personnel médical qualifié et un environnement relati-

vement stérile. De plus, il ne peut être obtenu que dans les centres de santé qui ne desservent qu'une faible partie de la population rurale. Vue l'assistance médicale limitée, le ministère de la Santé hondurien, conjointement avec l'Agence des Etats-Unis pour le développement international a mis sur pied une campagne d'éducation publique qui visait à promouvoir le traitement de la diarrhée infantile à domicile, notamment grâce à la préparation et administration correctes du traitement de réhydratation par voie orale (TRO). Lancé en janvier 1980, le Projet mass-média et pratiques sanitaires combinait radio, matériel imprimé spécialisé et formation des agents de santé. Cette campagne se donnait pour objectifs spécifiques de: 1) réduire sensiblement le nombre de décès imputable à la déshydratation diarrhéique chez les enfants de moins de cinq ans; 2) d'étendre le traitement de réhydratation aux zones rurales isolées; 3) de diminuer le coût par patient du traitement de réhydratation; et 4) d'introduire plusieurs comportements préventifs en matière de diarrhée parmi un grand nombre d'habitants des zones rurales isolées.

Le projet s'est déroulé dans la région de santé No. 1 du Honduras. Cette région a été choisie, après une recherche minutieuse, en raison de sa population représentative d'environ 400.000 habitant. Environ 900 agents de santé ont reçu quatre à huit heures de formation portant sur la TRO. Cette formation insistait sur le mélange et l'administration des sels de SRO et la capacité d'apprendre ces compétences aux assistants de village. Les "stagiaires" ont répété plusieurs fois les étapes du mélange en se servant d'accessoires simples comme des horloges en carton et des poupées. Puis ils sont devenus des formateurs, ils ont éduqué les mères pour un certain nombre de comportements liés à l'allaitement au sein, à la préparation des aliments pour les enfants et à l'hygiène personnelle. Des drapeaux ont été donnés pour mettre sur le toit des maisons des mères qui avaient reçu une formation en TRO de manière à ce que les autres femmes sachent où aller pour recevoir des conseils et une instruction supplémentaires.

L'instruction donnée par les agents de santé a été renforcée par le matériel imprimé et la radio. Vu que le taux d'alphabétisation était élevé dans les foyers où l'on avait enquêté (87% comptaient au moins un membre que savait lire) et que 71 pour cent des ménages possédaient des radios qui fonctionnaient, la documentation imprimée et la radio se sont avérés des canaux extrêmement efficaces pour communiquer les messages. Les messages fondamentaux pendant la campagne étaient: 1) administrer correctement les SRO quand votre enfant souffre de la diarrhée; 2) continuer à donner à manger et à allaiter pendant les épisodes diarrhéiques; et 3) aller consulter le personnel soignant si l'état de votre enfant empire. Les annonces radiophoniques duraient 30 à 60 secondes dont la plupart présentait Dr. Salustiano, porte-parole de l'information technique du programme. On a également incorporé des ritournelles, des slogans et des chansons. Les annonces traitaient des soins infantiles pendant la diarrhée et encourageaient l'administration de Litrosol - nom des SRO conditionnés localement. On s'est servi des affiches et boites à image pour illustrer les conseils sur le mélange des SRO et pour renforcer les messages.

Résultats

Une évaluation de la première année du projet faite par l'Université Stanford indique que la campagne a réussi à apporter aux gens une information sanitaire et à les faire changer de comportements dans leur manière de répondre à la diarrhée infantile. Des données ont été collectées sur 750 familles retenues aléatoirement dans 20 collectivités. Après un an, 93 pour cent des mères savaient que la campagne radiophonique faisait la promotion du litrosol; 71 pour cent pouvaient réciter la ritournelle sur l'administration de liquides pendant la diarrhée; 42 pour cent savaient que le litrosol empêchait l'enfant de se déshydrater et 49 pour cent avaient utilisé le litrosol. Parmi celles qui avaient utilisé le litrosol, 94 pour cent connaissaient le volume correct de mélange et 96 pour cent savaient comment utiliser le paquet entier. Ces pourcentages élevés revêtent une importance spéciale puisque des solutions qui ne respectent pas les proportions de mélange peuvent empirer l'état de l'enfant et dans certains cas être mortelles.

Après 16 mois de campagne, 39 pour cent de tous les cas de diarrhée qui s'étaient déclarés dans les quinze jours qui ont précédé l'enquête auprès de l'échantillon de ménages étaient traités avec du litrosol. La mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans, dans les collectivités de l'étude, imputable à la diarrhée a baissé passant de 47,5 pour cent en 1981 à 25 pour cent en 1982.

A Noter

- L'on a procédé à une importante étude du problème médical, du contexte social et des instruments instructionnels avant de démarrer le projet.

• Le ton de la campagne était sérieux et direct. Elle cherchait à promouvoir un concept de "mère compétence" qui appuyait ce que les mères faisaient déjà et ajouter plusieurs volets à "être une bonne mère". La TRO était présenté comme la dernière découverte médicale: un remède pour la perte d'appétit et un prompt rétablissement.

• Dr. Salustiano, un des principaux personnages de la radio est une image de renommée nationale.

• Le conditionnement des sels pour le mélange de réhydratation par voie orale a été produit au Honduras, en utilisant la formule de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

[illegible] ENQUÊTE SUR [illegible]

Pays:	Tunisie
Public cible:	Familles désinéritées dans les régions démunies rurales et urbaines
Médias:	Radiodiffusion et communication interpersonnelle
Bailleurs de fonds/Promoteurs:	L'Agence des Etats-Unis pour le développement international et l'Institut national de nutrition (INN) de la Tunisie
Durée:	Conçu en 1975, étape pilote achevée en 1978; activités en cours sous l'égide de l'INN
Contacts:	Sara J. Munger, Synetics Corporation, 4790 William Flynn Highway, Allison Park, Pennsylvania 15101, USA; Dr. Zouhair Kallal, Directeur, Institut national de la nutrition et de la technologie alimentaire, 11 rue Aristide Briand, Bab Saadoun, Tunis, Tunisie

Une enquête nutritionnelle réalisée à l'échelle nationale en 1975 par l'Institut national de nutrition (INN) de la Tunisie a révélé que plusieurs problèmes nutritionnels graves accablaient les groups défavorisés en Tunisie. S'agissant essentiellement des carences de vitamines provenant de certaines pratiques telles que laisser les nourrissons emmaillotés et ne pas les exposer aux rayons du soleil; en plus les bébés ne reçoivent pas de complément nutritif avec le lait maternel et l'on ne donne pas d'aliments riches en protéines aux jeunes enfants. La confirmation de ces problèmes a poussé l'INN à offrir son appui à une campagne de média visant à informer les parents sur les pratiques nutritionelles simples permettant de remédier aux déficiences notées et de les motiver à adapter les pratiques. Dans le même temps, le Bureau de soutien au developpement de l'USAID avait fait appel aux services d'un bureau d'études américain en vue de mener un projet expérimental visant à déterminer les moyens permettant de combiner l'emploi des médias populaires et l'éducation non structurée déjà en place. Après avoir sélectionné la Colombie, le Honduras et la Tunisie comme sites possibles, l'AID a retenu la Tunisie comme étant le pays le plus représentatif et le plus réceptif.

La radio a été sélectionnée en tant que média pour cette campagne parce qu'elle semblait être le meilleur moyen de toucher le plus grand nombre de mères en milieu rural. Dès le début du projet, les consultants et l'INN ont décidé d'utiliser de courtes annonces en contraste avec les programmes de discussion plus longs. Cette décision se fondait en partie sur des expériences antérieures réalisées au Nicaragua et aux Philippines qui ont montré que de messages simples répétés peuvent être très efficaces pour dispenser une éducation nutritionnelle à une population très nombreuse. Les messages radiophoniques ont été systématiquement élaborés et mis à l'épreuve au préalable dans les centres de protection materno-infantile (PMI). Les membres de la Diffusion radiophonique nationale y ont ajouté la musique et les introductions.

On a choisi cinq thèmes de base: Exposer les enfants en bas âge aux rayons du soleil; les besoins des bébés en matière d'alimentation complémentaire durant leur première année; importance des oeufs et des aliments riches en protéines dans les régimes alimentaires des mères et des jeunes enfants; apport de légumes dans l'alimentation de l'enfant et de la mère; et importance de l'allaitement au sein. Le thème des "fruits et légumes" par exemple, a reçu sept traitements différents et le thème "emploi de protéines" en a reçu neuf. Le porteur de ces messages est le "Dr. Hakim", personnage fictif désormais réputé et respecté, qui fournit des conseils pratiques (et dont le nom signifie "homme sage" en arabe).

A

Le calendrier des émissions a été dressé de manière à permettre à la fois aux pères et aux mères d'écouter les messages. Au début deux messages (d'une durée unitaire de une à deux minutes) étaient transmis trois fois par jour. Mais durant les premières semaines du programme, les critiques émanant de tunisiens instruits ont conduit les programmateurs à réduire les programmes à seulement deux émissions par jour. Cette critique portait sur le fait que certains aliments recommandés par les programmes n'étaient pas disponibles et que des messages succincts, répétés souvent insultaient l'intelligence tunisienne. Ces plaintes se sont toutefois estompées lorsque des pays voisins se sont intéressés à reproduire le programme tunisien et lorsque le personnel de l'INN a répondu directement aux critiques publiées, se ralliant par là le soutien de la presse.

L'incidence de la campagne d'éducation a été examinée par le biais d'entretiens avec les mères qui s'étaient rendus dans les PMI. Le projet stipulait que l'on retienne 16 centres; huit centres dans lesquels on donnerait un séminaire d'une demi-journée aux sages-femmes et infirmières en vue de renforcer l'éducation nutritionnelle non structurée déjà en cours et huit centres dans lesquels les émissions radiophoniques ne seraient pas complétées par des séminaires. Un questionnaire a été mis au point et testé à la fin de six mois d'émission en vue de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des participants relatives aux cinq thèmes soulignés dans le projet.

Resultats

Le succès le plus évident du programme a été l'adoption des communications de masse en tant que stratégie nutritionnelle continue de l'Institut national de nutrition. Le projet se fonde sur un investissement assez petit dans la formation et la mise au point des projets et se déroule dans un cadre dans lequel la publicité par les média étaient pratiquement inexistante. Cet engagement à poursuivre la communication démontre, peut-être de façon plus tangible que n'importe quelle statistique d'évaluation, la conviction du personnel de l'Institut national de nutrition que la communication permet d'apporter une éducation nutritionnelle à un grand nombre de déshérités dans les zones rurales.

Les données de diverses sources, y compris des commentaires anecdotiques et des entrevues en profondeur, indiquent que la figure de proue du programme, le Dr. Hakim, est un individu de réputation nationale en Tunisie. Quatre-vingt huit pour cent des mères enquêtées ont reconnu le Dr. Hakim lorsqu'on leur a demandé qui transmettait les messages de nutrition à la radio. Par le biais du Dr. Hakim, la nutrition est devenue un sujet de préoccupation générale à travers le pays. La capacité du programme du Dr. Hakim à atteindre la société tunisienne a été établie de façon concrète.

La complexité de la collecte de données fiables sur des changements spécifiques dans le comportement nutritionnel d'une population rend les jugements sur le succès éducationnel du programme moins concluants. En même temps que les réponses à certaines rubriques sur le questionnaire d'évaluation, les rapports des centres montrant une augmentation importante de l'emploi du SAHA (un aliment complémentaire recommandé dans les programmes radiophoniques) suggèrent que les connaissances des mères, et peut-être même leurs comportements, ont été influencés de manière positive par le programme. Si l'on accepte que bon nombre des indicateurs objectifs peuvent être biaisés, les faits rapportés personnellement sur l'exposition au soleil des enfants en bas âge sont des signes positifs de succès possible. Il reste à résoudre de nombreuses questions relatives à la capacité de la communication à réellement modifier le comportement des habitants. Ce programme souligne le besoin de mettre au point des stratégies de mesure d'un caractère plus nouveau.

A Noter

- Bien que ce projet ait été mené avec le concours de consultants, le processus décisionnel revenait aux tunisiens.
- Aucun contrôle n'a pu être exercé sur la réception des messages radiophoniques. (La plupart des familles en Tunisie disposent au moins d'un poste de radio).
- La société tunisienne, l'Institut El Amouri de psychologie appliquée a été engagée en tant que sous-traitante pour contribuer à la mise au point de message ainsi qu'à la collecte des données.
- Les programmes radiophoniques ont été réalisés en arabe et, malgré la contribution quelque peu limitée du contractant au contenu du message final, ces derniers n'ont donc pas souffert de "la traduction":
- Les programmes radiophoniques n'étaient pas des publicités de courte durée à haute vélocité, mais plutôt de courtes annonces sur des sujets nutritionnels choisis.

• Au sens étroit, la conception du projet utilisée n'est valable que si deux groupes distincts sont disponibles pour l'expérience, ce qui n'était pas le cas ici, étant donné que les auxiliaires sanitaires ont parlé aux groupes de contrôle.

• Le pouvoir de la radio était probablement dû au fait que les messages étaient destinés à un environnement privé de médias.

• Des séminaires et des réunions spéciales ont été conçues pour inciter les agents des centres à relier leurs efforts d'éducation existants aux programmes radiophoniques.

LOTERIE BÉBÉ HEUREUX

Pays:	Gambie
Public cible:	Les mères des zones rurales en Gambie
Objectif:	Enseigner comment mélanger et administrer correctement les sels de réhydratation par voie orale (SRO) dans le cadre d'une campagne visant à la réduction de la mortalité infantile imputable à la déshydratation causée par les maladies diarrhéiques.
Média:	Radio, documentation imprimée, communication interpersonnelle
Bailleurs de fonds/promoteurs:	Ministère de la Santé, Gambie; Ministère de la Santé, Gambie; Agence des Etats-Unis pour le développement international
Durée:	1982
Contact:	Mark Rasmuson, Academy for Educational Development, 1255 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037; Dr. Anthony Meyer, S&T/ED, Agency for International Development, Washington, D.C. 20523, USA.

La mortalité infantile imputable à la déshydratation diarrhéique a fortement diminué dans plusieurs pays grâce à la campagne de mass-média visant à promouvoir la solution salvatrice de réhydratation par voie orale. Une campagne nationale a été mise sur pied en Gambie dans le cadre du projet Mass média et pratiques sanitaires afin d'apprendre aux mères des zones rurales à traiter correctement les déshydratations infantiles graves. Pour cette campagne, le ministère gambien de la Médecine et de la Santé a lancé un concours—Loterie du bébé heureux—qui était le cadre d'une intense période d'éducation en matière de réhydratation orale. Du matériel graphique, des messages radiophoniques, une instruction face à face et des prix ont été utilisés pour encourager les mères à participer à cette méthode éducative. Deux cent mille prospectus ou "images des mélanges de SRO" ont été donnés à vingt centres de santé sur l'ensemble du pays et redistribués par la suite aux mères et aux bénévoles villageois formés pour démontrer les techniques correctes de mélange et d'administration de la solution eau-sucre-sel que l'on peut mélanger à domicile. En même temps, Radio Gambie, la station nationale de radio a lancé une campagne publicitaire en quatre langues pour interpréter l'image du mélange en plusieurs couleurs et expliquer comment administrer la solution. La radio signalait également que l'image du mélange était le billet pour participer à la loterie.

Après un mois d'émissions explicatives, on a annoncé à la radio le nom de dix-huit villages du pays choisis au hasard. Ces villages devaient servir de site au concours qui serait organisé par les agents de santé locaux. Chaque femme qui présentait une image du mélange faisait partie du tirage préliminaire et pouvait être choisie pour démontrer comment mélanger la solution. Celles qui faisaient une démonstration correcte de la solution ont reçu comme prix un verre gradué d'un litre. Si en plus elle répondait juste à trois des cinq questions sur l'administration de la solution, elle recevait un morceau de savon et pouvait se présenter au tirage du grand prix (pour des magnétophones). Les cinq villages qui avaient le plus activement participé au concours sur les mélanges ont reçu des prix communautaires d'un sac de riz de cent kilos et d'un sac de sucre de cinquante kilos. La femme du Président gambien a annoncé lors d'un programme radiophonique d'une heure les noms des quinze gagnantes au grand prix

Resultats

Le principal but éducatif de la campagne était de former les mères à mélanger et administrer correcte-

A

ment la solution eau-sucre-sel. Les résultats de l'évaluation montraient que celles-ci avaient appris énormément et que la santé de leurs enfants s'était beaucoup amélioré. L'Institut pour les recherches sur la communication de l'Université Stanford a réalisé l'évaluation conjointement avec le programme éducatif: pendant les deux ans, quatre agents de terrain habitant sur place ont suivi 800 mères rurales afin d'observer les effets de la campagne, voir dans quelle mesure elles avaient adopté les SRO et suivre l'amélioration au niveau de la santé et de la nutrition de leurs enfants. A la fin d'une année, 84 pour cent des mères avaient entendu parler du traitement qu'on pouvait mélanger à la maison. Le pourcentage des mères qui savaient comment mélanger correctement la solution est passé de 0 pour cent au début de la campagne à plus de 70 pour cent en neuf mois. Les changements de comportement ont suivi la même courbe. Pour les cas de diarrhée traités à la maison, l'utilisation de la solution eau-sucre-sel est passée de 21,7 pour cent à 94,1 pour cent. Un total de 47 pour cent de mères rurales indiquaient qu'elles avaient traité la diarrhée de leurs enfants avec la solution.

Un "drapeau bébé heureux" rouge et noir a identifié les domiciles des femmes qui pouvaient donner des instructions sur le mélange de la solution eau-sucre-sel.

A Noter

- Presque 60 pour cent des foyers avaient des radios en bon état. Vu que c'était surtout les hommes qui possédaient les radios et choisissaient la station, il était nécessaire de trouver une stratégie qui encourageait les hommes à mettre la radio à la disposition de leurs femmes. Un concours auquel seul les femmes pouvaient participer était la bonne réponse.

- Julpearl, boisson non alcoolisée locale a servi d'unité de mesure standard pour assurer des quantités correctes d'eau, de sucre et de sel; trois bouteilles Julpearl d'eau égalent un litre, que l'on mélange avec huit capsules (des bouteilles) de sucre et une capsule de sel.

- Deux dessins ont été utilisés par la campagne - l'image du mélange et un drapeau rouge avec le logo de bébé heureux qui permettaient d'identifier les foyers des membres communautaires qualifiés pour pouvoir former d'autres à mélanger la solution eau-sucre-sel.

- La compagne éducative élargie de deux ans en Gambie a également fait une place importante à la communication face à face; aux agents sanitaires et aux 700 à 800 bénévoles du drapeau rouge qui ont été soigneusement formés pour apprendre aux membres de la communauté rurale les principes de la réhydratation par voie orale.

- La loterie était prévue de manière à coïncider avec la fin de la période des plantations (laissant plus de temps libre aux mères) et la saison des pluies pendant laquelle les épisodes diarrhéiques sont plus fréquents (assurant l'intérêt face au message).

- Le projet a suivi une stratégie éducative analogue consistant à intégrer la presse, les émissions radiophoniques et la communication face à face dans le but d'apprendre aux mères le régime alimentaire correct à donner à un enfant pendant et après un épisode diarrhéique.

