



ETUDE DE CAS IGN

**COMMUNIQUER
POUR AMELIORER
LE COMPORTEMENT
NUTRITIONNEL,
MOTIVER LE
PUBLIC A AGIR:
UN DEFI**

**Margaret Parlato
Cynthia Green
Claudia Fishman**

**Conférence Internationale
sur la Nutrition
Rome, décembre 1992**

**Nutrition Communication
Project
Academy for Educational
Development
1255 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037**

A l'origine ce document a été publié en anglais et présenté à la Conférence Internationale sur la Nutrition organisée conjointement par l'OMS et la FAO à la FAO à Rome en Décembre 1992. Cette version française a été préparée par L'Académie pour le Développement de l'Education, et la FAO décline toutes responsabilités.

0 632 34
006441 5

**Communiquer pour améliorer le comportement nutritionnel :
le défi de la motivation chez le public**

Cette étude de cas a été présentée à la Division de la Politique alimentaire et de la Nutrition de la FAO pour la Conférence Internationale sur la Nutrition. L'étude suivante a été préparée en 1992 par Margaret Parlato, Cynthia Green et Claudia Fishman de l'Académie pour le Développement de l'Education avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International.

**Conférence Internationale sur la Nutrition
Rome, Décembre 1992.**

TABLE DES MATIERES

Résumé analytique		i
I.	Introduction	1
II.	Le défi de la communication nutritionnelle	1
	A. La signification sociale de l'alimentation et la notion scientifique de nutrition	1
	B. Des paradigmes changeants : Du changement de connaissances au changement de comportement	3
III.	Marketing social : Un cadre au changement	4
	A. La philosophie du marketing	4
	B. L'approche du marketing	5
	C. La gestion du marketing	5
	D. Le modèle du processus de communication	9
	E. Nouveau terrain pour le marketing social de la nutrition : mobilisation sociale	16
IV.	Principales interventions de communication nutritionnelle et leur impact	18
	A. Programmes visant à influencer les consommateurs et ceux qui s'occupent des enfants	18
	B. Programmes dirigés vers les décideurs	26
V.	Leçons synthétisées à partir de ces expériences	27
VI.	Questions finales pour les planificateurs des programmes	36
VII.	Conclusions	40
	BIBLIOGRAPHIE	41

FIGURES :

Figure 1	Le modèle du processus de communication	9
Encadré 1	Volets d'un plan opérationnel	12
Encadré 2	Combinaison médiatique : Exemple de la Thaïlande	30
Figure 2	Séquence des messages dans le temps : Exemple du Honduras	36

ETUDE DE CAS CIN

Communiquer pour améliorer le comportement nutritionnel : le défi de la motivation chez le public

Résumé analytique

Ces vingt dernières années, les spécialistes de la communication ont participé aux efforts permettant de changer et d'améliorer le comportement nutritionnel des populations. Ils ont utilisé des techniques de communication efficaces s'inspirant du marketing et des sciences comportementales pour comprendre les comportements nutritionnels dans leur contexte social plus général. Cette connaissance se fonde sur la participation communautaire à tous les aspects de la recherche préliminaire, de l'élaboration de messages et du prétest.

La communication nutritionnelle a surtout été efficace lorsque ses réalisateurs ont

- ◆ isolé un petit nombre de comportements spécifiques jouant un rôle important au niveau de l'état nutritionnel du groupe bénéficiaire
- ◆ proposé de petits changements comportementaux offrant par là un choix réaliste vu les limites de temps et de coût des ménages et de la communauté en général
- ◆ élaboré différents messages pour chacun des groupes qui influencent ou concernent le bénéficiaire visé en utilisant des porte-parole, des images, des sons et des mots revêtant le plus de sens pour chaque groupe
- ◆ communiqué ces messages de manière vivante et pendant assez longtemps pour que les idées s'installent dans la conversation "normale"—et par la suite dans le comportement—aux niveaux individuel ou communautaire.

Les faits sont là pour nous montrer que la communication nutritionnelle peut *enseigner* aux gens des comportements bénéfiques, peut *les aider à acquérir les compétences nécessaires* et peut les *motiver* à apporter des changements dans leur style de vie. Les programmes qui ont utilisé des approches centrées sur le public ont eu un effet positif sur l'état nutritionnel même chez les groupes à faible revenu. La majorité de ces programmes utilisent une approche de marketing social ou de mobilisation sociale s'appuyant sur un processus bien défini pour élaborer leur stratégie de communication.

La plupart des programmes de communication nutritionnelle sont axés sur les consommateurs ou ceux qui s'occupent des enfants, les influençant pour qu'ils améliorent les pratiques alimentaires des nourrissons et des enfants, pour qu'ils soutiennent l'allaitement au sein et combrent les carences en vitamine A et autres micronutriments. Un petit nombre de programmes ont cherché

tout spécialement à renforcer la confiance chez le consommateur en ses propres capacités et à influencer d'autres personnes au sein du ménage ou de la communauté à ré-affecter les ressources et à venir à bout d'autres contraintes au changement. Les thèmes de ces efforts "indirects" consistent notamment à encourager les maris ou d'autres membres de la communauté à fournir un soutien sous forme monétaire, de travail, de temps ou d'attitudes pour permettre à un bénéficiaire primaire de réaliser l'action nutritionnelle en question. Les autres nouvelles tendances sont notamment le marketing social des produits et le travail avec des agents communautaires pour leur apprendre à mieux écouter et à mieux poser les questions. Les programmes qui utilisent des approches indirectes pour motiver la communauté à changer son comportement nutritionnel, qui mettent de nouveaux produits sur le marché ou qui insistent sur le rôle des agents communautaires au niveau de la résolution de problèmes n'ont pas encore mesuré l'impact nutritionnel mais les évaluations des comportements semblent riches de promesses.