PROMOTION DE SEL IODE

Pays:	Pakistan
Public cible:	Population du Pakistan
Objectifs:	Promouvoir l'utilisation du sel iodé pour prévenir les goitres
Média:	Radio, communication interpersonnelle, imprimés, moyens audio-visuels
Bailleurs de fonds/promoteurs:	Gouvernement du Pakistan, UNICEF
Durée:	1981-1982
Contact:	David Mason, Chief, Communication and Information Service (CIS) UNICEF, 58 Khayaban-e-Iqbal, F-7/2, P.O. Box 1063, Islamabad, Pakistan

Démarrée vers la fin de 1970, la campagne du Gouvernement pakistanais aux fins de promouvoir l'utilisation du sel iodé pour prévenir l'apparition de goitres (augmentation du volume de la glande thyrode) n'a donné que peu de résultats. Étant donné que la prévalence des goitres allait de 10 à 90 pour cent dans certaines parties du pays, le Gouvernement a décidé de renforcer la campagne et de faire appel aux services de communication et d'information (CIS) de l'UNICEF à Islamabad. CIS a commencé par évaluer la campagne en cours, puis a fait des suggestions sur la base de ses résultats. Les premières enquêtes montraient que le projet avait échoué avant tout à cause d'une mauvaise communication. Par exemple, dans des régions où la majorité des gens ne savaient pas lire, la campagne reposait essentiellement sur du matériel imprimé. De plus, le matériel promotionnel était peu clair, peu instructif et en règle générale ne convenait pas.

l'UNICEF a reconçu la campagne: le sel a reçu une image plus positive avec un conditionnement facilement reconnaissable. Il a été vendu comme un aliment et non un médicament et la radio est devenue le principal moyen de communication. La nouvelle stratégie visait à allier éducation et divertissement. Les pakistanais étant de fervents musulmans, on a décidé d'utiliser des versets du Coran ainsi que des drames populaires et des histoires folkloriques. Un média visuel renforçait la campagne radiophonique initiale.

Le matériel promotionnel comportait deux calendriers trilingues (Urdu, Pushto et Chitrali), l'un avec une inscription coranique, l'autre avec une reproduction du paquet de sel; un livre de bandes dessinées pour les enfants; un fascicule questions-réponses pour les dirigeants d'opinion (dirigeants religieux, enseignants, etc..); des affiches mobiles pour accrocher dans les petits magasins, des auto-collants dans chaque paquet (16 composaient une version raccourcie de la bande dessinée) et des affiches avec les images du calendrier. La décision d'inclure des textes religieux s'est avérée très judicieuse. Les versets du Coran ont conféré aux affiches un caractère sacré et un prestige qui ont fait que les gens ne les ont pas arrachées. (CIS a trouvé que, pendant la première campagne, la plupart des affiches avaient été arrachées). De plus grâce à ce geste, la campagne a gagné le soutien des Imams (les prêtes musulmans). A présent, les Imams diffusent largement le message sur le sel Peshawari.

L'on a également réalisé quatre messages radiophoniques. Ils ont été prétestés et les deux qui semblaient le plus compréhensible ont été passés sur les ondes. Les messages (30 et 15 secondes) ont été enregistrés en Pushto et Chitrali. Les messages en Pushto sont diffusés aux heures de grande écoute pendant les deux programmes les plus populaires"Hujra" et le programme agricole à l'intention des publics ruraux. Les messages Chitrali sont diffusés pendant le programme Chitrali le soir.

Resultats

La première étape de l'évaluation sur le terrain a apporté des résultats prometteurs. Soixante dix pour cent des gens avaient écouté les messages radiophoniques. Quatre vingt pour cent de ceux qui avaient écouté se rappelaient au moins trois messages: 1) utiliser le sel Peshawari; 2) c'est bon pour la santé et 3) cela empêche la formation de goitre. De plus, 60 pour cent des auditeurs de la radio signalaient qu'ils avaient discuté du message après le programme.

Les imprimés ont reçu une grande attention grâce aux livrets destinés aux enfants allant à l'école, aux affiches et aux calendriers coraniques. Sur le conseil de leurs amis, les gens ont essayé le sel iodé. Les ventes ont grimpé pendant les premiers mois de la campagne.

A

A Noter

• Tous les matériaux, y compris les imprimés, les moyens audio-visuels et la radio ont été prétestés par l'UNICEF avant d'être définitivement incorporés à la campagne.

• Le nom donné au sel, Peshawari, (d'après la capitale provinciale) est accepté par les habitants des deux vallées de Swat et Chitral (où le goitre est prévalent), alors que ce sont des rivaux de toujours.

• Certains des plus grands dépôts de sel se situent au Punjab au Pakistan.

• L'UNICEF a également apporté son assistance pour la création des premières usines de sel iodé.

L'HOMME EST LA SANTE (MTU NI AFYA)

Pays:	Tanzanie
Public cible:	Environ un million de villageois adultes
Média:	Radio, magnétophones, matériel imprimé, communications interpersonelles, tableaux mobiles et affiches
Bailleurs de fonds/Promoteurs:	Le Gouvernement de Tanzanie avec le support de l'Agence suédoise pour le développement international
Durée:	Conçu en 1971, mis au point en 1972; mis en oeuvre en 1973
Contacts:	C. Zikambona, Planning and Research Department, Institute of Adult Education, University of Dar es Salaam, Dar es Salaam, Tanzanie; Budd L. Hall, International Council for Adult Education, The Ontario Institute for Studies in Education, 29 Prince Arthur Ave., Toronto, Ontario, Canada M5S 1V6.

Le projet "L'Homme est la Santé" a été conçu à la fin de l'année 1971 comme une campagne à grand rayon d'action en vue d'éduquer les villageois sur les symptômes, la prévalence et les origines de cinq maladies courantes pouvant être évitées. L'objectif secondaire des concepteurs du projet était de donner aux personnes récemment alphabétisées une occasion de pratiquer leurs nouvelles compétences. Réalisée sous les auspices des ministères de la Santé, de l'Education et du Développement Rural de la Tanzanie, cette campagne représentait une tentative de développement intégré.

Le projet a été approuvé et mis en oeuvre par le seul parti politique de la Tanzanie "L'Union nationale africaine de Tanzanie" (TANU), l'Institut pour l'Education des Adultes, six agences du Gouvernement et Radio Tanzanie. Des fonctionnaires à tous les niveaux ont été instruits de l'importance du projet et de ses divers aspects. On a fait appel à l'industrie pour fabriquer des vêtements portant le logo du projet. Les journalistes de la télévision et de la radio ont été chargés de tenir le public au courant des derniers développements de la campagne.

Dix-huit mois d'élaboration, d'organisation et de formation aboutissaient en mai 1973 à une recrudescence d'activités éducatives et de développement communautaire. Chaque semaine pendant 10 semaines tous les groupes d'étude (de 15 à 60 personnes) se rencontraient en présence d'un animateur, écoutaient des émissions radiophoniques et discutaient le contenu de documents simples fournis par le Gouvernement. Ces discussions sur la santé et l'assainissement ont permis de mettre sur pied des projets communautaires conçus et mis en oeuvre par le groupes d'étude dans leurs propres villages.

Resultats

Environ deux millions d'habitants adultes de la Tanzanie, soit le double de ce que les autorités avaient compté atteindre, ont participé au projet "L'Homme est la Santé." De plus, le taux de participation global de ceux qui ont participé dès le début s'est élevé à 63 pour cent, succès sans précédent pour une campagne de cette ampleur. L'impact sanitaire de la campagne a été tellement répandu que les évaluateurs du projet ont dû reclasser certains groupes de contrôle comme groupes d'expérimentation.

La campagne a aussi été critiquée. Certains ont pensé qu'elle aurait dû intégrer les services de santé présents à son "programme." D'autres ont pensé que la distribution des textes et matériels n'était pas assez bien organisée. D'autres encore ont jugé l'enseignement trop superficiel. Cependant, il existe partout des preuves concrètes de l'incidence de la campagne sur la qualité de vie dans les villages. En particulier,

des centaines de milliers de latrines ont été installées par les auditeurs des émissions de radio; la vente de moustiquaires a notablement augmenté dans certains endroits et les habitants des régions côtières ont assaini de nombreux fossés marécageux où les insectes vecteurs de maladies se multiplient après les pluies abondantes.

A Noter

• Chaque groupe d'étude a laissé au moins "un monument" à la campagne "L'Homme est la Santé,": puits ou nettoyage des régions où la végétation était infestée d'insectes.

• Certains groupes d'étude ont continué à se rencontrer pendant plusieurs mois après la fin de la campagne.

• La confiance face aux dirigeants des cellules dans plusieurs régions a renforcé le système d'une cellule de dix foyers comme moyen de stimuler la participation au développement.

• Les textes et guides d'étude ont été imprimés sur les presses des journaux. Un million d'exemplaires ont été distribués; beaucoup ont été partagés.

• Certains groupes d'étude ont diagnostiqué les maladies qui frappent les membres du groupe et ont envoyé les victimes aux hôpitaux voisins où l'on a traité les malades.

• Le réseau des chefs de groupes d'études établis pendant la campagne de santé a été réactivé pour la campagne nationale de nutrition: "L'Alimentation est la Vie," qui débuta en juin 1975.

Previous Page Blank

B

MAQUETTES

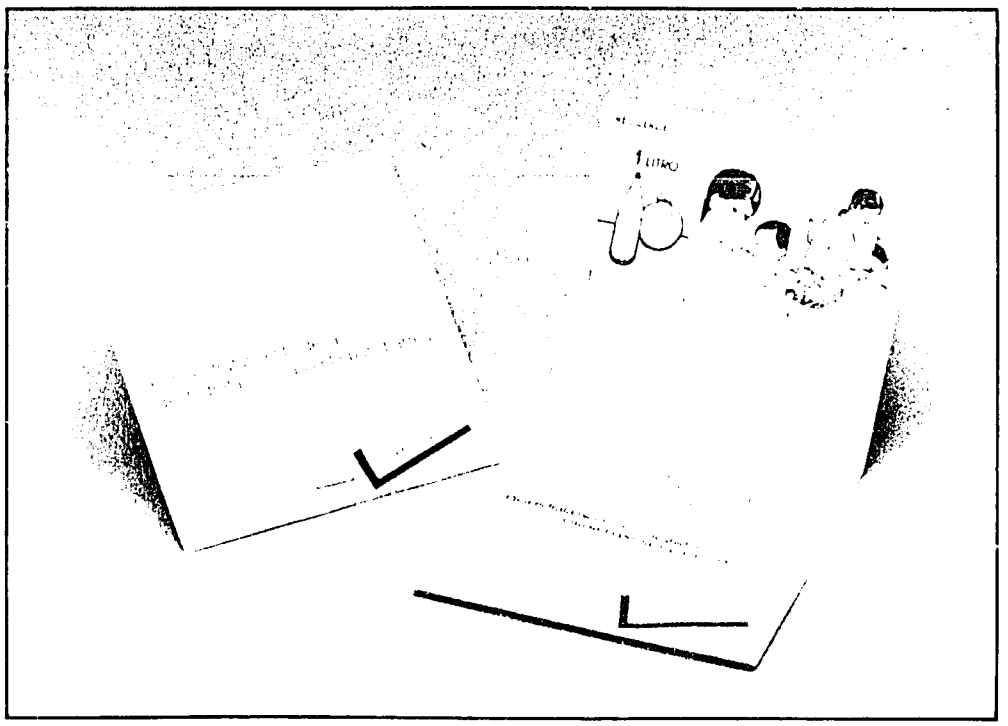
Une maquette efficace est un équilibre délicat entre de nombreux facteurs dont notamment: attrait pour le public cible, caractère du message institutionnel et adéquation pour la production locale. Un programme de communication qui a la possibilité d'effectuer une recherche et d'influencer la maquette d'un nouveau produit, tel qu'un paquet de SRO, peut avoir un impact important sur les pratiques du consommateur dans les années à venir:

(a)

(1) Sachet de SRO et dépliants—le Mexique

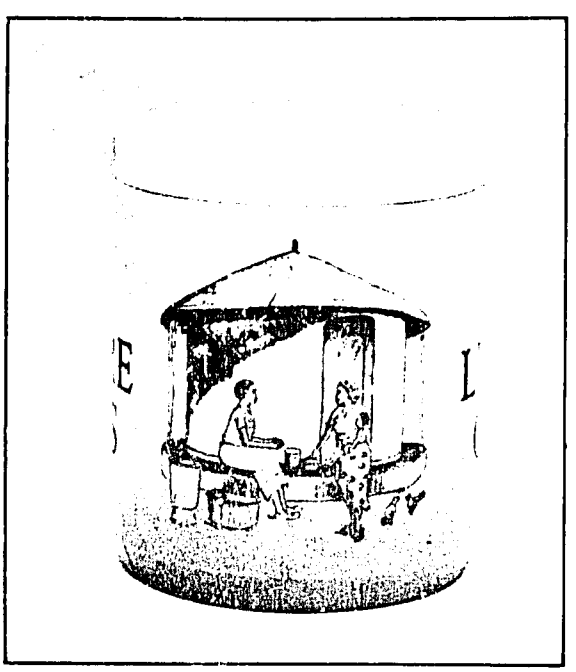
Ce sachet de SRO original (a) reflète les préférences données par les mères pendant les réunions d'expression. Le thème de l'arbre de la vie a été retenu parmi les deux autres présentations différentes et le nom du produit "Vida Suero," ou le sérum de la vie l'a remporté sur 10 autres possibilités. Au verso, quelques images simples présentent les instructions de mélange et les conseils sur l'allaitement au sein. Les sachets sont emballés en lot de trois et accompagnés d'un dépliant détaillé avec 6 volets montrant comment faire le mélange (b). Cette présentation simple encourage les mères à utiliser les SRO plus souvent pour les épisodes diarrhéiques. Le message est renforcé sur le dépliant où l'on peut lire "garder des Vida Suero frais chez vous pour être sûr que vos enfants soient en bonne santé et heureux". (Educación para la Salud de la Secretaría de Salud de México).

(b)



(2) Sachet de SRO—Guatemala

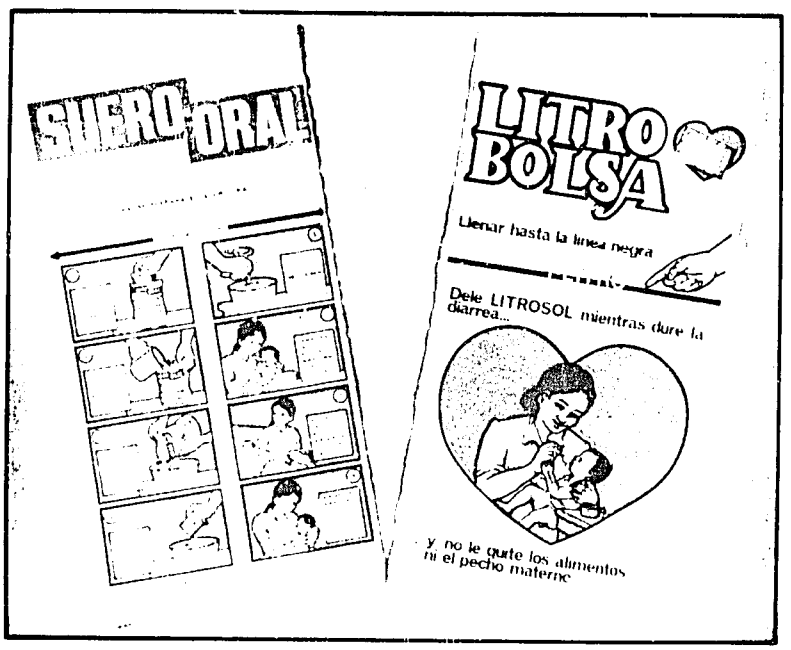
Le nouveau sachet de SRO mis au point au Guatemala a rencontré un problème particulier au niveau de la production. Une couture a été placée au centre de l'enveloppe. Vu qu'il ne restait pas assez de place pour les illustrations sur les mélanges, les concepteurs ont décidé de mettre au point une présentation du type pochette d'allumettes. Le sachet de SRO est attaché à l'intérieur de la pochette qui donne les illustrations nécessaires sur les mélanges, les messages sur l'alimentation et l'allaitement au sein continu pendant la diarrhée. (Adamed, S.A.; Project SUPPORT)



(3) Récipient d'un litre—Malawi

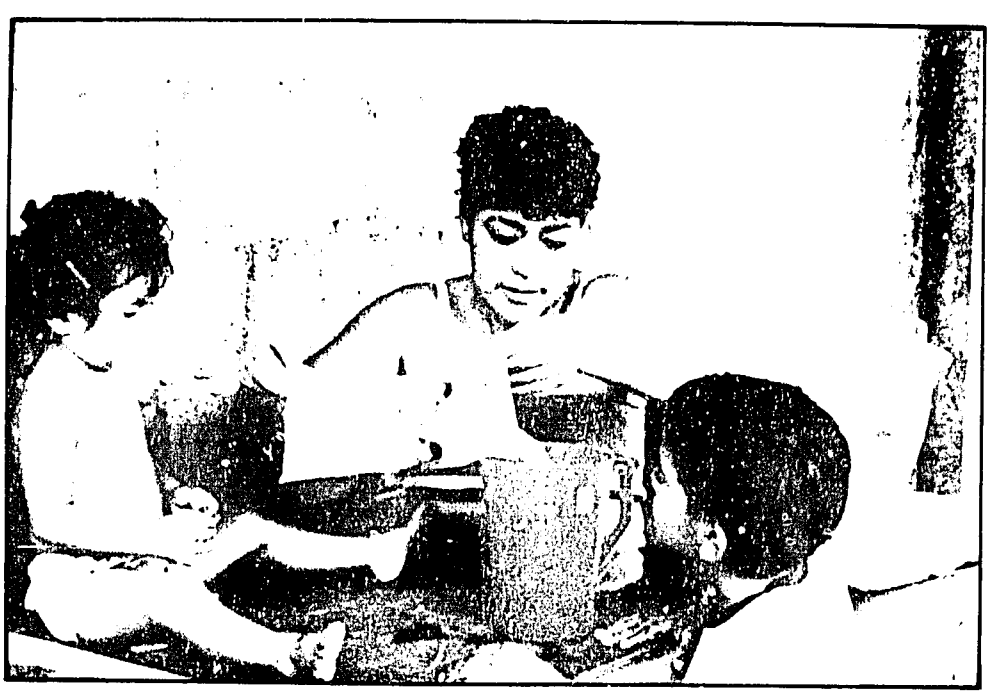
Au Malawi, le ministère de la Santé a conçu un récipient en plastique pour aider les personnes qui s'occupent des enfants, les volontaires de la santé communautaire et les agents de santé à mesurer un litre. Un dépliant sur le mélange des SRO est contenu dans chaque récipient. Sur l'image on peut voir le symbole des soins de santé primaires. Les récipients ont été distribués pendant les séances de formation pour les bénévoles de la santé communautaire. (Ministry of Health, Government of Malawi; CCCD).

B



(A) Petits sachets en plastique — Equateur, Honduras

Plusieurs pays ont mis au point des sachets de mélange "en plastique" pour aider des personnes qui s'occupent des enfants à mesurer exactement un litre. De tels sachets conviennent surtout bien dans les pays où il n'a pas été possible d'identifier une mesure de mélange type commune à tous les ménages. Les deux exemples montrés ici, de l'Equateur (en haut à gauche et ci-dessus) et du Honduras donnent tous les deux des instructions sur les mélanges par écrit et de manière visuelle. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador and Ministerio de Salud Publica de Honduras)



INSTRUCTIONS ET FICHES SUR LES PRODUITS

Communiquer efficacement des instructions ou une information apparemment simple se situe au coeur de tout programme de communication. Les activités visant à s'assurer que le produit et les services seront utilisés correctement doivent sous-tendre tout effort visant à accroître la demande pour ce produit ou service. Les concepteurs doivent faire attention à ne pas sous-estimer le degré de précision nécessaire pour les messages instructionnels et les fiches de rappel, ni le caractère minutieux de la recherche des publics et du prétest des matériels.