Neuf généralisations peuvent être faites par le biais d'une analyse des programmes de communication nutritionnelle qui ont déjà démontré un impact :

1. Une recherche approfondie est nécessaire pour mettre sur pied une stratégie efficace de communication.
2. Les campagnes et produits de communication nutritionnelle les plus efficaces se basent sur les préférences des consommateurs.
3. Les comportements spécifiques axés sur l'action ont les meilleures chances d'être adoptés.
4. Identifier et atteindre d'autres groupes cibles influents peut s'avérer critique pour influencer le public cible primaire.
5. Les dirigeants et les réseaux communautaires représentent souvent une filière efficace pour encourager la recherche de solutions aux problèmes nutritionnels.
6. Un contact fréquent et direct au message est chose capitale.
7. Les canaux interpersonnels et médiatiques doivent être évalués pour voir s'ils arrivent à atteindre un nombre suffisant des membres du public cible, avec une fréquence suffisante—pour avoir un impact. La plupart des programmes nécessitent une combinaison de media interpersonnels et de mass media pour être efficaces.
8. Les agents communautaires doivent recevoir une formation portant sur l'aptitude aux conseils et à la communication et doivent être supervisés régulièrement.
9. Des efforts à long terme doivent être déployés pour maintenir le changement de comportement.

Les décideurs, les représentants officiels du gouvernement, les responsables des programmes et d'autres dirigeants peuvent faire beaucoup pour renforcer les programmes de communication nutritionnelle. Il serait bon que ces planificateurs :

- 1. Accordent à la communication nutritionnelle une plus haute priorité et des ressources suffisantes, tout particulièrement au niveau des responsables de programme et des éducateurs sanitaires.**
- 2. Relient les interventions nutritionnelles à d'autres programmes sanitaires et de développement socio-économique.**
- 3. Mettent les programmes en place progressivement en se concentrant sur quelques interventions nutritionnelles et des comportements spécifiques qui ont un impact nutritionnel important.**
- 4. Utilisent une approche pluridisciplinaire pour diagnostiquer les problèmes de nutrition et planifier les interventions.**
- 5. Fassent appel aux universités, aux agences publicitaires et à d'autres groupes disposant de l'expertise qu'ont rarement des organisations gouvernementales et de développement.**
- 6. Se concentrent, lors des décisions budgétaires, sur des coûts renouvelables minimales par bénéficiaire et non sur des coûts importants au moment du démarrage.**
- 7. Prévoient des délais suffisants et assurent un engagement à long terme du personnel et des autres ressources afin d'arriver à un changement durable dans le comportement.**
- 8. Se rappellent que la communication n'est qu'une partie de la solution et qu'il faudra une collaboration intersectorielle et un engagement au niveau des ressources pour assurer la sécurité alimentaire des ménages si l'on veut mettre en place des programmes de nutrition efficaces au niveau national.**

ETUDE DE CAS CIN

Communiquer pour améliorer le comportement nutritionnel : le défi de la motivation chez le public

I. Introduction

Ce document cherche à fournir des directives aux décideurs et aux administrateurs de programme ainsi qu'aux spécialistes de la nutrition et de la santé qui veulent utiliser la communication pour influencer le comportement nutritionnel dans des pays en développement. Il récapitule des caractéristiques courantes de programmes efficaces de communication nutritionnelle, décrit les modèles de marketing social et de communication, souligne les grandes interventions de communication nutritionnelle qui ont eu un impact positif, extrait certaines des grandes leçons tirées de ces expériences et conclut par des questions spéciales proposées aux décideurs. Le document a été rédigé à la demande de l'Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture en tant qu'étude de cas pour la Conférence internationale sur la Nutrition (CIN).

Ce document a été préparé grâce à une aide de l'Office de la Nutrition, Bureau de la Recherche et du Développement de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) dans le cadre du Projet de Communication nutritionnelle (NCP) mis en œuvre par l'Académie pour le Développement de l'Education dans le cadre du contrat no. DAN-5113-Z-00-7031-00. Le projet applique les techniques de communication et de marketing social les plus récentes aux problèmes prioritaires de la nutrition internationale tels l'allaitement au sein, le suivi de la croissance et l'avitaminose A. Le contenu de ce document ne reflète pas forcément les opinions ou les politiques de l'USAID.

II. Le défi de la communication nutritionnelle

A. La signification sociale de l'alimentation et la notion scientifique de nutrition

Chaque action qui contribue à l'état nutritionnel d'une femme, d'un homme ou d'un enfant peut être vue sous l'angle des forces environnementales, économiques et surtout sociales qui l'entourent. Les anthropologues et les psychologues ont avancé l'argument selon lequel, du point de vue signification latente, la nourriture est la monnaie la plus lestée de l'échange social : elle apporte gratification individuelle, elle rapproche les mères des enfants et les individus des familles et des communautés, elle est source de prestige pour le riche et peut faire perdre la tête à l'insouciant, elle rend certaines nations autonomes et d'autres dépendantes de l'aide alimentaire internationale. Il existe des milliers de règles spécifiques à chaque culture, indiquant qu'on peut manger différents aliments "en toute sécurité" et comment il faut les préparer.

A ce cadre traditionnel basé sur une vue holistique des gens et de leurs droits ainsi que de leurs obligations mutuelles, se sont récemment ajoutées des notions d'"état nutritionnel", d'"adéquation alimentaire" et de maladies de "malnutrition". A l'instar de la théorie des maladies, qui se concentre sur l'action des microbes, l'individu au sein d'une société est mis au second rang pour permettre d'examiner la digestion et l'absorption d'éléments (par exemple, énergie, azote) contenus dans les aliments. Les régimes alimentaires peuvent manquer de vitamine A, d'iode ou d'énergie. Raison pour laquelle les gens sont malades et faibles. Pour retrouver la santé, il leur suffit de consommer tous les jours davantage de ces nutriments vitaux. La recherche de l'harmonie entre le modèle médical de nutrition et les interprétations culturelles spécifiques de la nourriture est juste l'un des défis qui se présente à la communication nutritionnelle. Ce n'est pas le seul.