(5) Instructions sur l'administration de TRO — Honduras

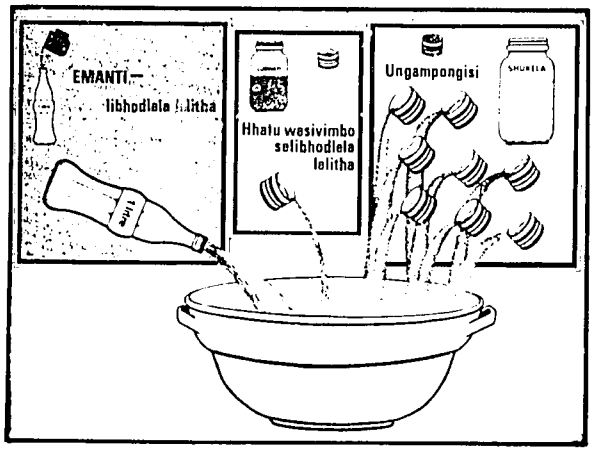
Ce dépliant avec six volets (29 x 21 cm) a une pochette qui contient un sachet de SRO. Le dépliant donne des informations illustrées détaillées sur les signes de déshydratation, les procédures de mélange, d'administration et de stockage et des conseils en ce qui concerne l'allaitement au sein et l'alimentation de sevrage. (Ministerio de Salud Publica de Honduras)

(6) Dépliant sur le mélange — Swaziland

"Ingrédients d'une trousse de mélange sucre-eau-sel." Un côté de ce dépliant (a) décrit les ingrédients fondamentaux et les moyens de mesure pour préparer la solution eau-sucre-sel à la maison. L'autre côté (b) présente une démonstration graphique simple de la recette elle même. (Swaziland Ministry of Health, CCCD).

(a)

(b)

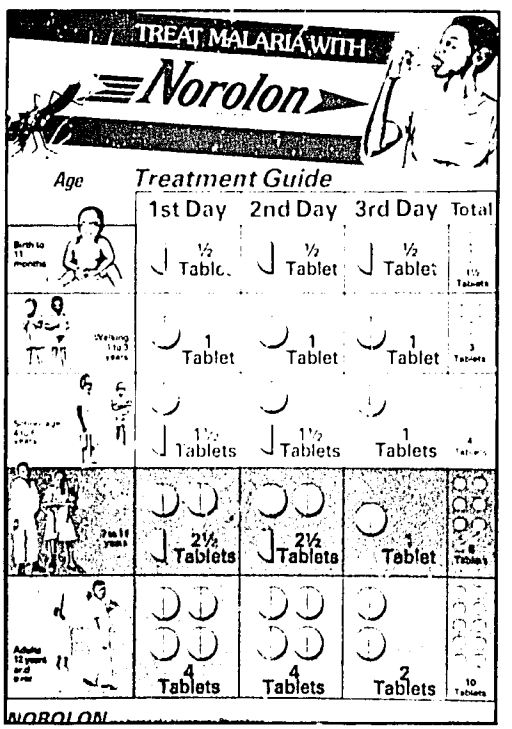


B

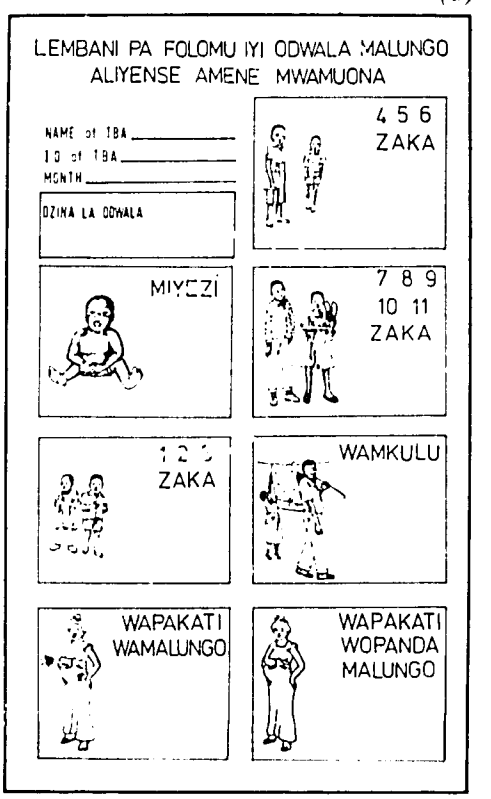
(7) Tableau de traitement et fiche de rappel pour le paludisme—Malawi

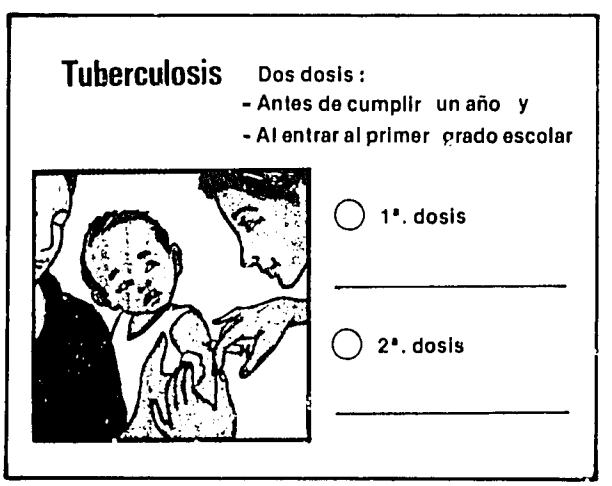
Les agents de santé communautaire du Malawi peuvent utiliser le tableau sur le Norolon (chloroquine) comme un aide mémoire pour le traitement indiqué en cas de paludisme. Le tableau (28 x 39 cm) indique graphiquement les bonnes doses de chloroquine devant être administrées pendant trois jours pour les différents groupes d'âge. La fiche de rappel en Chichewa (b) a été conçue pour aller avec le tableau. Pendant les premiers mois après la formation, le volontaire de santé communautaire utilise une fiche de rappel pour chaque patient. A chaque visite, il indique les doses qui ont été distribuées. Cela permet aux superviseurs de voir si les volontaires ont appris à diagnostiquer et à traiter correctement le paludisme. (Sterling-Winthrop; Ministry of Health, Government of Malawi; CCCD)

(a)



(b)





(8) Carnet de vaccinations—Honduras

Ce carnet de vaccination est non seulement un moyen d'enregistrement pour les parents, mais aussi un aide mémoire imagé rappelant le nombre de doses pour chaque type de vaccination. Les recherches ont indiqué que de nombreux parents identifient les vaccinations avec la partie du corps où elle a été administrée. Le carnet donne une telle illustration des doses. (Ministerio de Salud Publica de Honduras)

(9) Chansons à la radio—Gambie

Un chanteur gambien très connu a enregistré cette chanson en Mandinka, donnant des instructions détaillées sur la préparation de la solution eau-sucre-sel et l'alimentation correcte. La chanson a été diffusée à la radio. Elle a renforcé l'utilisation d'une fiche sur le mélange qui a été largement distribuée (voir ci-après et voir également la section sur les médias interactifs, page 141.)(Medical and Health Department, The Gambia; Radio Gambia)

Diffusion à la radio d'une chanson par le chanteur traditionnel, Jelinyama Suso

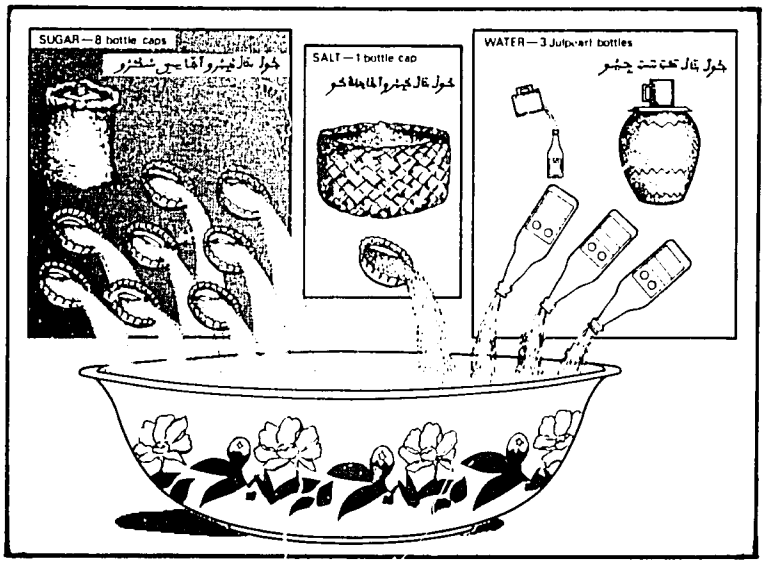
Mères qui allaitaient, parents, femmes avec des enfants—si vous avez un enfant qui souffre de diarrhée, savez vous ce qu'il faut lui donner? Je vais vous indiquer les médicaments qu'il faut.

- Remplissez d'eau une bouteille de Julpearl trois fois et versez dans un bol.
- Remplissez une fois la capsule de la bouteille Julpearl avec du sel et versez dans l'eau.
- Remplissez la capsule huit fois avec du sucre et versez dans l'eau. Pas plus de huit fois.

Vous le donnez à votre enfant. Si vous le donnez à votre enfant, votre enfant sera à nouveau bien portant. Deuxièmement, il faut lui donner du porridge à base de riz. Ca aussi c'est un médicament. Les médecins me l'ont dit. Ecoutez, les médecins m'ont dit de vous dire. Le porridge à base de riz est un bon médicament, alors donnez le à votre enfant. Troisièmement, allaitez votre enfant. C'est vrai que le lait maternel est un médicament pour votre enfant. La diarrhée peut être mortelle et elle tue beaucoup d'enfants. Mères qui allaitaient, soignez bien vos enfants car ils seront les adultes de demain. Rappelez-vous, être parent n'est pas facile, alors prenez bien soin de vos enfants puisqu'ils seront les adultes de demain.

- Rappelez vous une bouteille de Julpearl remplie trois fois d'eau et versez dans un bol.
- Une capsule de bouteille de Julpearl remplie avec du sel et versez dans l'eau.
- Huit capsules de Julpearl remplies avec du sucre et mettez dans l'eau.
- Des bons aliments comme du riz bouilli et du porridge avec des arachides. Cela aide l'enfant qui a la labaro.
- Allaitez votre enfant, car le lait maternel va guérir l'enfant de la labaro.

Les gens de Jatta Kendeya m'ont dit de vous dire cela. Alors mères, parents, prenez bien soin de vos enfants.



B

MATERIEL DIDACTIQUE

Bien qu'il arrive dans certains cas qu'une personne adopte une nouvelle pratique sans comprendre l'importance ou le véritable but de cette pratique, en général une modification du comportement est précédée par un changement au niveau des connaissances et des attitudes. Par conséquent, les programmes de santé réussis accordent une grande partie de leurs efforts à l'éducation des divers publics. Des segments de public différents ont besoin de volume d'information différent ainsi que de présentations différentes.

Pour les parents personnes qui s'occupent des enfants

(10) Dépliant sur le PEV—Nigeria

Ce dépliant en six volets pour les parents utilise des images simples pour communiquer le calendrier de vaccination et l'emplacement des services. Il informe également sur les éventuels effets secondaires et les mesures qu'une mère devrait prendre en pareil cas. (Nigeria Federal Ministry of Health, CCCD).

(11) Affiche sur le tétanos—Guatemala

"Prenez soin d'une femme enceinte, c'est un bon début pour une nouvelle vie." Trois images pittoresque et simples montre qu'une femme enceinte qui est vaccinée contre le tétanos aura un bébé en bonne santé. L'affiche est posée dans les centres de santé. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala)

(12) Instructions sur le mélange de SRO—Paraguay

"Comment préparez-vous la solution orale?" Ce dépliant de quatre pages donne des instructions graphiques sur la préparation des SRO et l'importance de continuer à alimenter l'enfant. En outre, il donne des instructions écrites sur la prévention de la déshydratation, les signes de déshydration, l'importance de donner des liquides à l'enfant qui souffre de la diarrhée, ainsi qu'une liste des liquides que l'on a chez soi. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Paraguay)

Annonce radiophonique: préparez le SRO

Femme:	Où allez vous si vite Madame Agustina?
Madame Agustina:	J'emmène ma fille au centre de santé. Elle a beaucoup de diarrhées, ses yeux sont enfoncés, elle a soif, et pleure sans larmes.
Homme:	Madame, allez à la maison de Madame Vicenta, c'est plus prêt. Demandez lui de vous montrer comment on prépare les sels de réhydratation orale. Donnez la préparation comme Madame Vicenta vous le dit et votre fille se remettra vite de la diarrhée.
Femme:	Voyez Mamade Agustina, votre fille se porte mieux.
Madame Agustina:	Oui, Madame, Je vais aussi montrer aux autres mères comment préparer les sels de réhydratation par voie orale.
Présentateur:	Si votre enfant souffre de la diarrhée, donnez lui les sels de réhydratation orale—le sel de la vie. Pour la vie des enfants. Ministère de la Santé et du bien-être social.

(13) Annonces radiophoniques—Paraguay

Une série d'annonces radiophoniques apprend comment reconnaître les signes de la déshydratation et explique comment utiliser les TRO, comment les préparer et les administrer et où obtenir les sachets. Chaque annonce continue le thème du précédent, du point de vue message et information. On encourage également les femmes à partager leurs connaissances avec d'autres. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Paraguay, biedermann publicidad s.a.)

B

(14) Annonces télévisées—Paraguay

Cette annonce de 30 secondes montre un jeune mari et sa femme qui se préoccupent à propos de leur fille qui souffre de la diarrhée. Un voisin qui passe explique les dangers de la déshydratation et leur dit brièvement comment les TRO peuvent aider. Il leur dit qu'ils peuvent aller à tout moment au centre de santé s'ils ont besoin d'aide. D'autres annonces expliquent comment mélanger les SRO à la maison. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Paraguay, bidedermann publicidad s.a.).

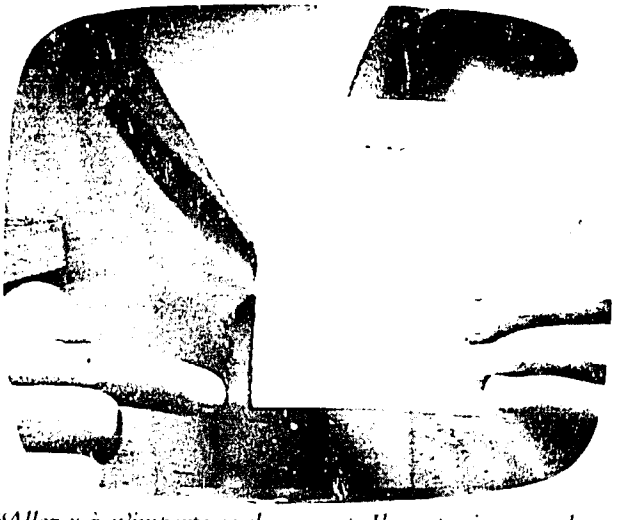
(a)

Voisin: "Qu'est-ce-qui ne va pas avec votre petite fille?"
Père: "Elle a une grave diarrhée."

(b)

Voiin: "Soyez prudent, la diarrhée peut entrainer la déshydratation et être dangereuse. Amenez la au centre de santé pour qu'il vous donne des SRO, c'est le sel de la vie."

(c)



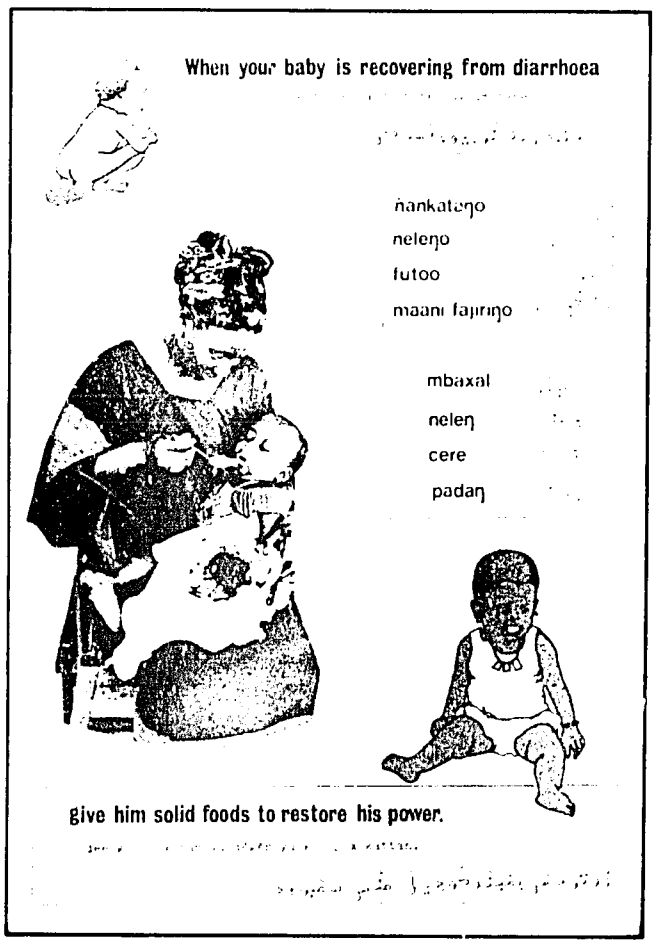
"Allez-y à n'importe quel moment. Il y a toujours quelqu'un pour vous aider. SRO—le sel de la vie."

(d)

TRO—Thérapie de réhydratation par voie orale. Pour la vie des enfants.

(15) Boite à image—Equateur

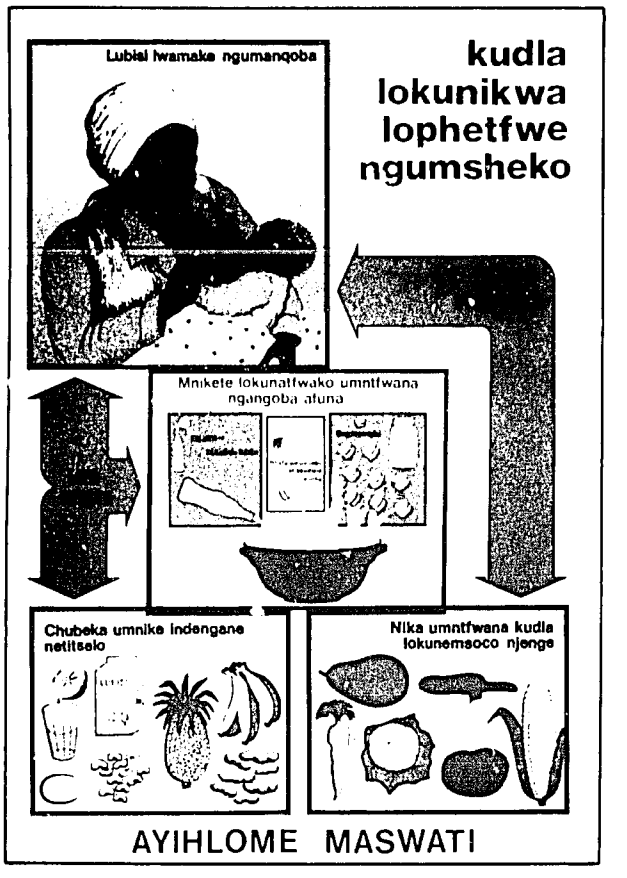
Les boites à image sont des auxiliaires efficaces de l'agent de santé pour communiquer avec les groupes des personnes chargées de s'occuper des enfants. Celle que l'on voit ici (43 x 64 cm) consiste en 18 panneaux couvrant six thèmes généraux liées à la lutte contre les maladies diarrhéiques. Elle a été conçue à l'intention des habitants des régions montagneuses de l'Equateur et prétestée auprès du public cible. Une variante a également été faite pour les régions côtières prenant en compte les différences culturelles et autres qui existent entre ces populations respectives. Les boites à image en tissu de quatre couleurs sont lavables et peuvent être facilement enroulées pour le déplacement sur le terrain. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador)



(16) Dépliant sur l'alimentation—Gambie

"Quand votre bébé se remet d'un épisode diarrhéique." Un côté de ce dépliant (30 x 42 cm) présente quatre photographiques d'aliments spécifiques qui "donne des forces à un enfant souffrant de la diarrhée". Le nom des aliments est donné en anglais, Mandinka, et Wolof. Les messages nutritionnels sont particulièrement important dans les pays où l'on fait souvent des purges ou alors où on prive l'enfant de manger pendant ou après la diarrhée. (Book Production and Materials Resources Unit; Medical and Health Department, The Gambia)

B



(17) Affiches sur les aliments—Swaziland

"Aux armes, les Swasiz." Cette affiche pittoresque (41 x 58 cm) pour les parents insiste sur l'étroite relation qui existe entre la solution eau-sucre-sel et l'importance de l'alimentation au sein et de la nutrition. Elle donne une "recette" graphique complet sur la solution eau-sucre-sel et les descriptions simples des aliments courants riches en calories et en protéines (Swaziland Ministry of Health, CCCD).