Si les gens doivent être au courant des vaccins, de la solution de réhydratation orale, des contraceptifs ou d'autres nouveaux produits, et qu'ils doivent faire des efforts pour les acquérir de temps à autres, leur utilisation par contre ne change guère la routine quotidienne d'une famille. Si la nutrition est inadéquate, les changements nécessaires pour l'améliorer influenceront probablement non seulement toutes les familles mais la communauté et peut-être même le pays. En outre, si un nouveau comportement est exigé, il faudra probablement l'exécuter plusieurs fois par jour sur une période prolongée. Les communicateurs en nutrition disposent rarement de "nouveaux produits fascinants" pour les aider dans leur travail. Au lieu de cela, ils doivent travailler avec le même groupe d'aliments que les gens ont cultivé et mangé depuis des siècles dans leur région du monde. Ils devront demander aux gens de partager, de préparer et de consommer la nourriture de manière différente. Aussi, les nutritionnistes de la santé publique doivent-ils non seulement vendre du vieux vin dans de nouvelles bouteilles, mais également persuader les gens de fabriquer, mettre en bouteilles et distribuer le vin—selon un plan différent.

Comment ce plan est-il élaboré ?

L'approche de l'UNICEF basée sur l'évaluation, l'analyse et l'action est un cadre générique pouvant être utilisé par des particuliers, des communautés ou des gouvernements planifiant des interventions nutritionnelles. Les décideurs à divers niveaux peuvent utiliser un cadre multisectoriel pour "identifier ce qui doit être évalué et la manière dont les relations causales doivent être identifiées et analysées" du point de vue de leurs causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales à la malnutrition (UNICEF 1990:22). La "mobilisation sociale" est une "action" qui est vivement recommandée et qui vise à responsabiliser les communautés pour qu'elles identifient leurs propres problèmes nutritionnels, mobilisent des ressources humaines et économiques et suivent leurs propres progrès. Les programmes de communication gérés centralement qui peuvent apporter une expertise spécialisée et réaliser des économies d'échelle représentent une autre action nutritionnelle efficace (Gillespie et Mason, 1992).

Les programmes décrits dans cet examen ont permis de réaliser diverses activités pendant les étapes évaluation et analyse de problèmes mais trois volets apparaissent comme étant indispensables : (1) une analyse épidémiologique de questions nutritionnelles spécifiques, (2) une analyse des priorités et ressources nationales en matière de nutrition et (3) une analyse comportementale pour analyser les contraintes à l'adoption de nouveaux comportements ainsi que les facteurs favorisant le changement. Le présent document ne cherche pas à discuter des processus analytiques utilisés pour déterminer les priorités ou stratégies nutritionnelles nationales mais à faire ressortir les résultats des programmes qui ont utilisé la communication comme l'une de leurs "actions nutritionnelles". Aussi, en supposant que le problème nutritionnel général et les bénéficiaires cibles sont déjà définis, les responsables des programmes doivent à présent voir comment on peut aider ces personnes à améliorer leur propre état nutritionnel.

B. Des paradigmes changeants : Du changement de connaissances au changement de comportement

Les communicateurs nutritionnels s'entendent pour dire que les approches de marketing social ou de mobilisation sociale insistant sur le comportement alimentaire qui tiennent compte de groupes cibles clés et de leur capacité à adopter le comportement spécifique au sein de la société réussissent mieux que les activités précédentes qui insistaient sur l'acquisition de connaissances générales en matière de nutrition comme étant la première étape d'un meilleur régime alimentaire (Centre de Nutrition des Philippines, 1991 ; Israël et al., 1987).

Les programmes qui se donnent comme objectif principal le "changement de connaissances" se sont toujours attaqués au problème de l'écart entre les vues scientifiques et la pensée jugée "traditionnelle" en essayant d'éduquer le laïc sur les conceptions scientifiques des aliments. Un certain nombre de modèles d'explication ont été essayés. Le cadre utilisé le plus souvent et depuis le plus longtemps par les programmes d'éducation nutritionnelle des zones rurales classent séparément les aliments riches en calories, en protéine et en vitamines/minéraux, reliant ces groupes de la manière suivante :

Nutriment :	Apporte au corps :	Souvent présenté comme :
Calories	De la force, de l'énergie pour travailler	Une flamme ou un homme au travail
Protéines	Masse corporelle, substance (force)	Mur (ou muscle fléchi)
Vitamines/minéraux	Protection contre les maladies	Toit ou parapluie

Les activités traditionnelles en vue de promouvoir des micronutriments spécifiques tels que la vitamine A ou l'iode, ou des pratiques alimentaires spécifiques telles que l'allaitement au sein ou l'introduction d'aliments complémentaires, demandent également que le public visé comprenne la façon dont les nutritionnistes conçoivent les aliments et les raisons expliquant pourquoi diverses classes de personnes doivent manger diverses classes d'aliments.

Si les gens qui prennent connaissance de ces systèmes de classification les apprennent facilement et peuvent réciter des listes d'aliments entrant dans chaque catégorie, ils mangent par contre rarement des aliments de toutes les trois catégories tous les jours tel qu'il est recommandé. Le cadre conceptuel, s'il est un excellent aide-mémoire, ne fournit aucune raison significative montrant pourquoi les jardiniers devraient planter plus de légumes et d'arbres fruitiers ou pourquoi les hommes devraient se passer de certaines nécessités sociales (telles que la bière et les noix de bétel) pour acheter de petites quantités de lait ou de viande à leurs femmes et enfants. Et ce ne sont là que deux exemples.

S'attaquant plus directement à ces obstacles sociaux, un certain nombre de programmes ont changé de direction, abandonnant les "règles d'apprentissage" pour promouvoir des actions spécifiques. Cette nouvelle orientation prête une plus grande attention aux facteurs comportementaux à l'origine d'une mauvaise nutrition et émet un jugement quant à ceux susceptibles d'être influencés. Si l'appellation peut changer suivant l'organisation (gestion de santé publique, marketing social, développement communautaire, mobilisation sociale) pour décrire la manière dont cette perspective entre dans une approche plus générale, ces efforts voient tous une communication efficace comme une partie seulement d'une stratégie qui englobe également la mise au point d'un service et d'un produit ainsi que la prestation d'un service ou la distribution d'un produit. Le "marketing du comportement social" est un cadre complet et bien développé permettant de gérer tous les niveaux d'une campagne visant au changement des comportements nutritionnels. Kotler et Andreasan le définissent comme étant "la conception, l'exécution et le contrôle de programmes conçus pour influencer en dernière analyse le comportement individuel d'une manière qui, d'après le spécialiste du marketing, sert les intérêts du particulier ou de la société". (Kotler et Andreasan, 1987:434). Dans les milieux non-universitaires, le terme plus général de "marketing social" est mieux connu.

III. Marketing social : Un cadre au changement

A. La philosophie du marketing

Le marketing social, qui s'inspire du marketing commercial, est une approche centrée sur le consommateur. Elle aide le planificateur à cerner des idées, des messages et des produits qui encourageront les gens à adopter de meilleurs comportements sanitaires et nutritionnels. Le marketing social repose sur le principe que les décisions du consommateur sont en fait des choix entre divers comportements possibles qui varient du

point de vue bénéfique offert et sacrifice demandé (Rothschild, 1979 et Kotler et Andreasen, 1987). Pour chaque comportement proposé (par exemple, allaitement au sein ou allaitement au biberon), le consommateur pèsera les avantages perçus par rapport au coût du point de vue financier, temps, énergie ou valeur psychosociale. Le défi pour le spécialiste du marketing est de se mettre à la place du consommateur pour déterminer si le comportement proposé peut être plus favorable que l'autre option.

B. L'approche du marketing

Le marketing social repose sur l'étude des goûts, des intérêts et des besoins du consommateur. Au lieu de s'adresser à des publics hétérogènes, les spécialistes du marketing social divisent le public en groupes qui pensent ou qui agissent de la même manière par rapport au comportement en question. Cette recherche est connue sous le nom de "segmentation des publics". Ensuite, les spécialistes du marketing interprètent la recherche pour voir quels sont les bénéfices du comportement proposé les plus pertinents pour chaque segment et quels sont les obstacles spécifiques dont il faut venir à bout. Elaborer une image pour le produit, l'idée ou le service liés au nouveau comportement en fonction des avantages définis pour chaque segment est connu sous le nom de "positionnement". Le positionnement signifie également qu'on comprend ce qu'un segment particulier est prêt à échanger pour acquérir le produit ou le service, c'est-à-dire son "coût", et la manière la plus efficace d'apporter le produit ou le service aux consommateurs, c'est-à-dire sa "place". Une fois achevée cette recherche, le spécialiste du marketing social étudie la meilleure manière d'encourager le nouveau comportement par le biais d'une communication efficace. Ces éléments sont appelés les "quatre P" du marketing : produit, prix, place et promotion. Ils sont étudiés ci-après.

C. La gestion du marketing

De nombreux textes de marketing se consacrent au placement stratégique du produit ou à son prix. Il existe des bibliothèques entières sur la mise au point et la promotion des produits. Bien qu'il ne soit pas possible ici, pour des questions de place, de traiter le marketing social de manière approfondie, voici des exemples des divers aspects liés aux "quatre P" pour la nutrition, montrant comment ces éléments peuvent être intégrés à des programmes efficaces de communication pour la nutrition.

1. Mise au point du produit

La création d'un produit approprié relève d'une gageure pour les programmes de communication nutritionnelle vu toute la gamme d'options possibles. Un "produit" peut être un bien tangible (capsule de vitamine A, sel iodé, légume à feuilles vertes), une recette que l'on prépare à la maison (par exemple, ajouter des arachides et de l'huile à la bouillie du bébé au moment de sevrage) ou encore une idée qui demande qu'on change de pratique (uniquement allaiter au sein pendant les quatre à six premiers mois, donner aux femmes plus de temps pour allaiter au travail).

Vu que de nombreux programmes de développement partent du principe qu'il vaut mieux que les populations consomment les aliments disponibles localement et que la technologie la plus simple est également celle qui a le plus de chances de durer, les efforts de marketing des idées et des recettes sont bien plus nombreux que les produits de consommation.

Produits de consommation

Les capsules de vitamine A, les aliments naturellement riches en rétinol ou en bêta-carotène et certains aliments de sevrage conditionnés sont les principaux produits de consommation présentés dans le cadre des activités internationales de marketing social. Ce sont des produits tangibles mais la manière dont ils sont offerts aux consommateurs, leur positionnement, n'est pas toujours évident. Le produit doit offrir un avantage visible et appréciable aux yeux du consommateur cible. Par exemple, en Afrique de l'Ouest où les femmes enceintes et les enfants souffrent couramment de cécité nocturne, les capsules de vitamine A et les aliments riches en vitamine A ont été positionnés comme des produits pouvant prévenir ou guérir cet état (NCP, 1992). En revanche, en Indonésie où la cécité nocturne et la xérophthalmie existent mais sans toutefois donner lieu à de vives préoccupations chez les mères, l'action spécifique de la vitamine A été présentée comme un effet protecteur de la santé des enfants dû aux feuilles vertes riches en "vitamines" (Favin et Griffiths, 1991). Un autre positionnement essayé pour les aliments riches en vitamine A concernait leur possibilité de donner aux enfants des yeux et une peau qui brillent ce qui, pour les mères, est un indicateur de bonne santé (Shafritz, 1989).

Dans l'Etat de Kwara au Nigéria, le Projet de Prise en charge alimentaire de la Diarrhée, soutenu par l'USAID (1985-1990) a mis au point et a testé une recette de bouillie nutritive pour le sevrage pouvant être fabriquée et vendue commercialement par les vendeuses traditionnelles (*ogî*) dans les villages. La recette a fait l'objet de tests rigoureux au niveau des ménages (décrits ci-après), d'où l'adjonction de malt pour rendre la bouillie moins visqueuse sans en diluer la valeur nutritionnelle. Ainsi les consommateurs qui pensaient que les autres bouillies fortifiées étaient trop épaisses ont été satisfaits. Grâce à un soutien supplémentaire de l'USAID, on prévoit d'aider les vendeuses locales de la bouillie à mettre en place une base de consommateurs pour la bouillie fortifiée (*Eko Ilera*) puis on pourra leur apprendre à fabriquer, vendre et promouvoir *Eko Ilera* dans le but de vendre la bouillie en faisant un bénéfice profitable (Cabañero-Verzosa, u.m. ; Esrey et al., 1990).

Essais de recettes

Ces dernières années, les promoteurs nutritionnels ont emprunté avec succès une autre technique du secteur commercial, celle des "essais de mise au point de produits" avec des mères et d'autres membres clés de la communauté. Cette technique demande aux éventuels consommateurs d'essayer le nouveau produit pendant une courte période puis de faire des commentaires (temps, difficulté, goût, etc.) Le produit est ensuite modifié pour mieux répondre aux préférences du consommateur.