(18) Livret sur les infections respiratoires—Honduras

"Qu'est-ce-qu'une infection respiratoire aiguë?" Ce livret de six pages utilise un modèle dessin animé pour aider les mères à connaitre les signes et à comprendre les infections respiratoires aiguës. Il illustre quatre signes d'infection grave: température élevée, toux persistante, difficulté respiratoire, et maux d'oreille. Les livrets sont donnés aux mères dans les centres de santé. (Ministerio de Salud Publica de Honduras).

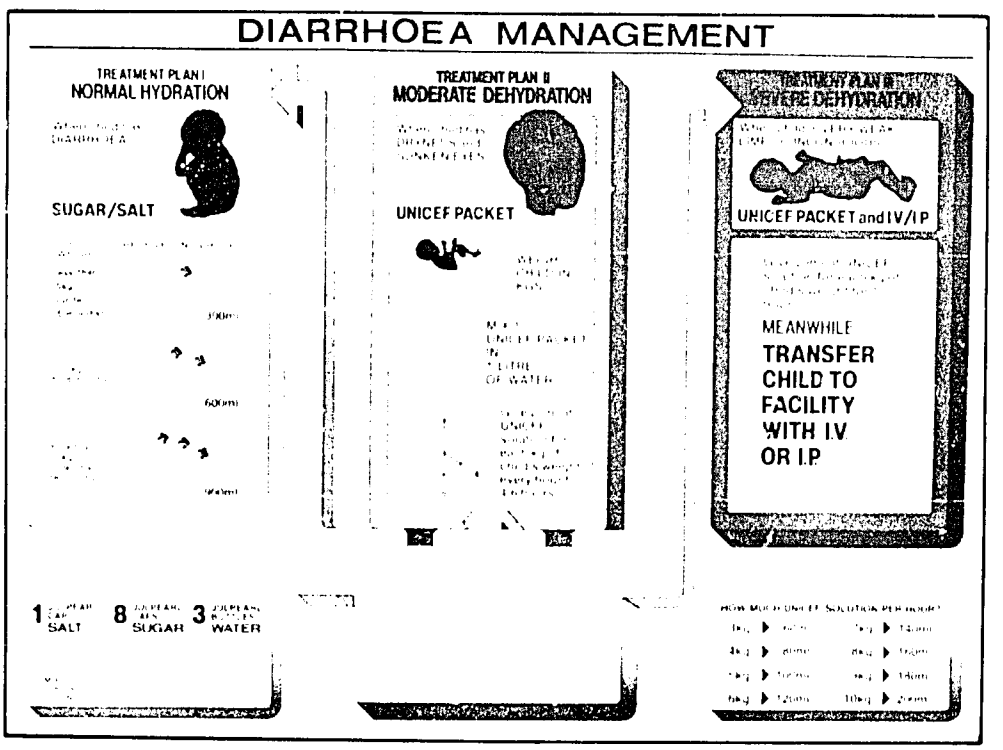
B

MATERIEL DIDACTIQUE

Pour les agents de santé

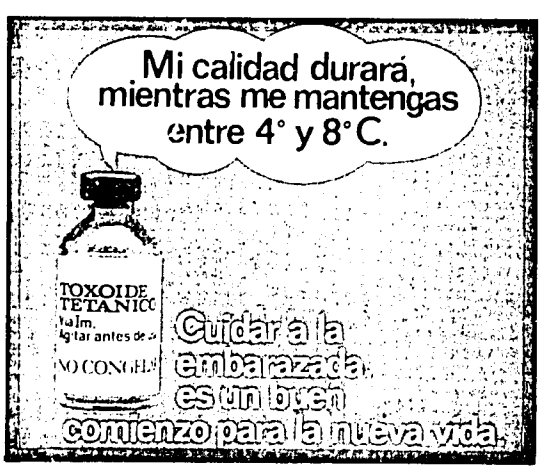
(19) Affiche sur le traitement—Gambie

"Traitement de la diarrhée." Ce tableau sur le traitement de la diarrhée (83 x 61 cm) à l'intention des agents de santé utilise des schémas et des contrastes de couleurs pour montrer clairement les trois différents traitements diarrhéiques. (Medical and Health Department, The Gambia).



(20) Autocollant sur le vaccin—Guatemala

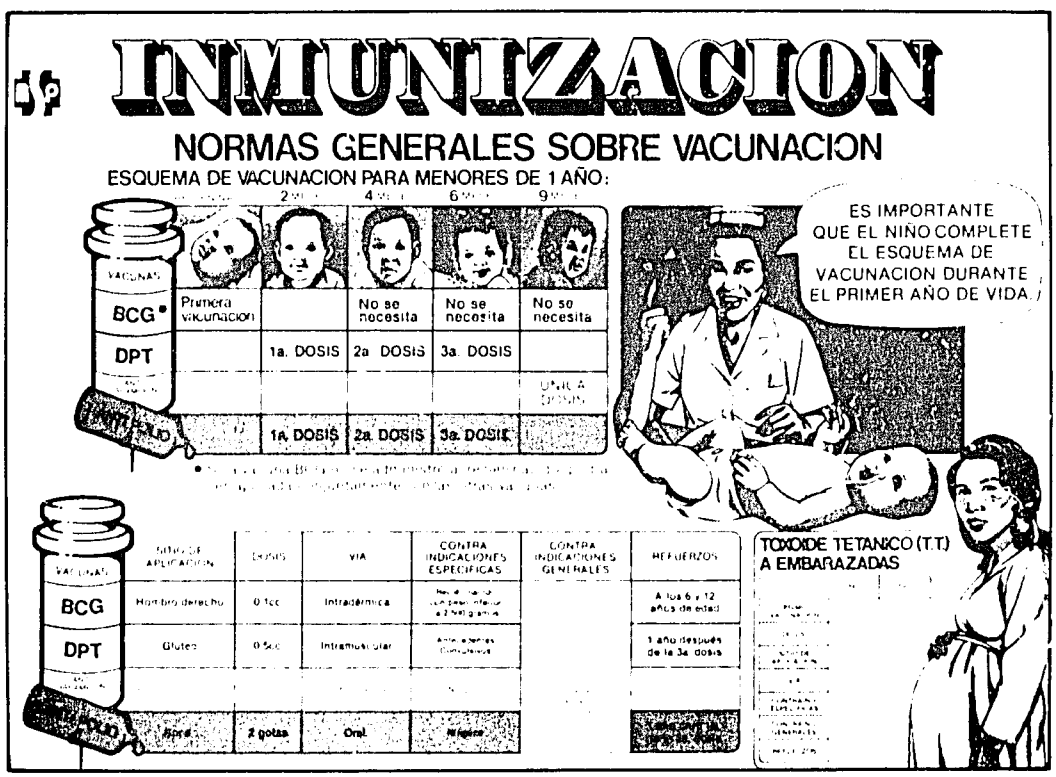
"Ma qualité se conserve aussi longtemps que ma température se situe entre 4 et 8 degré C." Cet autocollant montrant un vaccin anti-tétanique qui parle peut être collé sur un réfrigérateur pour rappeler aux agents de santé les bonnes conditions de stockage. (Ministserio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala)



B

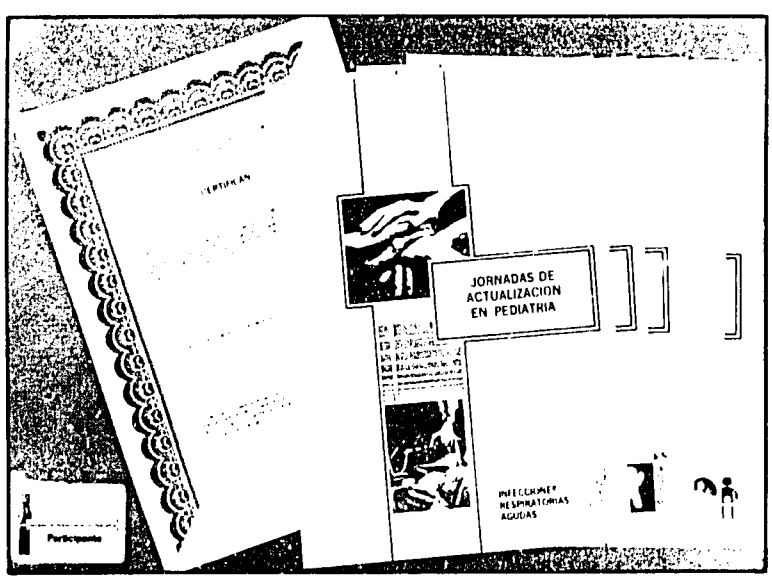
(21) Affiche sur la vaccination—Equateur

"Normes générales de vaccination." Cette affiche (87 x 63 cm) à l'intention de l'agent de santé apporte des informations détaillées sur les normes de vaccination. Pour chaque vaccin, on indique l'âge, les lieux où on peut se faire vacciner, les doses, les contre-indications. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador)



(22) Matériels pour séminaire—Equateur

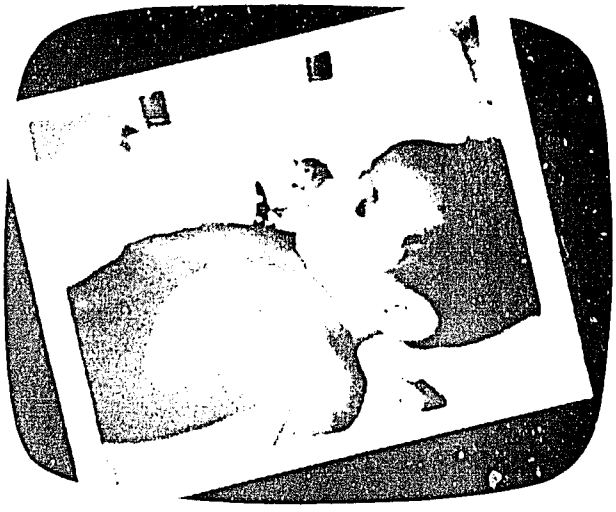
Les matériels présentés ici font partie d'une enveloppe distribuée aux participants lors d'une série de séminaires de trois à quatre jours sur la lutte contre les maladies diarrhéiques, les vaccinations, le suivi de la croissance, l'allaitement au sein et la nutrition. L'enveloppe contient divers matériels de programme, des documents techniques, une carte d'identité, et une fiche d'évaluation. Ceux qui suivent jusqu'au bout le séminaire reçoivent un certificat signé par le ministère de la Santé. Les séminaires se destinent en premier lieu aux pédiatres. On prévoit qu'un total de 2.500 médecins, infirmiers, assistances sociaux, et éducateurs sanitaires participeront à 20 de ces séminaires qui se tiennent sur l'ensemble du pays. (PREMI/ Equateur).



(23) Vidéo didactique—Mexique

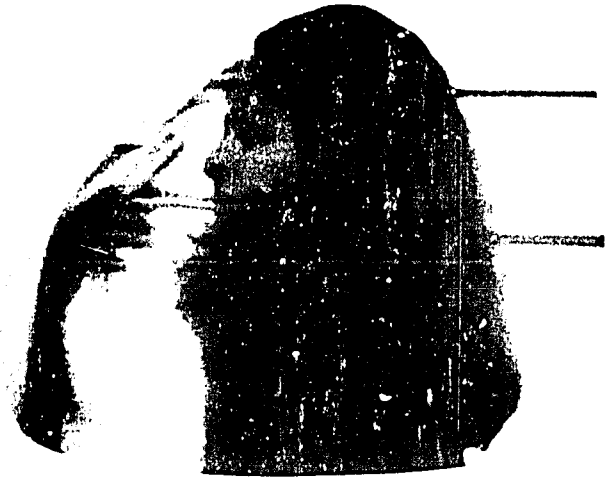
"Miriam: utilisation réussie de la TRO". Cette bande vidéo de 23 minutes est destiné aux médecins qui apportent une formation en TRO aux étudiants en médecine. La vidéo raconte le drame d'une petite fille, Miriam, qui est actuellement traitée pour déshydratation à l'Hôpital infantile Frederico Gomez à Méxique. Une actrice connue joue le rôle de la mère. L'histoire de Miriam est coupée par des présentations de médecins provenant de divers pays qui décrivent les signes de déshydratation et le traitement qui est indiqué. L'animation rend les présentations techniques plus vivantes (Organisation Pan Américaine de la Santé).

(a)



Présentateur: "Toutes les six secondes un enfant meurt par suite de diarrhée. Cela équivaut à dix enfants par minute, 100 par heure, 14,000 chaque jour, plus de 5 millions chaque année. La majorité de ces décès sont directement liés à la déshydratation imputable à la diarrhée".

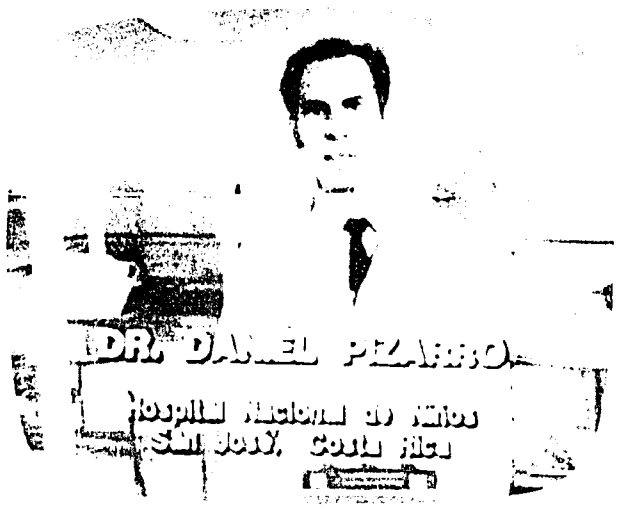
(b)



Mère: "C'était une expérience affreuse. Ma fille a eu la diarrhée toute la nuit et bien qu'elle ne soit endormie qu'au petit matin, elle s'est à nouveau réveillée en se plaignant. Ses langes étaient à nouveau sales, elle avait mal, et pleurait sans larmes. Je l'ai très vite emmenée à l'hôpital."

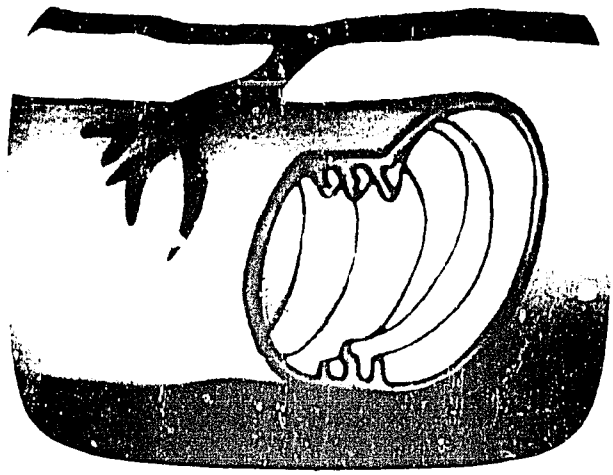
B

(c)



Dr. Pizarro: "La diarrhée est un syndrome infectieux causé généralement par des virus, des bacteries, ou des parasites. Elle est caractérisée par des selles liquides. La maladie dure généralement trois à cinq jours et la déshydratation pouvant entrainer la mort est une des complications de la diarrhée."

(d)



"Le traitement de la diarrhée a été radicalement transformé lorsqu'on a découvert que l'intestin grêle absorbe plus de sodium et d'eau en présence du glucose. C'est devenu la base scientifique des sels de réhydratation orale."

(e)

Dr. Salazar: "Depuis qu'on utilise la thérapie de réhydratation orale dans les hôpitaux, l'on a reconnu sa souplesse, son efficacité et sa simplicité. Avant on utilisait des solutions intraveineuses, et c'est un processus assez long. Avec la TRO, la diarrhée est traitée rapidement et efficacement dès le premier jour."

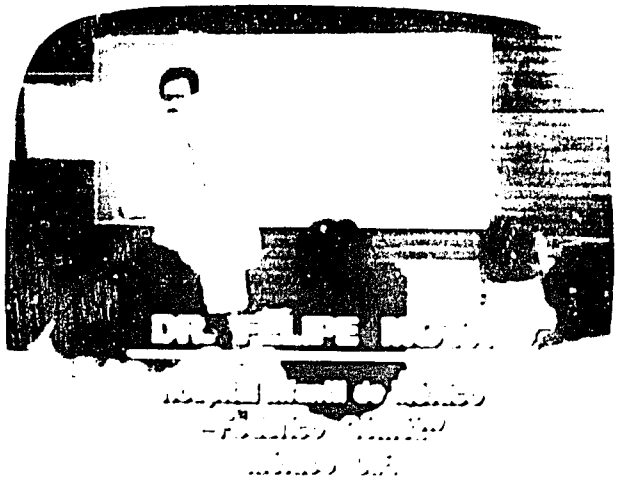
(f)

La quantité de sels oraux donnés aux patients dépend de la gravité de la déshydratation. Par exemple, des patients souffrant de déshydratation modérée sont traités avec 100 millilitres de sels oraux par kilo de poids."

(g)

La solution est donnée en quatre heures toutes les trente minutes avec une tasse et une cuillère. On continue d'allaiter au sein l'enfant. Pendant que le patient est traité avec les sels oraux, le personnel de la santé surveillent de près l'état du patient."

(h)



Dr. Mota: "Lorsque l'on considère que l'enfant est cliniquement réhydraté, il ou elle peut quitter l'hôpital: les vomissements se seront arrêtés, les liquides et le lait seront tolérés, et les selles ne seront plus tout à fait liquides. D'habitude cela prend quatre à huit heures."

(i)

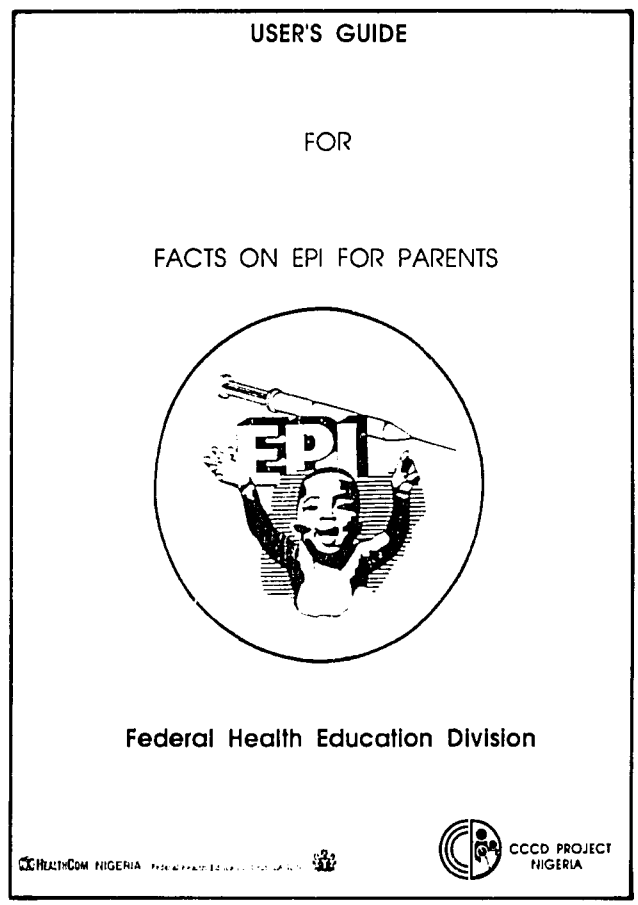
"On apprend à la mère comment préparer et donner les sel oraux. On lui donne trois enveloppes de sels oraux qu'elle peut préparer à la maison. Elle va donner à l'enfant une moitié jusqu'à une tasse de la préparation après chaque mouvement et jusqu'à ce que la consistance de sel passe à un état liquide à semi-solid."

"L'enfant récupère généralement vite et sa récupération est spectaculaire."

B

(24) Manuel du Kader—Indonésie

"Manuel de formation du Kader." Les volontaires locaux, ou kaders ont reçu dans le cadre de leur formation des exemplaires de ce livret de 19 pages en couleur destinés à les aider dans leur travail communautaire auprès des mères. Les illustrations et un texte simple décrivent les signes de déshydratation, l'administration correcte des SRO et l'alimentation qui convient. (Government of Indonesia Department of Health, Yayasan Indonesia Sejahtera, UNICEF, P.T. Pharos).



(25) Guide PEV pour l'utilisateur—Nigéria

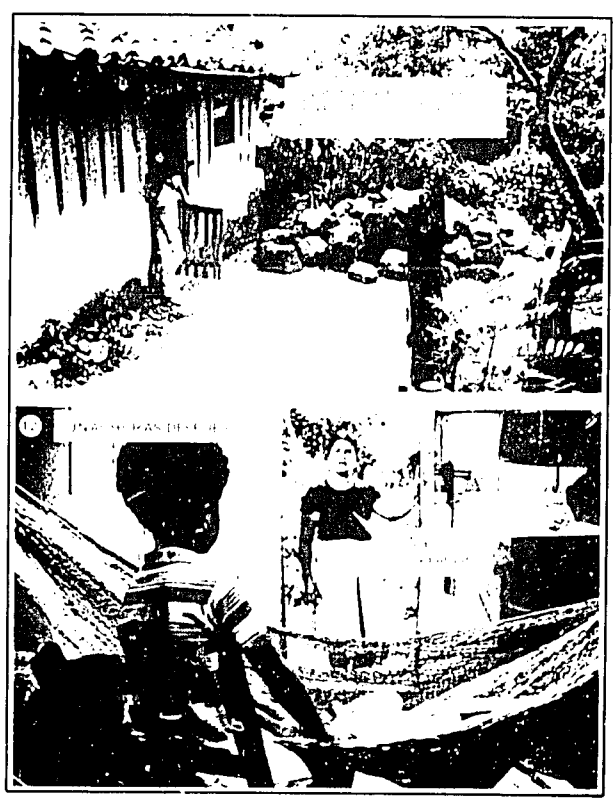
Ce livret de 29 pages en noir et en blanc, destiné à l'agent de santé est un guide pour l'utilisation d'une boite à image sur le PEV pour les parents. Le livret reproduit chaque panneau de la boite à image et explique le but du panneau. Il propose divers thèmes de discussions. (Nigeria Federal Ministry of Health, CCCD).

MATERIEL DIDACTIQUE

Pour enfants

(26) Bandes dessinées sur la survie de l'enfant—Ecuador

"Carliman et la fée marraine de PREMI." Carliman, ou Carlitos est un nourrisson qui réussit à vaincre les nombreuses menaces qui pèsent sur la santé infantile, cela grâce à l'aide de ses frères et soeurs plus âgés et de la bonne fée de PREMI. La bande dessinée dont il est le héros a été très populaire auprès des enfants et des adultes. (PREMI/ Ecuador).



(27) Photo roman—Honduras

"Tu as sauvé ta petite soeur!" Ce photo roman de 21 pages en noir et en blanc raconte l'histoire d'une petite fille, Estela, qui à la suite de diarrhée se déshydrate. L'histoire est racontée par son frère plus âgé, Mario, qui a remarqué le premier qu'elle est malade. Pendant le déroulement du drame, Mario et sa famille apprennent à identifier les signes de deshydratation et à les soigner. Des questions de discussions sont jointes au verso. (Ministerio de Salud Publica de Honduras).

B

ACTIVITES PROMOTIONNELLES

Pratiquement tous les messages ou matériels de communication sont de nature promotionnelle d'une manière ou d'une autre. Même une simple brochure instructionnelle peut éveiller l'intérêt dans le public grâce à des éléments de présentation et de ton. Les matériels didactiques visant à modifier les connaissances peuvent en même temps changer les attitudes s'ils sont réalisés efficacement. Cependant, une bonne création de la demande implique généralement toute une gamme d'activités promotionnelles qui font appel à un bon sens de l'imagination. Les messages promotionnels peuvent devenir le pont entre la connaissance et l'action pour le consommateur. Pour l'agent de santé ou le représentant officiel, ils peuvent entraîner des changements importants au niveau personnel.

Annonce radiophonique: Les femmes qui allaitent ont besoin des soins spéciaux

(Ritournelle sur l'allaitement au sein—"La mère moderne allaite les enfants en bonne santé)

Homme: Martin, ma femme vient juste d'avoir notre premier enfant Qu'est-ce-que je pourrais faire pour lui monter mes sentiments?

Martin: Lis lui ce poème! Une mère qui allaite est une vraie mère. À cause de cela, son mari va lui donner des soins spéciaux et des meilleurs aliments ... mais la chose la plus importante pour vous ...

Homme: Quelle est la chose la plus importante?

Martin: De mettre ce poème en pratique! Quand ta femme allaite, tu dois lui donner des soins spéciaux et s'assurer qu'elle mange mieux et plus qu'en temps normal. Tu entends?

Homme: Tu es du tonnerre, Martin !!!

Martin: Je sais bien!

(28) Annonce radiophonique sur l'allaitement au sein—Honduras

Ces deux annonces radiophoniques encouragent l'allaitement au sein et les soins pour la mère allaitante en cherchant d'une part à faire appel aux instincts maternels, et d'autre part à l'affection et à l'humour dont témoignent les deux maris. (Ministerio de Salud Publica de Honduras).

Chanson à la radio: allaitement

Mère,
le petit qui donnait des coups de pied
est enfin arrivé.
Ses petites yeux à présent te regardent et sourient.

Ses petites mains n'ont pas encore de force, mère,
mais elles pincent quand même.
Oh, il est si petit,
il dépend de toi pour grandir, mère.

Prenez soin de votre enfant dès qu'il est né.
Donnez lui le sein pour qu'il grandisse.
Donnez lui la vigueur
Que seul votre sein peut lui donner, mère.

Présentateur: Une mère qui allaite
Est une vraie mère
Nous travaillons
Pour un peuple en bonne santé
Ministère de la Santé publique

(29) Foire nationale—Guatemala

Le ministère de la Santé a installé un stand à la foire nationale de Guatemala pour sensibiliser d'avantage l'opinion publique aux divers thèmes de la survie de l'enfant. Le Cercle de la santé (Circo de la Salud) avait un programme de représentation de marionnettes, un documentaire, des photographes, et des chants sur la diarrhée, les vaccinations et l'hygiène générale. L'on peut voir sur l'image les clowns du Cercle de la santé qui distribuent des ballons où sont inscrits divers messages sur la santé. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala).

(30) Défilé—Honduras

L'excitation d'un défilé gagne aussi bien les participants que les observateurs. Grâce à de tels événements publics, les représentants publics, les agents de santé, les bénévoles et les enfants peuvent aider à faire connaître les campagnes ou d'autres causes générales pour la santé. L'on voit ici un défilé au honduras organisé pour promouvoir la mobilisation nationale pour la survie de l'enfant. (Ministerio de Salud Publica de Honduras, UNICEF; OPAS, Communauté économique européen)

B

(31) Annonces télévisées—Guatemala

Cette annonce de 35 minutes montre un jeune couple qui se préoccupe de la santé de leur enfant à naître. Le mari dit à la mère de se rendre au centre de santé où elle pourra recevoir divers services. L'image est immobilisée à un moment important de la fin quand la mère quitte le centre de santé et on entend dans le fond le cri de l'enfant qui n'est pas encore né. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala)

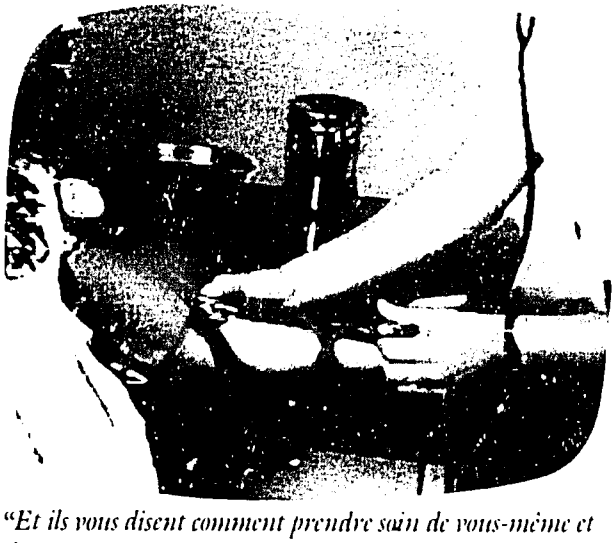
(a)

Femme: "Je me réjouis de voir notre enfant."
Homme: "Et j'espère qu'il sera en bonne santé. N'oublie pas d'aller au centre de santé."

(b)

Présentateur: "Au centre de santé, ils vous auscultent."

(c)



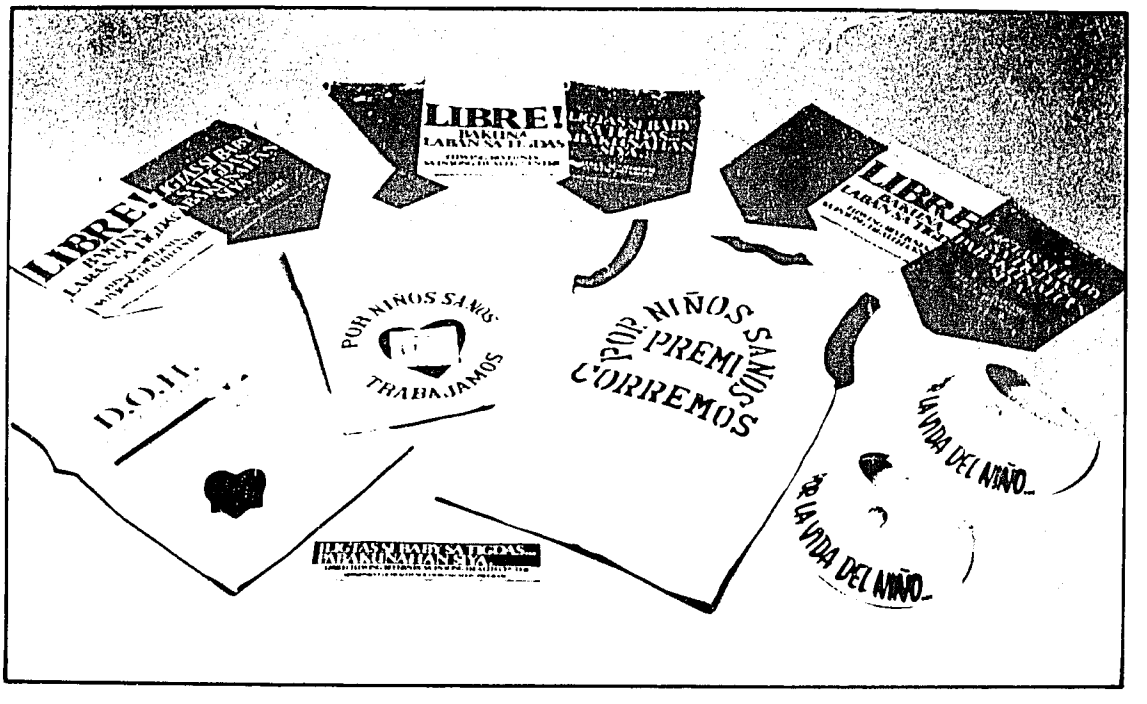
"Et ils vous disent comment prendre soin de vous-même et de votre bébé pendant la grossesse."

(d)

(Chanson) "Prendre soin d'une femme enceinte, c'est un bon début pour la nouvelle vie."

(32) Articles promotionnels à des prix défiant toute concurrence

Des "trucs publicitaires" bon marché tels que les banderolles, les chapeaux en papier, macarons, T-Shirts, autocollant et ballons où sont inscrits des messages pour la survie de l'enfant peuvent faire connaitre ces causes de manière efficace et très visible. L'on voit ici des exemples de l'Equateur, du Honduras et des Philippines.



(33) Publicité dans les journaux et les magazines

Même les articles succincts dans les journaux populaires qui couvrent les activités de la survie de l'enfant, les statistiques, les séminaires ou d'autres questions générales peuvent aider à sensibiliser le grand public. L'on voit ici des exemples provenant de plusieurs pays de l'Amérique latine.

B

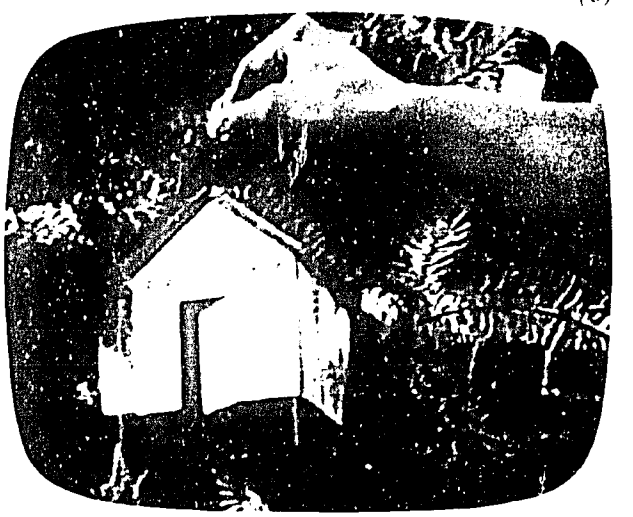
(34) Promotion télévisée—Guatemala

"Santé, le plus grand cadeau pour votre enfant." Cette annonce d'une minute montre des enfants et des adultes de divers ethnies qui décorent le sapin de Noël avec des symboles de la survie de l'enfant. L'annonce avec les lumières et les chants des enfants associe les efforts du ministère de la Santé pour sauver les vies avec la célébration de Noël. L'arbre de Noël était placée à l'entrée du ministère. (Ministero de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala)

(a)

(Chanson) "Le bonheur est là tous les jours quand on a la santé. Tous ensemble, faisons chaque jour un Noël d'amour et de santé."

(b)

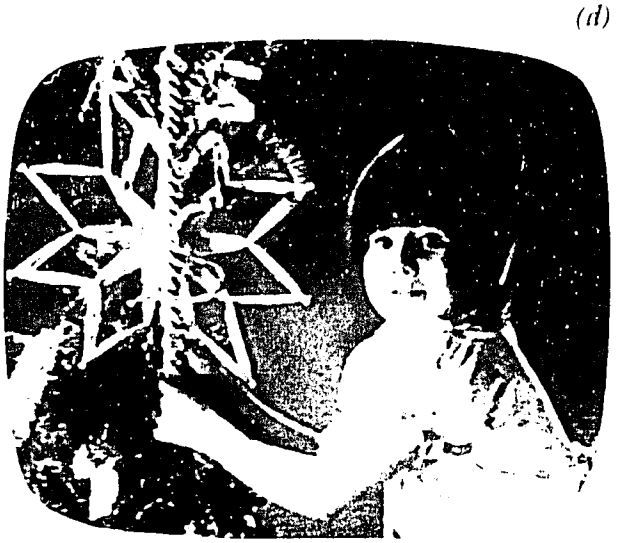


Présentateur: "Dix-sept mille agents de santé dans 1.000 centres de santé s'occupent de la santé des hommes, des femmes et des enfants."

(c)

"Ils apportent des médicaments de base, les SRO et les vaccinations."

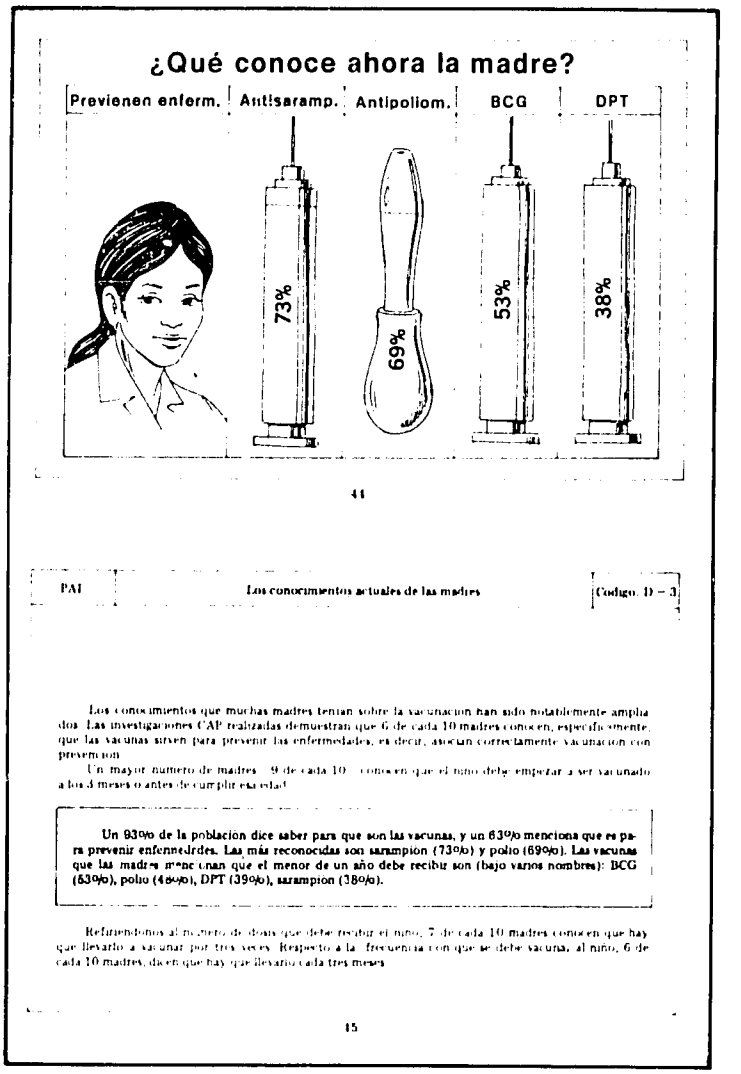
(d)



(Chanson) "Pendant ce Noël et chaque jour, le meilleur cadeau est la santé."