Indonésie : Le Projet Communication nutritionnelle et Changement de Comportement (1977-1982) a fait des essais auprès des ménages concernant une nouvelle bouillie de sevrage fortifiée avec des ingrédients trouvés dans le cadre d'une recherche précédente (Griffiths, 1991).

Pérou : Le Projet de Prise en charge alimentaire de la Diarrhée a utilisé des essais de recettes faits dans la communauté pour mettre au point un aliment pouvant être utilisé pendant la diarrhée et le rétablissement. Des nutritionnistes et des spécialistes des sciences sociales faisant partie de l'équipe du projet ont demandé à des groupes de mères de mettre au point leurs propres recettes en utilisant des ingrédients fondamentaux identifiés par les nutritionnistes en fonction de considérations commerciales et nutritionnelles (Esrey et al., 1990).

Lorsque le produit est une idée de changement de comportement

Si la moitié de la bataille est gagnée lorsqu'on a défini les comportements liés à un problème de nutrition, la solution est bien plus compliquée que le fait de dire simplement aux gens d'arrêter les pratiques nuisibles. Il faut substituer une action positive qui est perçue comme plus valable que le comportement précédent. Prenons l'exemple de Lima au Pérou où l'Université Cayetano Heredia espérait promouvoir l'allaitement au sein exclusif dans deux hôpitaux. Un des grands obstacles était le fait que les mères donnaient des tisanes ou de l'eau au biberon peu après la naissance du bébé. Les mères étaient convaincues que les liquides éviteraient les coliques et la constipation, deux maux qu'elles craignaient pendant les premiers mois. L'équipe du projet a fait des recherches sur plusieurs possibilités de changement de comportement notamment : remplacer le biberon par une tasse, afin de diminuer la contamination ; introduire des techniques de rot pour éviter la rétention d'air ; éliminer l'eau sans pour autant supprimer les tisanes (qui posent moins de risque) et demander aux mères de boire elles-mêmes les tisanes avant d'allaiter plutôt que de donner les liquides directement à leurs bébés. Les résultats ont permis de mettre sur pied une stratégie de communication axée sur plusieurs actions

qui a permis d'augmenter la prévalence et la durée de l'allaitement au sein exclusif (Altobelli, 1991).

Les chercheurs doivent utiliser différentes techniques pour déterminer l'éventuel succès de leur produit. Les directives concernant les tests de la recette se trouvent dans plusieurs documents (par exemple Griffiths et al., 1998). Au Niger, où un concept et non un produit alimentaire devait être testé, le Mini-Projet de Vitamine A de Birni N'Konni s'est servi du jeu de rôle et du théâtre traditionnel pour juger des réponses communautaires quant à la faisabilité de diverses options de changement de comportement (Keith et al., 1992).

2. Prix

Les programmes de nutrition attachent plus d'importance à ce que le consommateur doit "échanger" ou le "coût" d'un changement de comportement proposé pour le consommateur. Le coût est un concept assez large qui recoupe les dépenses monétaires (ingrédients, carburant, etc.), les demandes de temps (par exemple, préparer un aliment de sevrage spécial ou cultiver un petit potager), les coûts d'opportunité (emporter un bébé qu'on allaite sur son dos à la place d'un sac de pommes de terre en plus lorsque l'on se rend au marché) et les coûts psychologiques (la difficulté d'adopter une nouvelle pratique alimentaire qui n'est pas sanctionnée par la tradition).

A ce jour, peu de programmes ont étudié les coûts, tout particulièrement les coûts non-monétaires. De nombreuses évaluations de programmes qui pourtant sont bien conçus indiquent que les planificateurs sous-estiment toujours le temps et les efforts nécessaires pour adopter une nouvelle pratique. Par exemple, même si les ingrédients d'un meilleur aliment de sevrage peuvent être bon marché et disponibles, s'il faut préparer cette nourriture deux à trois fois par jour pour qu'elle soit fraîche et non-contaminée, il est peu probable qu'on l'utilisera à chaque repas. Il faudra une proposition qui demande moins de travail ou il faudra trouver d'autres personnes qui se chargent de le faire, si l'on veut que le comportement devienne possible. Des programmes réussis voient si le coût du changement comportemental proposé est raisonnable aux yeux du consommateur et trouvent également des manières de minimiser ces coûts chaque fois que possible.

3. Place

Pour que le changement de comportement se fasse, il faut que les responsables du programme vérifient que le produit ou le service est disponible et facilement accessible. La disponibilité touche à toute une série de facteurs contextuels par exemple, organiser le suivi de la croissance à des heures pratiques, s'assurer que les aliments en question sont effectivement disponibles sur le marché ou organiser des causeries nutritionnelles aux endroits où les gens se rassemblent d'habitude.

Tenant compte de tous les autres facteurs, l'accessibilité d'un produit ou d'un service est d'importance cruciale. Par exemple, le projet ROVITA de l'île centrale de Java a trouvé que les familles qui se trouvaient à cinq minutes d'un poste de santé étaient deux fois plus susceptibles que les autres d'aller obtenir des capsules de vitamine A pour les jeunes enfants (McDivitt et al., 1991). On soupèsera d'une part toutes les possibilités d'acquisition des produits et des services pour les consommateurs et d'autre part les coûts de la distribution. Le fait de placer la promotion nutritionnelle dans le contexte de la vie de tous les jours semble montrer qu'on accorde une trop grande importance au centre de santé. De fait, il faudrait prendre le marché local comme le meilleur endroit pour une communication nutritionnelle. Du matériel peut être élaboré pour que la décision d'acheter et le moment de l'achat soient aussi proches que possible. C'est ce qu'on appelle le "matériel du point d'achat". Il est très utilisé par le marketing commercial des aliments. L'on n'a pas encore testé son potentiel pour le marketing social de la nutrition.

4. Promotion

La quatrième aspect du marketing social est de s'assurer que le produit, le service ou le message arrive jusqu'aux consommateurs visés. Des programmes réussis élaborent leur stratégie promotionnelle aux termes d'une étape finale une fois résolus les aspects liés au produit, au prix et à la place. Les étapes de l'élaboration et de l'exécution d'un plan promotionnel sont discutées ci-après.