(35) Livret pour les représentants publics et les médias—Equateur

"PREMI: Le grand défi équatorien." Le programme national pour la survie de l'enfant en Ecuador a réalisé ce livret de 95 pages en noir et blanc après des mois d'intense travail. Le livret se destine aux autorités publiques et aux médias. Il décrit en termes simples et avec des représentations graphiques le succès remporté par le programme jusqu'à présent. (PREMI/Ecuador).



(36) Publicité—Equateur

Les messages promotionnels peuvent être insérés dans pratiquement toutes les publications qui ont des encarts publicitaires. L'on voit ici un journal de l'Equateur sur le football. Chaque semaine, 150.000 exemplaires de ce journal portent de message sur la survie de l'enfant. (PREMI/Ecuador).

B

(37) Annonces télévisées—Philippines

Cette annonce télévisée de 40 secondes présente un mini-drame sur un enfant atteint de rougeole et dont l'état empire. Le secrétaire à la santé rappelle aux mères que la rougeole n'est pas toujours une maladie infantile bénigne et qu'il faut faire vacciner leurs enfants. L'annonce se termine par une information concernant les centres de santé ouverts plus tard pour que les mères puissent y amener leurs enfants. (Department of Health, Republic of the Philippines).

(a)

Mère: (En larmes) "Nous ne nous sommes pas faits de souci. Ca a juste commencer par une rougeole."

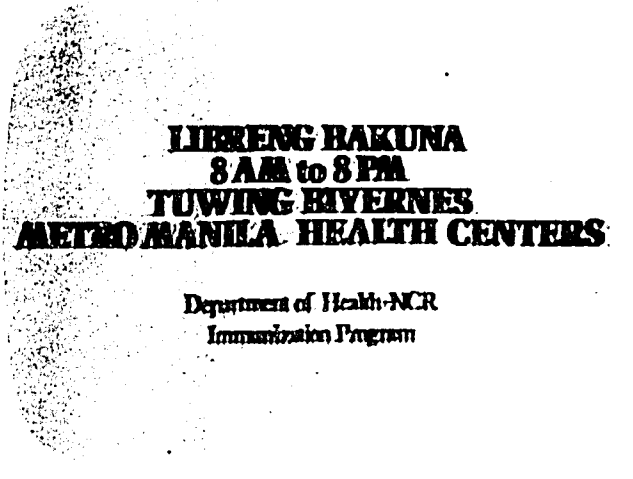
(b)

"Mais maintenant le docteur nous dit qu'il y a des complications."

(c)

Secrétaire à la Santé: "Prenez la rougeole au sérieux. Elle peut apporter des complications telles que la pneumonie et le méningite. Vacciner votre enfant contre la rougeole dès qu'il a neuf à douze mois."

(d)



Vaccinations gratuites de 8 heures à 20 heures tous les vendredi au centre de santé de Manila.

(38) Affiche—Philippines

Cette affiche est un complément de l'annonce télévisée décrite à la page précédente. Elle rappelle aux mères que les centres de santé restent ouverts tard le vendredi tout spécialement pour leur permettre de faire vacciner leurs enfants. (Department of Health, Republic of the Philippines)

(39) Faire des apparitions personnelles—Equateur

La première Dame de l'Equateur, Sra. Eugenia Cordovez de Febres Cordero, participe au programme national pour la survie de l'enfant connu comme PREMI. Elle a apparu à la télévision pour promouvoir les campagnes nationales et elle s'est également rendue sur les lieux de vaccinations pendant les six semaines. Son soutien en tant que personnalité nationale, en tant que présidente de PREMI, et aussi en tant que mère a conféré énormément de crédibilité aux activités pour la survie de l'enfant.

B

EMBLEMES, ENSEIGNES ET SLOGANS

Les symboles des produits ou programmes pour la survie de l'enfant peuvent être de puissants moyens promotionnels. Un emblème ou une enseigne sera conçue dans un but d'information, par exemple, pour aider un consommateur à identifier un produit ou l'emplacement d'un service. Mais un bon symbole va vite s'inscrire dans l'esprit des consommateurs et se transformer en une sorte de publicité par signe. Un symbole réussi et simple mais distinctif, efficace quel que soit la taille, comporte des connotations positives pour tous les segments importants du public. De la même manière, un slogan réussi est bref mais percutant et a un ton qui plaît aussi bien aux personnes chargées de s'occuper des enfants qu'aux professionnels de la santé.

(40) Emblème sur la survie de l'enfant—Equateur

Les mères lors d'une réunion d'expression ont parlé des idées qui permettent d'élaborer l'emblème sur la survie de l'enfant de l'Ecuador. L'emblème originel ne représentait que la fille et le garçon. Carlitos, qui a moins d'un an, a été ajouté à l'image car on a trouvé que ce groupe d'âge demandait plus d'attention.

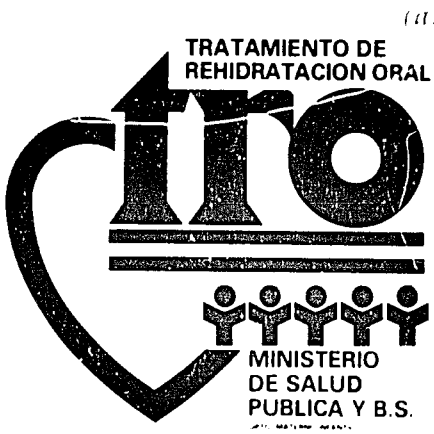
(41) Emblème sur la TRO—Swaziland

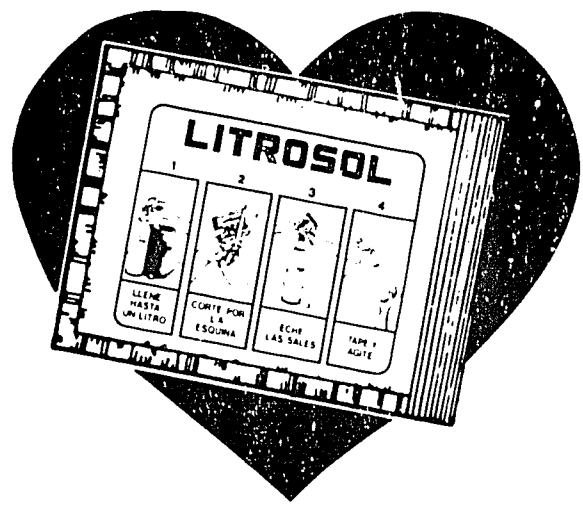
Cette représentation d'un "bébé heureux" a d'abord été utilisée comme emblème pour la TRO en Gambie. Des artistes locaux de nombreux pays africains ont adapté l'emblème pour satisfaire les préférences du public cible. La maquette montrée ici a été mise au point au Swaziland. (Swasiland Ministry of Health, CCCD)

(42) Emblème sur la TRO—Paraguay, Honduras

Ces emblèmes sur la TRO du Paraguay (a) et Honduras (b) indiquent clairement le produit lui même, mais elles ont aussi un ton bien déterminé. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Paraguay, Biedermann publicidad s.a.; et Ministerio de Salud Publica de Honduras)

(a)





(43) Slogans pour la survie de l'enfant

Les slogans en tant que tels sont des rappels efficaces des produits et programmes pour la survie de l'enfant. Des slogans de divers pays sont cités ici.

Exemples de slogans

Slogans pour la survie de l'enfant

Equateur:	"POR NINOS SANOS TRABAJAMOS" ("Nous travaillons pour des enfants en bonne santé")
Paraguay:	"PARA QUE LOS NINOS VIVAN" ("Pour que les enfants vivent")

Slogans de TRO

Gambie:	"SPECIAL DIET FOR DRYNESS" ("Régime alimentaire special pour la déshydratation")
Paraguay:	"LA SAL DE LA VIDA" ("Le sel de la vie")

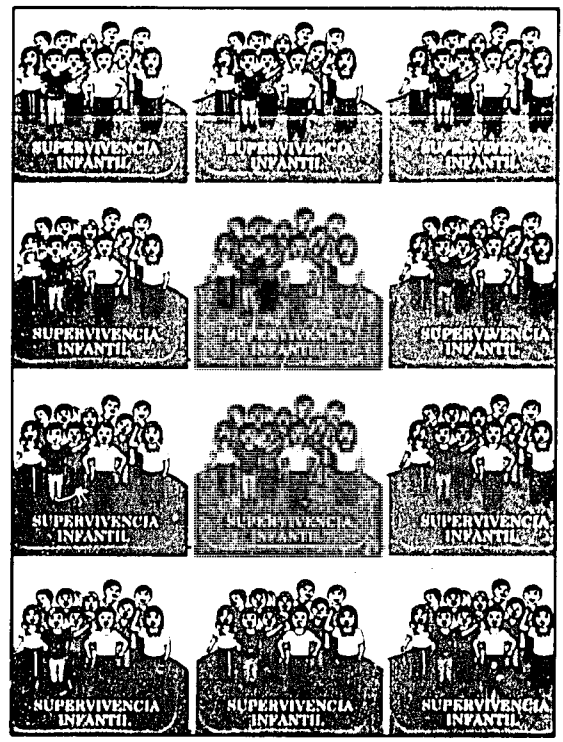
Slogans pour la vaccination

Swaziland:	"AYIHLOME MASWATI" ("Aux armes, Swazis")
Phillippines:	"SA TIGDAS LANG ITO NAGSIMULA..." ("Ca a juste commencé par une rougeole ...")

B

(44) Emblèmes pour la survie de l'enfant (timbres)—Guatemala

L'emblème pour la survie de l'enfant du Guatemala montre un groupe d'enfants représentant les divers groupes et ethnies du pays. Des petits autocollants avec des emblèmes pittoresques peuvent être utilisés pour la correspondance ou être collés sur divers objets (réfrigérateurs, bureaux, etc.). Le programme pour la survie de l'enfant prend souvent le point de vue des enfants pour communiquer les messages pour la santé. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala)

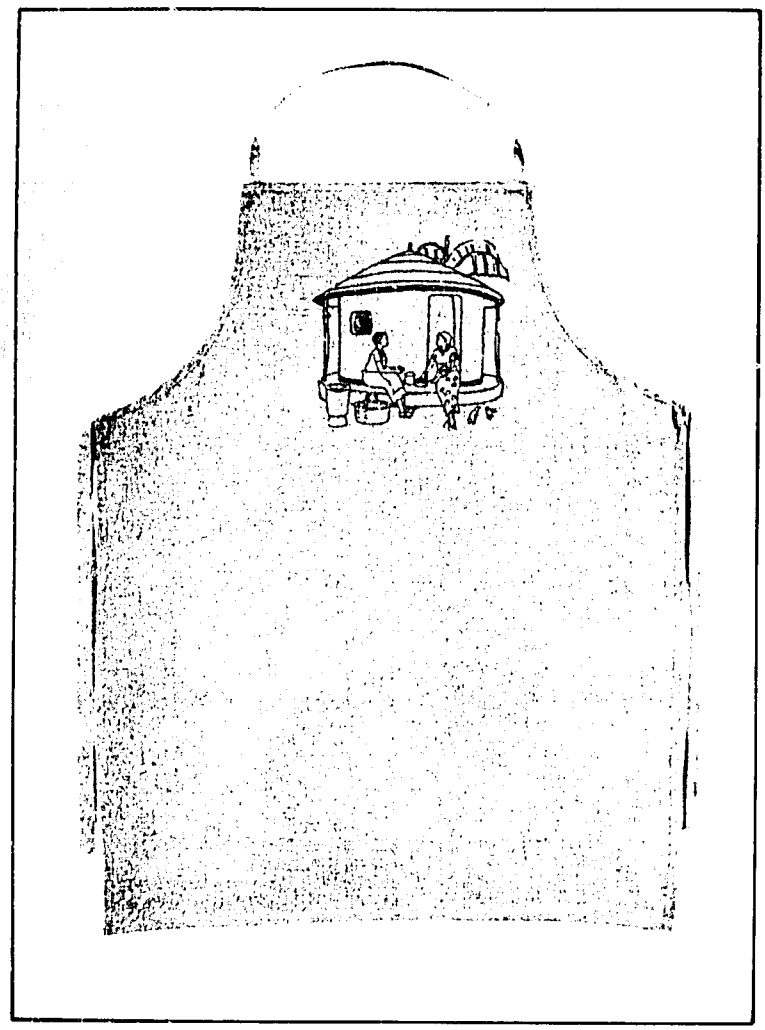


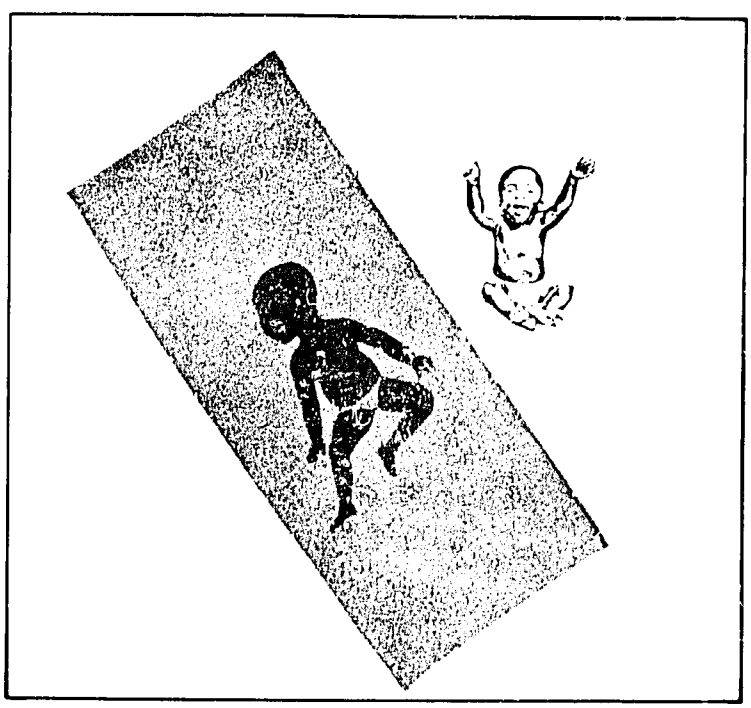
(45) Emblème pour la survie de l'enfant (affiche)—Guatemala

"Chère Maman, depuis que se suis né . . ." Des annonces télévisées et des affiches telles que celles-ci utilisent souvent l'emblème lui même ou montre un groupe d'enfants qui chantent. Cette affiche présente le thème général regroupant les quatre parties de la survie de l'enfant. Un enfant remercie "chère mama", disant, "tu m'as donné le meilleur aliment", (lait maternel), "tu m'as emmené me faire vacciner," "tu m'as donné des SRO," et "tu as pris soin de ma taille et de mon poids." Cette affiche est posée dans les centres de santé. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala)

(46) Tablier de l'agent de santé—Malawi

Ce tablier orange vif et noir est porté par les agents de la santé communautaire. Il porte le symbole des soins de santé primaires. Des enseignes en bois orange et noir faites par sérigraphie présentent le même symbole et identifient les maisons de volontaires qualifiés pour dispenser la chloroquine et les SRO. (Ministry of Health, Government of Malawi)





(47) Drapeaux—Swaziland, Gambie

Plusieurs pays ont utilisé des drapeaux en tissu où figurent les emblèmes pour la survie de l'enfant comme véhicules pour identifier les maisons des volontaires qui ont des provisions de sachets de SRO ou des connaissances spéciales en ce qui concerne la préparation de la solution eau-sucre-sel. L'on voit ici (de gauche à droite) le drapeau rouge et noir "bébé heureux" (46 x 105 cm) de la Gambie et le drapeau jaune et noir (45 x 59 cm) du Swaziland. (Medical and Health Department, The Gambia; Swaziland Ministry of Health; and CCCD)

B

(48) Enseigne de la maison de Kader—Indonesie

D'autres pays ont réalisé des enseignes en carton ou en métal. L'on voit ici une enseigne métallique (20 x 26 cm) qui identifie clairement la maison d'un "volontaire pour la survie de l'enfant" où l'on peut voir l'emblème en rouge et noir. (Government of Indonesia Department of Health).

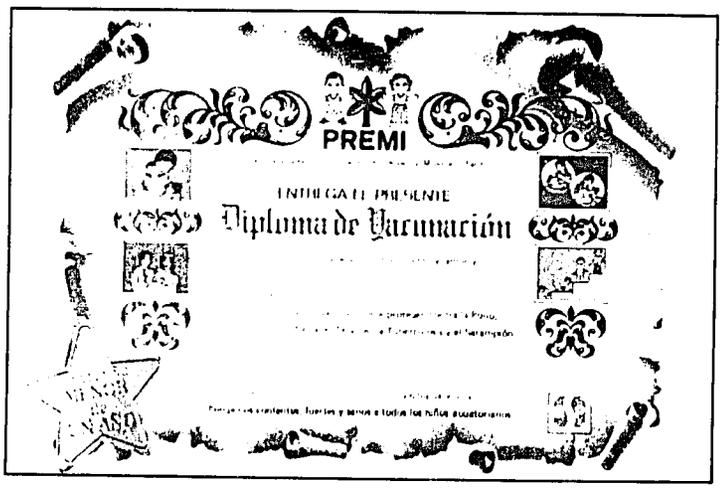
(49) Enseigne de SRO pour les pharmaciens—Indonesie

Dans les pays où les pharmaciens sont les principaux distributeurs des sels de réhydratation par voie orale, il est important d'avoir des affiches sur la disponibilité des SRO. L'on voit ici une simple affiche plastifiée entre rouge et noir (29 x 52 cm) annonçant la disponibilité d'un produit local lors de TRO, Oralit. (Government of Indonesia Department of Health)

MATERIEL MOTIVANT

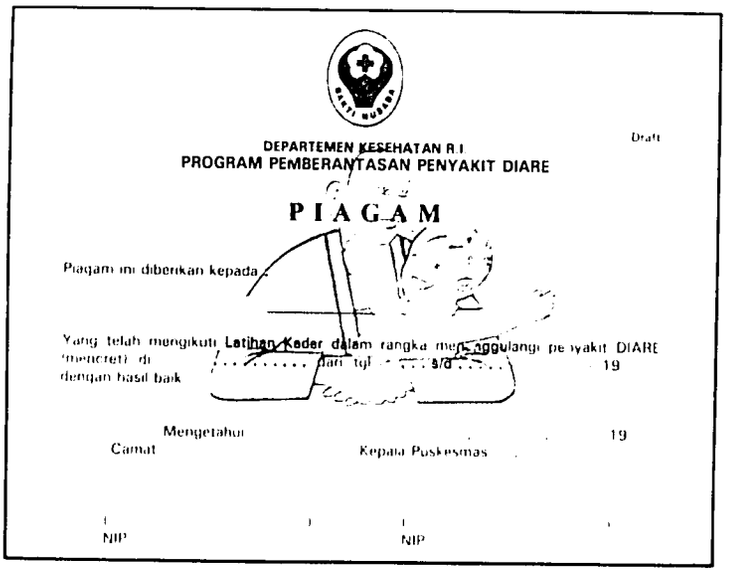
Un des problèmes au niveau de la promotion des produits et services pour la survie de l'enfant est leur prix relativement élevé aussi bien pour les consommateurs que les prestataires de service, généralement pas de manière pécuniaire mais souvent en terme de temps et d'effort. Les messages promotionnels sur les produits doivent faire appel à des concepts difficiles tels que l'absence de maladie ou la prévention de la déshydratation. Le matériel conçu comme recompense spécifique, immédiate et tangible pour le comportement peut être source de motivation.

(b)



(c)

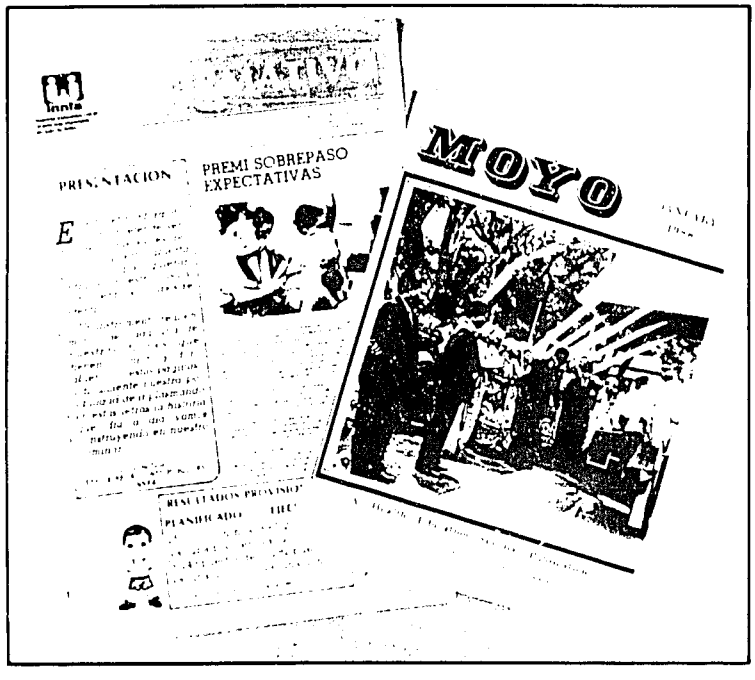
(a)



(50) Diplômes – Indonesie, Equateur

Une attestation de réussite est souvent très appréciée même si elle est faite de papier. L'on voit ici des diplômes de diverses sortes. A gauche, il s'agit d'un certificat donné aux agents de santé bénévole de l'Indonésie, indiquant qu'ils ont réussi la formation. En haut à droite, l'on voit un diplôme distribué aux mères qui ont suivi un cours radiophonique sur l'allaitement au sein en Equateur. En haut à gauche, un diplôme donné aux mères dont les enfants ont reçu toutes les vaccinations. L'étoile dorée indique que l'enfant a été vaccinné avant un an. Lorsque la promotion a démarré en Equateur, de nombreuses mères qui avaient déjà fait vacciner leurs enfants ont fait des kilomètres juste pour recevoir ce diplôme qui est très apprécié. (Government of Indonesia Department of Health, PREMI/Ecuador)

B



(51) Journeaux magazines—Equateur, Malawi

Les journaux et magazines à l'intention de groupes spécifiques peuvent être de sources de motivation et d'information pour des personnes qui autrement se sentiraient coupées de leurs collègues qui partagent leurs préoccupations. L'on voit ici des publications de l'Equateur (pour divers publics participant au programme PREMI) et du Malawi (pour les agents de santé). (PREMI/Ecuador; and Ministry of Health, Government of Malawi)

(52) Prix des concours—Gambie

Un certain nombre de prix simples et quelques uns plus chers ont permis de motiver la participation à un concours sur le mélange eau-sucre-sel et à la tombola en Gambie. Les mères qui savaient mélanger correctement la solu- tion ont reçu un gobelet d'un litre avec l'emblème du programme. Celles qui avaient récité les instructions pour l'administration de la solution ont également reçu un morceau de savon avec l'emblème. Les gagnants du grand prix ont reçu des magnétophones. Et les collectivités dont les femmes ont participé ont reçu des sacs de riz et de sucre. (Confer p. 99 pour des détails supplémentaires sur la tombola.) (Medical and Health Department, The Gambia)

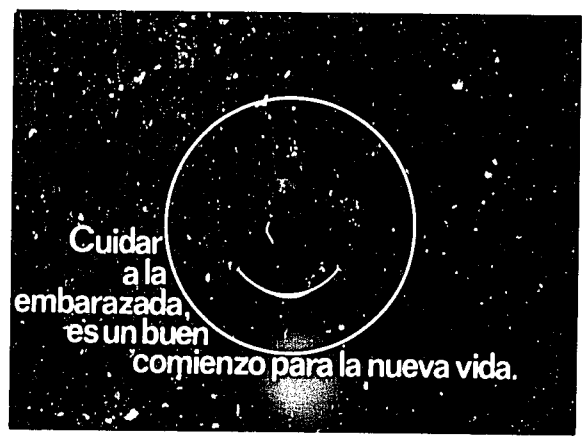
(53) Billets de tombola—Equateur

Des billets de tombola comme celui-ci ont été remis aux mères et aux agents de santé auxiliaire qui avaient suivi un cours radiophonique de sept semaines sur quatre thèmes de la survie de l'enfant. Les mères ont dû passer quatre examens et les agents de santé ont dû guider un nombre donné de mères pendant le cours. Les prix étaient des bourses d'études. Noter que l'emblème indiqué sur le billet est la première version de celui décrit à l'échantillon No. 43. (PREMI/Equateur)

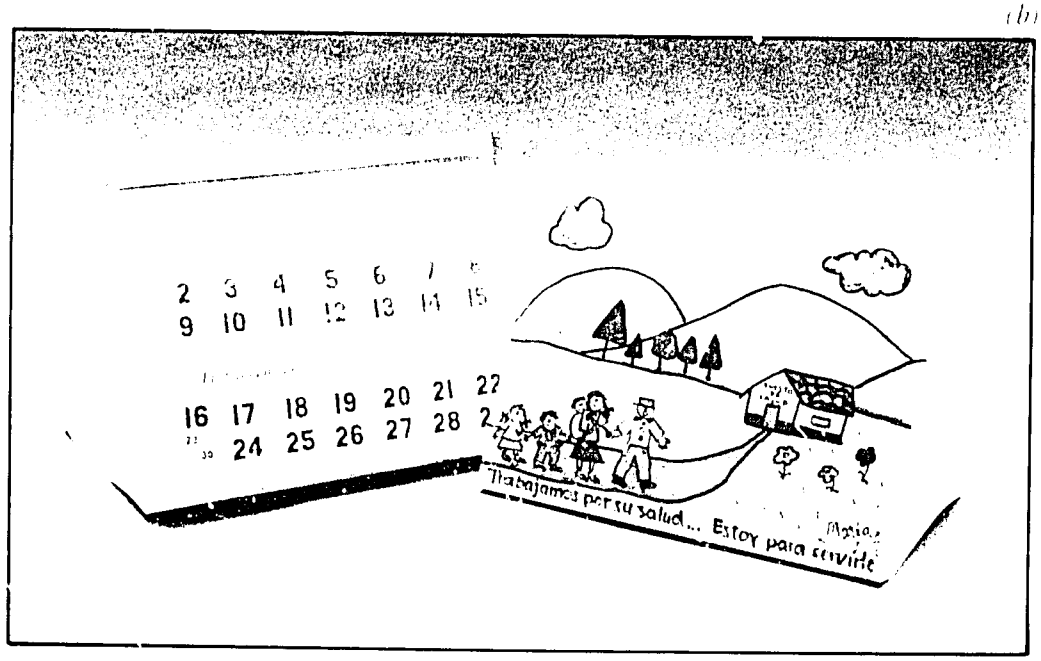
(54) Soins prénatals—Guatemala

Quelquefois de simples pense-bêtes changent tout. Sur la carte rouge avec le sourire (a) on peut lire "s'occuper d'une femme enceinte est un bon départ pour la nouvelle vie," et au verso "en plus, souriez-leur,". Au dos figurent également les quatre règles fondamentales pour les soins prénatals, et quatre règles pour la vaccination anti-tétanique. Le calendrier (b), avec un dessin d'enfant, montre les mois codés en couleur pour les cinq périodes où l'on prévoit d'importantes activités pour la survie de l'enfant. (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala)

(a)



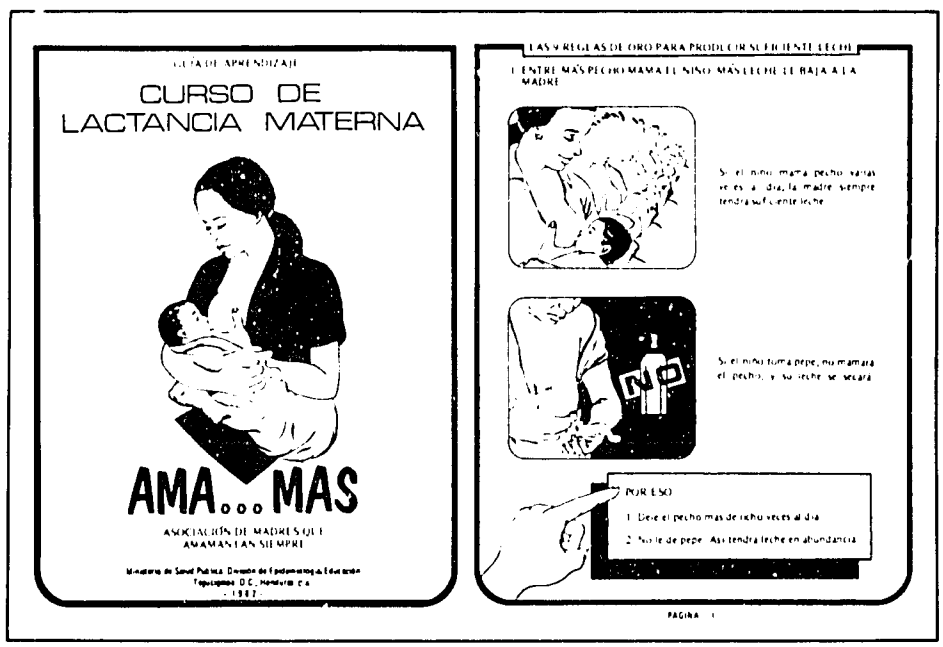
(b)



B

MEDIAS INTERACTIFS

L'impact des messages de communication peut être multiplié si l'on fait appel à une combinaison de médias, imprimé, radio, télévision, interpersonel—qui sont intégrés et interviennent de manière à se renforcer mutuellement. Les programmes radiophoniques peuvent développer les messages figurant sur les imprimés. De brèves annonces radiophoniques peuvent expliquer et encourager les efforts des agents de santé. De simples dépliants peuvent rappeler aux mères comment l'on identifie la maison d'un bénévole. Les annonces télévisées peuvent renforcer l'information donnée sur les affiches ou envoyées par la poste. Les apparitions personnelles des personalités publiques pendant les évènements communautaires peuvent renforcer les messages promotionnels communiqués par les autres médias. Chaque fois qu'un message est répété par l'intermédiaire d'un nouveau canal, son pouvoir et sa crédibilité s'en trouvent augmenté.



(55) Cours sur l'allaitement au sein—Honduras

(livret, programmes radiophoniques)

"Aimez . . . plus fort", a combiné neuf programmes radiophoniques hebdomadaire avec le livret présenté ici dans le but d'enseigner les "Neuf règles d'or de l'allaitement au sein." Les femmes ont reçu leur guide d'une infirmière de santé rurale ou d'un agent de santé communautaire et ont suivi le cours à la radio. Pendant le dixième programme, les mères ont rempli le test simple joint au guide. Toute mère qui a rapporté le test au centre de santé a reçu un diplôme. Le programme s'inscrivait dans le cadre d'une campagne sur l'allaitement au sein mise sur pied par le ministère de la santé du Honduras et PRO-ALMA, projet d'allaitement au sein dans le cadre des hôpitaux. (Ministerio de Salud Publica de Honduras)

(56) Instructions pour la solution eau-sucre-sel—Gambie

(imprimé, annonces radiophoniques, instruction face à face)

Les concepteurs de la communication en Gambie ont résolu les problèmes liés à un faible taux d'alphabétisation en faisant appel à l'interaction stratégique et au soutien mutuel de différents médias. Du matériel graphique, spécialement conçu, a été expliqué étape par étape à la radio. Les extraits de programme présentés ici donnent une information sur la manière de mélanger la solution eau-sucre-sel en se référant aux sections colorés différemment du dépliant sur le mélange. Les messages radiophoniques et les messages par imprimé ont été renforcés par une interaction intense face à face. Les infirmiers, les inspecteurs de la santé et les bénévoles de la communauté ont reçu une formation spéciale en préparation à la période intense. Les foyers de bénévoles ont été identifiés avec des drapeaux rouges. Là aussi, l'on a expliqué la signification des drapeaux rouges à la radio. La promotion a atteint son apogée lors d'un événement communautaire appelé "tombolat du bébé heureux." Le dépliant sur le mélange était un billet d'entrée à la tombola. (Medical and Health Department, The Gambia; Radio Gambia)

Annonce radiophonique: Mélangez la solution eau-sucre-sel

Présentateur: Ecoutez bien, j'ai une information EXTREMEMENT IMPORTANTE A VOUS COMMUNIQUER sur LA TOMBOLA DU BEBE HEUREUX. Vous les mères, est-ce-que vous avez un exemplaire de l'image sur les mélanges? Si oui, ayez cette image devant les yeux pendant que vous écoutez ce programme. Je vais vous dire comment utiliser l'image sur le mélange pour préparer correctement le mélange sucre-sel. C'ert UNE des choses qu'il vous faudra savoir pour faire partie de la tombola. Regardez le côté colorié de l'image sur le mélange. Est-ce-que vous pouvez voir le bol propre du mélange tout en bas de l'image? Voila comment vous commencez. Avec un bol de mélange PROPRE. Maintenant les images coloriés vous disent ce qu'il faut mettre dans le bol pour préparer correctement le mélange. L'image ROUGE vous dit d'ajouter trois bouteilles Julpearl d'eau PROPRE. La bouteille Julpearl doit être remplie JUSQU'AU BORD chaque fois. L'image JAUNE vous dit d'ajouter une capsule de bouteille de Julpearl de sel. L'image BLEUE d'ajouter huit capsules de Julpearl de sucre. A présent retourner l'image, l'autre côté vous pouvez vois un bâtonnet pour égaliser les capsules de sucre et de sel. Voila la manière correcte de mesurer le sucre et le sel. Une CAPSULE de Julpearl de sel et huit CAPSULES de Julpearl de sucre. Lorsque vous avez mis le sucre et le sel dans l'eau, vous remuez jusqu'à ce qu'il soit complètement dissous. ET RAPPELEZ VOUS si vous utilisez du gros sel ou des morceaux de sucre, vous devez les écrasez avant de les ajouter à l'eau. Savoir comment préparer correctement le mélange est une chose qu'il faut connaitre si vous voulez être un des gagnants de la TOMBOLA DU BEBE HEUREUX.

B

(57) Cours sur la survie—Equateur

(livrets, programmes radiophoniques, séances d'apprentissage de groupe)

Un cours radiophonique de sept semaines a été conçu à l'intention des personnes qui s'occupent des enfants de moins de cinq ans dans les zones rurales et les zones urbaines déshéritées. Les programmes de 20 minutes étaient diffusés tous les jours et commençaient par une épisode de huit minutes d'un feuilleton traitant des thèmes de la survie de l'enfant. Les participants sérieux pouvaient obtenir une série de dix guides (montré ici) auprès d'une aide infirmière locale, et pouvaient se joindre aux séances d'études de groupes d'hebdomadaires. Les mères qui faisaient les exercises quotidiens, suivaient les reunions hebdomadaires, et passaient une série de quatre tests sur les différents thèmes du programme ont reçu des diplômes et un billet d'entrée à une lotterie nationale où on pouvait gagner des bourses d'études pour leurs enfants. Les aides infirmières ont suivi deux jours de formation en préparation au programme et ont reçu leur propre guide. Les infirmières qui ont inscrit au minimum huit mères et en ont fait passer quatre pouvaient également participer à la lotterie pour obtenir des bourses de formation continue. (PREMI/Equateur)

(58) Stage de formation pour la survie de l'enfant—Malawi

(Livrets, cassettes de magnétophone, séances d'apprentissage de groupe)

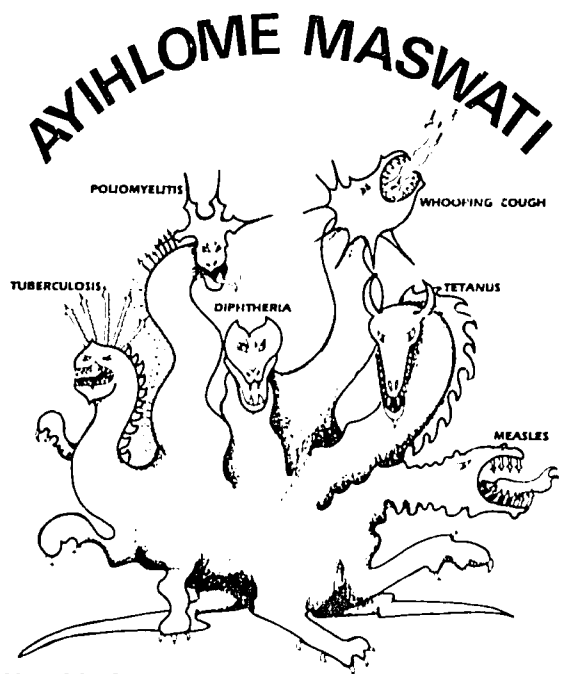
Un cours de formation pour les agents de santé au Malawi traite les quatre priorités nationales en matière de survie de l'enfant: paludisme, nutriton, TRO et PEV. Le cours se destine aux agents des santé, leurs superviseurs, et vise à améliorer leurs aptitudes pédagogiques et compétences de communication avec les mères. Les cassettes de magnétophone se consacrent différents domaines couverts. Un ensemble traite surtout des aspects techniques du sujet, un second ensemble des stratégies de communication et un troisième de la planification de leçons d'éducation sanitaire. Les cassettes offrent divers d'exercices pour l'apprentissage en groupe. Deux types de guides de formation accompagnent les cassettes—l'un a l'intention des agents de santé, et l'autre pour les superviseurs. (Ministry of Health, Government of Malawi; CCCD)

(59) Cours de PEV pour les enfants—Swaziland

(Manuel de travail, programmes radiophoniques, instruction face à face)

Le manuel présenté ici a été utilisé pour les étudiants en cinquième et sixième années d'étude, conjointement avec huit programmes radiophoniques diffusés pendant la journée scolaire. Les leçons ont été soigneusement structurées pour apporter des indications aussi bien aux enfants qu'aux instructeurs. Certaines instructions demandaient des réponses orales, d'autres des réponses écrites. Les programmes radiophoniques étaient coupés par des histoires telles que celles présentées ci-dessus par "Uncle Elijah." Un atelier préliminaire de trois semaines a expliqué le programme aux infirmiers des écoles, aux motivateurs des zones rurales et aux responsables du service d'éducation sanitaire du ministère. (Swaziland Ministry of Health, Swaziland Production and Information Services).

Name _____
Grade: _____ **School:** _____



Use this Workbook with the Radio Programmes.
Do the exercises. Colour the pictures.
Learn to protect Swaziland from
the SIX KILLER DISEASES.
Share this workbook with your family.

Histoire de "Oncle Elijah" racontée à la radio

C'était le début de l'hiver et il faisait déjà froid. Généralement, il ne pleut pas à cette saison mais ce jour là il a plu.

Bongie, une enfant allant à l'école, pensait que c'était une petite pluie et à sa surprise la pluie a continué à tomber pendant deux jours. Il faisait si froid et humide que l'on a dit à Bongie et aux autres enfants de ne pas aller à l'école. De nombreux bébés sont tombés malades. Ils toussaient et éternuaient. Le petit frère de Bongie lui aussi toussait et éternuait. C'était triste pour les parents qui essayent si dur de garder leur bébé en bonne santé.