D. Le modèle du processus de communication

Tel que décrit ci-dessus, des programmes efficaces de communication nutritionnelle commencent généralement par une analyse des problèmes nutritionnels spécifiques ainsi que des comportements et publics connexes, suivis par l'identification des meilleurs activités de communication (par exemple, causeries de groupe, face-à-face, programmes radiophoniques) pour arriver jusqu'aux personnes concernées. L'ordre de ce processus est contraire aux décisions sur le plan media (par exemple, "Faisons une affiche") ou à d'autres approches qui commencent par un slogan (par exemple, "Le lait maternel est le meilleur") ou encore une liste de "Faire ceci, ne pas faire cela" établie par une unité d'éducation sanitaire ou nutritionnelle. Si des campagnes rapides reposant sur peu de faits solides peuvent sembler raisonnables du point de vue coût et temps, en fait, elles représentent un gaspillage des ressources puisqu'elles réussissent rarement à changer le comportement nutritionnel. La réussite du programme dépend d'une approche décisionnelle systématiquement axée sur le consommateur.

Les spécialistes de la communication travaillant dans les secteurs de la santé et du développement social ont élaboré divers modèles du processus de communication : RENA, réseau pour l'éducation nutritionnelle en Afrique, qui est un modèle en huit étapes (comprenant les étapes d'évaluation et d'analyse du problème au niveau macro décrites à la page 2) alors que le programme de l'OMS de Lutte contre les Maladies

diarrhéiques utilise une approche en six étapes. Etant donné la gamme de possibilités, il est remarquable de noter l'accord auquel on est arrivé quant à la structure fondamentale (Cf. Figure 1) qui comprend : (1) évaluation du problème et analyse de la situation, (2) planification, (3) élaboration et prétest du message et du matériel, (4) exécution et (5) suivi, évaluation et révision (Rasmuson et al., 1988).

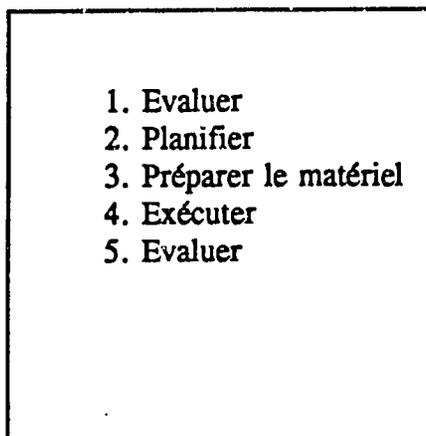


Figure 1

1. Evaluation du problème dans le cadre de la communication nutritionnelle

L'étape évaluation est souvent appelée l'étape de la "recherche préliminaire" puisque c'est à ce moment là que les responsables obtiennent des informations détaillées sur leur public. Tel qu'ont conclu les planificateurs de la planification "savoir écouter est le plus important, non pas écouter ce qui est dit, mais ce qu'on cherche à dire. Vous ne pouvez pas utiliser simplement vos oreilles, mais votre cœur doit écouter leurs cœurs" (Smith, W. communication personnelle). Les directives concernant cette écoute du cœur peuvent être trouvées dans de nombreuses documentations (voir par exemple Brems et Griffiths, 1991 ; Debus, 1990). C'est également à ce stade que des données quantitatives d'importance critique, par exemple, sur les connaissances, attitudes et pratiques et les mesures de l'état nutritionnel sont réunies pour façonner le message et également pour pouvoir évaluer le programme par le biais d'enquêtes préalables et finales. Tel que mentionné auparavant, les problèmes nutritionnels ne peuvent pas tous être résolus par le biais de la communication. Il est capital de choisir soigneusement des points d'intervention spécifiques.

2. Planification

Lors de l'étape planification, les résultats de la recherche préliminaire sont interprétés pour élaborer une stratégie complète qui sera revue après le prétest et au fur et à mesure qu'on acquiert de l'expérience en matière de réalisation du programme. La segmentation des publics représente une partie importante de la stratégie. La plupart des programmes de nutrition ont défini un *public cible primaire*—c'est-à-dire le public dont on espère qu'il adoptera les nouvelles pratiques nutritionnelles. Mais peu de programmes essayent d'intervenir au-delà de ce groupe. Et pourtant, les faits nous montrent qu'il est avantageux de s'adresser également à des *groupes cibles secondaires*—c'est-à-dire les personnes pouvant influencer le public primaire (par exemple, les prestataires des services de santé et de nutrition, la famille, les amis ainsi que les figures publiques populaires) ainsi qu'à un *public cible tertiaire*, à savoir les décideurs, les soutiens financiers et d'autres personnes influentes qui peuvent faire d'un programme une réussite.

L'étape de planification se termine par la préparation d'un plan opérationnel (*Cf. encadré ci-après*) qui est un guide pour les responsables du programme. Ceux-ci s'en inspireront tout au long de l'exécution du programme et y porteront les éventuelles révisions nécessaires. Ce guide devrait être un instrument de gestion utile qui donne le programme des activités et le plan d'application des stratégies du programme.

Si nécessaire, un plan opérationnel comportera les volets suivants :

- **Principaux résultats de la recherche** : récapitulatif des données existantes et des points demandant une recherche complémentaire.
 - **Analyse comportementale** : description détaillée des pratiques nutritionnelles retenues par le biais de l'analyse comportementale.
 - **Objectifs du programme** : énoncé d'objectifs de communication spécifiques, réalistes et mesurables.
 - **Segmentation des publics** : descriptions des publics primaire et secondaire.
 - **Stratégie de produit** : descriptions et plans d'acquisition, définition des prix et distribution des produits et services.
 - **Stratégie de création** : énoncé des messages clés, de leur séquence et du ton général de la campagne.
 - **Plan promotionnel** : combinaison médiatique, relation entre différents canaux de communication et plan de distribution du matériel promotionnel.
 - **Plan de formation** : sélection des agents nutritionnistes et sanitaires qui seront formés et définition d'un programme et d'une méthodologie de formation.
 - **Plan de suivi** : définition des tests de faisabilité et autres techniques pour perfectionner la stratégie du programme et évaluer les changements dans le temps.
 - **Plan de gestion** : distribution des responsabilités de toutes les institutions collaborantes et calendrier d'exécution.
 - **Plan d'évaluation** : évaluation des changements de comportement ainsi que des taux de morbidité et de mortalité.
 - **Plan d'institutionnalisation de la méthodologie d'éducation sanitaire.**
 - **Budget**
-