Malgré le froid et l'humidité, c'était jour de vaccination pour la plupart des enfants. Nombreux d'entre eux toussaient et éternuaient, mais il fallait les vacciner. Il y avait une longue file d'attente de mères et de pères avec des bébés qui voulaient voir les infirmiers.

Une des infirmières distribuait un carnet aux familles qui attendaient. Bongie voulait voir ce qu'était la carte. Le tour de sa mère arriva et on lui donna une carte ... (etc.)

Previous Page Blank

C

REFERENCES DE METHODOLOGIE CHOISIES

Anthropologie médicale

Ademuwagun, Z. A., John A. A. Ayoade, Ira E. Harrison, and Dennis M. Warren, eds. *African Therapeutic Systems*. Los Angeles: Crossroads Press, 1979.

Brownlee, Ann Templeton. *Community, Culture, and Care*. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1978.

Fabrega, Horatio, Jr., and D. Silver. *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan*. Stanford: Stanford University Press, 1973.

Foster, George, and Barbara Anderson. *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons, 1978.

Good, Charles M. *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: Guilford Press, 1987.

Janes, Craig, Ron Stall, and Sandra M. Gifford. *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company, 1986.

Janzen, John. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press, 1978.

Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

Landy, David, ed. *Culture, Disease and Healing*. New York: Macmillan Co., 1977.

Romanucci-Ross, Lola, D. Moerman, and L. Tancredi, eds. *The Anthropology of Medicine*. South Hadley, MA: J.F. Bergin Publishing, 1983.

Yoder, P. Stanley, ed. *Health and Healing Systems in Africa*. Los Angeles: Crossroads Press, 1982.

Marketing Social

Andreasen, Alan R. "Nonprofits: Check your Attention to Customers." *Harvard Business Review* (May-June 1982): 105-110.

Bloom, Paul, and William D. Novelli. "Problems and Challenges in Social Marketing." *Journal of Marketing* (Spring 1981): 79-88.

Fine, Seymour H. *The Marketing of Ideas and Social Issues*. New York: Praeger Publishers, 1981.

Israel, Ronald C., Dennis Foote, and Janet Tognetti. *Operational Guidelines for Social Marketing Projects in Public Health and Nutrition*. Nutrition Education Series, issue 14. Paris: Nutrition Education Programme, UNESCO, 1987.

Fox, Karen F.A., and Philip Kotler. "The Marketing of Social Causes: The First 10 Years." *Journal of Marketing* (Fall 1980): 24-33.

Frederikson, Lee W., Laura J. Solomon, and Kathleen A. Brehony, eds. *Marketing Health Behavior: Principles, Techniques, and Applications*. New York and London: Plenum Press, 1984.

Kotler, Philip, and Alan R. Andreasen. *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1987.

Kotler, Philip, and Gerald Zaltman. "Social Marketing: An Approach to Planned Social Change." *Journal of Marketing* (July 1971): 3-12.

Kotler, Philip, and Sidney J. Levy. "Broadening the Concept of Marketing." *Journal of Marketing* (January 1969): 10-15.

Lovelock, Christopher H., and Charles B. Weinberg. *Marketing for Public and Nonprofit Managers*. New York: John Wiley, 1984.

Roth, Robert F. *International Marketing Communications*. Chicago: Crain Books, 1982.

Rothschild, Michael L. "Marketing Communication in Nonbusiness Situations: or Why it's so Hard to Sell Brotherhood Like Soap." *Journal of Marketing* (Spring 1979): 11-20.

Schultz, Don E., Dennis Martin, and William P. Brown. *Strategic Advertising Campaigns*. Lincolnwood, IL: Crain Books, 1984.

Rechereche formative et recherche préliminaire

Baker, Robert L., and Richard E. Shutz, eds. *Instructional Product Development*. New York: Van Nostrand Reinhold Co., 1971.

Bellenger, Danny N., Kenneth L. Bernhardt, and Jack L. Goldstucker. *Qualitative Research in Marketing*. American Marketing Association Monograph Series, no. 3. Chicago: American Marketing Association, 1976.

Bertrand, Jane T. *Communications Pretesting*. Chicago: Communications Laboratory, Communication and Family Study Center, University of Chicago, 1976.

Breen, George Edward, and A.B. Blankenship. *Do-It-Yourself Marketing Research*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1982.

Ferber, Robert, ed. *Handbook of Marketing Research*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1974.

Fielding, Nigel G., and Jane L. Fielding. *Linking Data*. Qualitative Research Methods Series. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1986.

Krueger, Richard A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research.* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.

National Cancer Institute. *Making PSAs Work.* Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, 1984.

National Cancer Institute. *Pretesting in Health Communications.* Bethesda: U.S. Department of Human Services, 1984.

Patton, Michael Quinn. *Qualitative Evaluation Methods.* Beverly Hills and London: Sage Publications, 1980.

Spradley, James P. *The Ethnographic Interview.* New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

Wilbert, Johannes, ed. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness.* University of California at Los Angeles, Latin American Studies, vol. 65 Los Angeles: UCLA Latin American Center Publications, University of California, 1987.

Mass media et communication

Bruno, Michael, ed. *Pocket Pal: A Graphic Arts Production Handbook.* New York: International Paper Company, 1983.

Clearinghouse on Development Communication. *Interactive Radio Instruction Handbook: A Guide to Planning and Implementation.* Washington, DC: Academy for Educational Development, 1988.

Diarrhoeal Diseases Control Programme. *Communication: A Guide for Managers of National Diarrhoeal Disease Control Programmes.* Geneva: Diarrhoeal Diseases Control Programme, World Health Organization, 1987.

Fussel, Haaland D. *Communicating with Pictures in Nepal.* New York: UNICEF, 1976.

Kleper, Michael. *Everything You Always Wanted to Know About In-plant Phototypesetting in Less than One Hour.* Wilmington, MA: Compugraphic Corporation, 1979.

McBean G., N. Kaggwa, and J. Bugember. *Illustrations for Development.* New York: UNICEF, 1980.

Minor, Ed, and Harvey R. Frye. *Techniques for Producing Visual Instructional Media.* New York: McGraw-Hill Book Co., 1977.

Munce, Howard. *Graphics Handbook.* Cincinnati, OH: North Light Publishers, 1983.

Rice, Ronald E., and William J. Paisley, eds. *Public Communication Campaigns.* Beverly Hills and London: Sage Publications, 1981.

Roman, Kenneth, and Jane Maas. *How to Advertise.* New York: St. Martin's Press, 1976.

Surmanek, Jim. *Media Planning, a Quick and Easy Guide.* Chicago: Crain Books, 1980.

Weilbacher, William M. *Choosing an Advertising Agency.* Chicago: Crain Books, 1983.

Zeitlyn, Jonathan. *Low Cost Printing for Development.* New Delhi: Cendit, 1982.

Zimmerman, Margot, and G.W. Perkin. *Print Materials for Nonreaders: Experiences in Family Planning and Health.* PIACT paper no 8. Seattle: PIACT PATH, 1982.

Formation et analyse comportementale

Baer, D.M., M.M. Wolf, and T.R. Risley. "Some Current Dimensions of Applied Behavior Analysis." *Journal of Applied Analysis* 1 (1968): 91-97.

Catania, Charles A., and Thomas A. Brigham, eds. *Handbook of Applied Behavior Analysis.* New York: Irvington Publishers, 1978.

Hersen, M., and D.H. Barlow. *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change.* New York: Pergamon Press, 1976.

Holland, James G., C. Solomon, J. Doran, and D. Frezza. *The Analysis of Behavior in Planning Instruction.* Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Co., 1976.

Holland, James G., and B.F. Skinner. *The Analysis of Behavior.* New York: McGraw-Hill Book Co., 1961.

Kanfer, Frederick H., and George Saslow. "Behavioral Diagnosis." Chap. 12 in *Behavior Therapy: Appraisal and Status,* ed. Cyril M. Franks, 417-444. New York: McGraw-Hill Book Co., 1971.

Kratochwill, T.R., ed. *Single Subject Research: Strategies for Evaluating Change.* New York: Academic Press, 1978.

Lynton, Rolf R., and Udai Pareek. *Training for Development.* West Hartford, CN: Kumarian Press, 1978.

Miller, K. *Principles of Everyday Behavior Analysis.* Belmont, CA: Brooks/Cole, 1980.

National Council for International Health. *The Training and Support of Primary Health Care Workers.* Washington, DC: National Council for International Health, 1981.

PRITECH Project. *Talking with Mothers About Diarrhea: A Workshop for Physicians.* (A two-part manual.) Arlington, VA: Management Sciences for Health, 1988.

Rogers-Warren, A., and S.F. Warren, eds. *Ecological Perspectives in Behavior Analysis.* Baltimore: University Park Press, 1977.

Shelton, J., and R. Levy. *Behavioral Assignments and Treatment Compliance.* Champaign, IL: Research Press, 1981.

Springer, B., T. Brown, and P.K. Duncan. "Current Measurement in Applied Behavior Analysis." *The Behavior Analyst* 4 (1981): 19-31.

Werner, David, and Bill Bower. *Helping Health Workers Learn.* Palo Alto, CA: Hesperian Foundation, 1982.

C

Planification et gestion de programme

Clay, Robert M., and Wayne S. Stinson. *Information for Management of Primary Health Care.* Geneva: World Federation of Public Health Associations, 1984.

Crocker, Olga, S. Charney, and J. Chiu. *Quality Circles: A Guide to Participation and Productivity.* New York: New American Library, 1984.

Green, Lawrence W., Marshall W. Kreuter, Sigrid G. Deeds, and Kay B. Partidge. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach.* Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Co., 1980.

King, Patricia. *Performance Planning and Appraisal, a How-to Book for Managers.* New York: McGraw-Hill, 1984.

Mager, Robert F. *Preparing Instructional Objectives.* 2nd ed. Belmont, CA: C.S. Fearon Publishers, 1975.

Programme for the Control of Diarrheal Diseases. *Manual for Planning and Evaluation of National Diarrheal Diseases Control Programmes.* Geneva: World Health Organization, 1984.

Peters, Thomas J., and R. Waterman. *In Search of Excellence.* New York: Warner Books, 1982.

PRITECH Project. *Manual for Assessment and Planning of National ORT Programs.* Arlington, VA: Management Sciences for Health, 1985.

Sheth, Jagdish N., and Peter L. Wright, eds. *Marketing Analysis for Societal Problems.* Chicago: University of Illinois, 1974.

Shimp, Terrence A., and Wayne M. Delozier. *Promotion Management and Marketing Communications.* New York: Dryden Press, 1985.

Well, Stuart. *Instructional Technology in Developing Countries, Decision Making Processes in Education.* New York: Praeger Publishers, 1976.

Evaluation finale

Alreck, Pamela L., and Robert B. Settle. *The Survey Research Handbook.* Homewood, IL: Richard D. Irwin, 1985.

Babbie, Earl. *Survey Research Methods.* Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co., 1973.

Cook, Thomas D., and Donald Campbell. *Quasi-Experimentation.* Chicago: Rand McNally, 1979.

Rosenberg, Morris. *The Logic of Survey Analysis.* New York: Basic Books, 1968.

Suchman, Edward A. *Evaluative Research.* New York: Russell Sage Foundation, 1967.

Sudman, Seymour. *Applied Sampling.* New York: Academic Press, 1976.

Sudman, Seymour, and Norman Bradburn. *Asking Questions: A Practical Guide to Questionnaire Design.* San Francisco and London: Jossey-Bass Publishers, 1982.

Weiss, Carol H. *Evaluation Research: Methods of Assessing Program Effectiveness.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.

C

DOCUMENTS DE PROJET CHOISIS

Mass media et pratiques sanitaires (MMHP)

Communication pour la survie de l'enfant (HEALTHCOM)

Rapports finals, rapports spéciaux, et documents d'évaluation

Andreasen, Alan R. *Social Marketing: Its Potential Contribution in the Public Sector.* HEALTHCOM Project special report series. Washington, DC: Academy for Educational Development, 1988.

Annenberg School of Communications. *HEALTHCOM Project Evaluation Plans.* Vol. 1. Philadelphia: Annenberg School of Communications, University of Pennsylvania, 1988.

Applied Communication Technology. *The Mass Media and Health Practices Evaluation in Honduras: A Report of the Major Findings.* Stanford: Stanford University, June 1985.

Evaluacion del Proyecto de Comunicacion Masiva Aplicada a la Salud Infantil (PROCOMSI) en Honduras: Informe Sobre los Principales Halizgos. (Traduction espagnole du manuel précédemment cité.)

Applied Communication Technology. *Plan for Further Analysis of the Data Sets from Honduras and The Gambia.* Menlo Park, CA: Applied Communication Technology, June 1986.

Baume, Carol. *Preliminary Report on the Results from the 1987 Resurvey in Honduras.* Menlo Park, CA: Applied Communication Technology, February 1987.

Debus, Mary. *Handbook for Excellence in Focus Group Research.* HEALTHCOM Project special report series. Washington, DC: Porter/Novelli, 1988.

Un Seminaire sur la Recherche Qualitative. (Traduction française du manuel précédemment cité.)

Green, Edward. "Anthropology in the Context of a Water-Borne Disease Control Project." Chap. 7 in *Practicing Development Anthroplogy.* Boulder and London: Westview Press, 1986.

HEALTHCOM Project. *Field Notes: Communication for Child Survival.* Washington, DC: Academy for Educational Development, October 1985.

HEALTHCOM Project. *Lessons from Five Countries.* Washington, DC: Academy for Educational Development, October 1985.

HEALTHCOM Project. *Leçons Tirées De Cinq Pays.* (Traduction française du manuel précédemment cité).

HEALTHCOM Project. *Lecciones Sacadas De Cinco Paises.* (Traduction espagnole du manuel précédemment cité.)

HEALTHCOM Project. *Notes from the Field.* Vol. 1. Washington, DC: Academy for Educational Development, 1989.

HEALTHCOM Project. *Reports of Health Practice Studies.* Vol. 1. Washington, DC: Academy for Educational Development, 1988.

Hornik, Robert, Jeffrey McDowell, Reynaldo Pareja, and José Romero. *Communication and Health Literacy: Evaluation of the Peru Program, 1984-1985.* Philadelphia: Annenberg School of Communication, University of Pennsylvania, June 1987.

Hornik, Robert, Pamela Sankar, et al. *Communication for Diarrheal Disease Control: Evaluation of the Swaziland Program 1984-1985.* Philadelphia: Annenberg School of Communications, University of Pennsylvania, February 1986.

McDivitt, Judith A., and J. Douglas Storey. *Patterns and Persistence of ORT Use During Intensive Campaigns in Honduras and The Gambia.* HEALTHCOM Project special report series. Menlo Park, CA: Applied Communication Technology, 1988.

Martorell, Reynaldo, Dennis Foote, and Carl Kendall. "Health Education as a Strategy for Improving the Management of Diarrhoea." *Proceedings of the XIII International Congress of Nutrition,* edited by T.G. Taylor and N.K. Jenkins, 119-123. London and Paris: John Libbey, 1986.

Mata, José Ignacio. *ORT PLUS: Combining Themes in Public Health Communication — A Final Report of the Honduras Primary Health Care Communication Project.* Tegucigalpa: HEALTHCOM Project, December 1985.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Participacion Comunitaria en el Control de Enfermedades Diarreicas Ecuador.* Quito: Ministerio de Salud Pública, Secretaria para el Desarrollo Rural Integral, 1984.

Communications and Community Participation in the Control of Diarrheal Diseases in Ecuador. (Traduction anglais du manuel précédemment cité.)

Minsterio de Salud Pública de Honduras. *Integrando Temas en la Educacion Para la Salud: Una Experiencia de Honduras.* Tegucigalpa: División de Educación del Ministerio de Salud, December 1986.

C

de Montero, Martha Lopez. *Final Report, Clinical Training Project for Administration of Oral Rehydration Therapy, Program of Prevention and Control of Diarrheal Diseases (PRECED) Mexico.* Mexico City: HEALTHCOM Project: June 1987.

Vigano, Oscar. *Communication, Community, and Health: A Final Report of the Honduras Water and Sanitation Communication Program.* Tegucigalpa: HEALTHCOM Project, December 1985.

Articles, documents, et lectures choisis

Brown, Mark Malloch, ed. "From Aidmen to Admen." *The Economist* (March 1985): 9-10.

Green, Edward C. "Traditional Healers, Mothers, and Childhood Diarrheal Disease in Swaziland: The Interface of Anthropology and Health Education." *Social Science and Medicine* 20, no. 3 (1985): 277-285.

Kendall, Carl, Dennis Foote, and Reynaldo Martorell. "Anthropology, Communications, and Health: The Mass Media and Health Practices Program in Honduras." *Human Organization* (Journal of the Society for Applied Anthropology) 42, no. 4 (Winter 1983): 353-360.

Meyer, Anthony J., Clifford H. Block, and Donald C.E. Ferguson. "Teaching Mothers Oral Rehydration." *HORIZONS* 2 (April 1983): 14-20.

Rasmuson, Mark. "Getting the Message Across the Airwaves." *Africa Health* 5, no. 6 (August/September 1983): 33-34.

Rasmuson, Mark, and Nigel Taylor. "Power Food." *Diarrhoea Dialogue* (AHRTAG, London) 15 (November 1983): 2.

Saunders, Susan, and William A. Smith. "Social Marketing: Two Views, Two Opportunities." *Development Communication Report* (Academy for Educational Development) 47 (Autumn 1984): 1-2.

Shimp, Terence A. and M. Wayne DeLozier. "Teaching Mothers Oral Rehydration Therapy." In Chapter 23, "Integrated Marketing Communications and Promotion Programs," in *Promotion Management and Marketing Communications.* New York: Dryden Press, 1986: 569-582.

Smith, William A. "Beyond Slogans: A Serious New Role for Radio." *Development Communication Report* (Academy for Educational Development) 37 (March 1982): 2-3.

Smith, William A. "Happy Baby Lottery—Popularizing ORT in The Gambian Villages." *UNICEF Project Support Communications Newsletter* 7, no. 1 (April 1983): 1 and 5.

Smith, William A. "Promoting ORT: Integrating Mass Media, Print and Visual Aids." *Diarrhoea Dialogue* (AHRTAG, London) 14 (August 1983): 5.

Smith, William A. "Women in Radio: Getting the Oral Rehydration Message to Rural Mothers." *International Exchange News* 27, no. 2 (Spring 1983).

Smith, William A., and Barbara Furst. "The Role of Communication in Reducing Infant Mortality Due to Diarrhea-Related Dehydration." *International Pediatrics* (Journal of the Miami Children's Hospital) 1, no. 2 (April-June 1986): 120-122.

Zelaya, J.E., J.I. Mata, and Elizabeth Mills Booth. "Bridging the Communications Gap." *Assignment Children* 69, no. 72 (1986): 443-454.

Documentation audiovisuelle choisie

HEALTHCOM Project. *Annonces radiophoniques choisies du projet HEALTHCOM.* (Cassettes de magnétophone.) Washington, DC: Academy for Educational Development, 1988.

HEALTHCOM Project. *Annonces télévisées choisies du projet HEALTHCOM.* (Bande vidéo.) Washington, DC: Academy for Educational Development, 1988.

Pan American Health Organization. *Miriam: El uso Exitoso de la Terapia de Rehidratación Oral.* (Bande vidéo.) Mexico City: Pan American Health Organization and the Academy for Educational Developement, 1987.