Choisir les canaux de communication : interpersonnels et par les mass media

Communication interpersonnelle

Bien qu'il soit utile d'écouter le public à toutes les étapes de la conception, il a été difficile d'appliquer ce principe au niveau communautaire dans le cadre des volets de communication interpersonnelle des programmes de nutrition. La communication face-à-face est surtout jugée convaincante pour le changement de comportement. Toutefois, une utilisation optimale des canaux interpersonnels demande que le public d'une telle communication participe activement. Aussi les agents utilisés pour la communication interpersonnelle doivent être capables de répondre aux questions et de poser eux-mêmes des questions pour être sûrs que leurs conseils sont les bons pour le participant. Ils doivent pouvoir démontrer le comportement nutritionnel en question (Cf. par exemple Berggren 1981).

L'amélioration des compétences interpersonnelles des agents communautaires est liée à une plus grande satisfaction des clients et, par conséquent, à leur sens d'accomplissement. Aussi, les agents communautaires reçoivent une formation pour savoir écouter et guider par le biais de questions ouvertes qui aident les gens à définir des solutions aux problèmes nutritionnels. La recherche sur la manière dont les agents communautaires perçoivent les problèmes nutritionnels et leurs capacités a guidé les programmes de formation et l'élaboration d'outils de communication et d'évaluation qui permettent aux agents de suivre leurs propres progrès. En outre, on cherche à utiliser des stratégies qui permettent à la performance individuelle de remporter des prix dans le but d'améliorer la qualité des services et de renforcer l'emploi.

De nombreux programmes de communication nutritionnelle ont axé leurs activités sur les centres de santé et les agents de terrain. Mais dans de nombreux endroits, cette stratégie n'a qu'une efficacité limitée. Par exemple, dans une région de l'ouest de Sumatra en Indonésie, seules 30 pour cent des femmes étaient en contact régulier avec des agents de santé villageois et très peu de femmes à Comilla au Bangladesh voyaient un agent de santé (Favin et Griffiths, 1991). Dans de nombreuses régions de l'Afrique et de l'Amérique latine, seule 20 pour cent à 40 pour cent de la population est couverte par les établissements sanitaires modernes. Dans ces endroits, les planificateurs des

programmes doivent trouver d'autres personnes par exemple des agents communautaires, des enseignants et des dirigeants religieux et leur demander d'apporter un message interpersonnel.

Communication de masse

Si l'avantage principal de la communication interpersonnelle réside dans son visage humain, le grand problème est qu'il n'y a pas assez de ces visages. Les mass media, tels que la radio et la télévision, sont peut-être moins convaincants par personne couverte, mais le grand nombre de personnes qu'ils arrivent à atteindre compense cet effet plus faible. Par exemple, une évaluation en 1989 d'un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques réalisé au Swaziland constatait que les mères qui avaient été en contact avec des agents communautaires étaient plus susceptibles (20 pour cent) d'utiliser de manière adéquate une solution préparée à la maison que celles (13 pour cent) qui avaient écouté la radio à ce propos. Seulement la radio atteignait trois fois plus de gens que les canaux interpersonnels : la radio atteignait 60 pour cent de la population, les agents de santé 22 pour cent et les agents communautaires 16 pour cent. Aussi, l'effet de la radio était deux fois plus important que celui des deux canaux interpersonnels (Hornik et al., sous presse).

En général, les mass media, surtout la radio et la télévision sont sous-utilisés par les programmes visant à changer le comportement nutritionnel. La portée des mass media est en train de s'étendre. Aujourd'hui, il y a une radio pour 2,5 personnes et une télévision pour 12 personnes dans les pays en développement (JHU/CCP, 1991). Les mass media peuvent être un moyen efficace pour rapport au coût pour atteindre les publics clés, notamment les familles qui vivent dans les zones rurales et périurbaines et celles qui ne sont pas couvertes par le système de santé. Les messages peuvent être répétés pour arriver à une fréquence suffisante. Plusieurs programmes de nutrition ont utilisé des personnalité connues et respectées pour attirer l'attention du public et démontrer les comportements souhaités. Par exemple, la campagne de l'allaitement au sein au Brésil de 1981 à 1982 a utilisé des acteurs, des chanteurs et des vedettes des sports pendant les spots télévisés. Ces vedettes soutenaient l'allaitement au sein en parlant de leur expérience personnelle. Quatre années après la fin de la campagne, 85 pour cent des mères et des professionnels de la santé interviewés se rappelaient d'une annonce avec une vedette de cinéma. Les taux de rappel pour les autres annonces s'élevaient à 65 pour cent ou plus. Un

tel niveau de rappel après un temps si long témoigne bien de l'efficacité des annonces (daCunha, 1991).

3. Elaboration et prétest du matériel

Il s'agit de bien souligner l'importance du prétest de tous les matériels, produits et messages. Souvent on pense que le prétest ralentit l'exécution du programme et représente une dépense inutile du point de vue argent, temps et effort. Mais l'omission du prétest peut entraîner une perte encore plus grande et faire échouer toute l'activité de communication. Outre les images et le message, le prétest est capital lors du choix des porte-parole. Par exemple, des études faites au Bangladesh, aux Philippines et en Indonésie ont constaté que les médecins étaient la source la plus crédible de l'information bien que les mères les voient rarement. Aux Philippines, une chanteuse populaire a soulevé l'intérêt des mères mais ses conseils n'ont été suivis qu'une fois confirmés par un médecin (Favin et Griffiths, 1991).

4. Intervention

Coordination et gestion sont des compétences essentielles pour faire du plan une réalité. Dans le domaine de la communication nutritionnelle, l'intervention concerne souvent la réalisation, la distribution du matériel et la formation. Les responsables des programmes doivent vérifier que les différentes activités médiatiques, la presse et les contacts interpersonnels se renforcent mutuellement. Fournitures et services doivent être en place lorsque les clients viennent pour les recevoir.

5. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation ne constituent pas vraiment une étape séparée du programme. Mais ce sont des processus qui ramènent aux programmes les résultats des analyses intermittentes des résultats. Un suivi attentif permet de cerner les contraintes aux programmes qui ont été omises ou sous-estimées, permettent de comprendre les caractéristiques du public mal comprises et suggèrent les facteurs importants qui ont changé tout au long du programme. Le suivi devrait se concentrer sur les aspects suivants :

- . Système de distribution pour les produits et le matériel,
- . Administration interne et respect du calendrier de travail et du budget

Suivi intérim des niveaux de connaissance, d'acceptation et de pratiques du public.

Le suivi est un processus continu qui ne cherche pas à évaluer l'efficacité générale du programme mais à fournir aux planificateurs des informations pour améliorer la conception, la réalisation, la distribution et le contenu du programme et à renforcer ainsi qu'à définir les activités futures. Le Projet jordanien de Survie de L'enfance réalisé par la Fondation Noor Al-Hussein a suivi les émissions radiophoniques ainsi que les contacts et les niveaux de connaissance des mères dans le cadre d'une campagne d'allaitement au sein. Ces résultats ont permis de faire des ajustements à mi-parcours et de peaufiner les annonces préparées pour la télévision (McDivitt et Ayman, 1991).

L'évaluation mesure les résultats et l'efficacité générale du programme et donne un sens de la direction future. Elle étudie le processus des effets des interventions de communication et mesure l'impact total. Elle se fait en deux étapes : mesurer les résultats par rapport à des objectifs spécifiques et planifier les interventions futures en fonction de l'enseignement retiré de l'expérience.

E. Nouveau terrain pour le marketing social de la nutrition : mobilisation sociale

Différents canaux (communication face-à-face, éducation de masse) et media (cartes à images, annonces et chansons à la radio et à la télévision) ont été essayés mais l'hypothèse sous-jacente de la plupart de la communication nutritionnelle reste la même. A savoir que les gens sont ouverts au changement de leurs règles alimentaires si on leur présente un argument suffisamment convaincant montrant que les personnes au sein de la société ont des besoins alimentaires spécifiques.

Dans les pays en développement, les normes alimentaires reflètent souvent des ajustements face à la modicité des ressources lorsque les chances de survie collective sont jugées renforcées si certains groupes se privent. Souvent ce sont les femmes et les enfants qui font ce sacrifice car on pense qu'ils ont des besoins moins importants que d'autres segments de la population (les hommes qui travaillent et les aînés par exemple). Intervenant dans le domaine du marketing du comportement social, les programmes de mobilisation sociale cherchent à influencer les communautés à adopter une série de comportements permettant d'octroyer plus de ressources à ces groupes nutritionnellement plus vulnérables.

A l'instar d'autres programmes de marketing social, ils se caractérisent par une analyse comportementale et anthropologique approfondie aboutissant à une stratégie multimédiatique qui apparie attentivement les messages et les media aux publics cibles. Mais les méthodes de communication à la base, notamment les réunions dans les villages,

les jeux de rôle, les chansons et les danses, doivent recevoir plus d'attention. Chaque public est motivé en vue d'exécuter une action spécifique qui contribue par la suite à améliorer l'état nutritionnel des bénéficiaires escomptés.

Les thèmes des messages portent sur le soutien financier, ou soutien sous forme de travail et de temps, ou encore l'encouragement d'attitudes permettant à un autre de prendre une action nutritionnelle spécifique telle que acheter, préparer ou consommer la nourriture. Même lorsque les difficultés financières sont extrêmes, la communication nutritionnelle peut parfois améliorer le régime alimentaire en se concentrant sur des changements de comportement faisables au sein d'une famille ou d'une communauté. Pour cela, on motivera le consommateur à utiliser des céréales et des légumes traditionnels peu chers, d'allaiter les bébés au sein, de cultiver des petits potagers, d'améliorer les mesures d'hygiène diminuant le risque d'infections.

Les programmes réalisés en République dominicaine, en Inde et au Bangladesh sont des exemples de réussite dans ce domaine. Une étude faite à Tamil Nadu, en Inde, constatait que la plupart des nourrissons âgés de 6 à 12 mois étaient sous-alimentés, quel que soit le revenu de la famille (Cantor Associates, 1973). Dans ce cas, une campagne en vue de sensibiliser au problème nutritionnel chez les enfants en âge d'être sevrés a permis d'améliorer le statut nutritionnel puisque l'apport alimentaire était faible (environ 300 calories par jour). Au Bangladesh, le projet de communication nutritionnelle géré par le Comité d'Avancement rural du Bangladesh (BRAC) en 1987 constatait que les familles pouvaient se permettre la dépense nécessaire (environ 2 % du salaire quotidien) pour apporter au nourrisson allaité au sein âgé de 6 à 12 mois la petite quantité d'aliments complémentaires nécessaires (Voir Zeitlin, 1991 ; Konan, 1991). Les aliments complémentaires dont a besoin ce groupe d'âge équivalent à deux petites cuillerées d'huile, une poignée de riz ou une banane moyenne par jour (Konan, 1991).

Dans les cas où la pauvreté prononcée et les traditions culturelles limitent le changement des comportements nutritionnels, la communication nutritionnelle à elle seule ne sera peut-être pas efficace dans toutes les situations. Par exemple, le projet BRAC au Bangladesh constatait que les efforts visant à améliorer le régime alimentaire des mères allaitantes n'avaient que peu d'effets car les familles ne pouvaient pas se permettre les dépenses en vue d'améliorer la quantité et la qualité du régime alimentaire des femmes. Les responsables de l'évaluation du projet ont conclu qu'il fallait relier la communication nutritionnelle à d'autres programmes tels que les activités de mobilisation des revenus, la production alimentaire, les potagers et les aliments subventionnés. On a également proposé les dons de céréales pour améliorer le régime alimentaire des femmes (Brown et Zeitlin, 1991 ; Konan, 1991).

IV. Principales interventions de communication nutritionnelle et leur impact

S'il est clair que nous commençons à peine à exploiter les possibilités du marketing social ou de la mobilisation sociale pour la communication nutritionnelle, nous n'en avons pas moins fait de nets progrès depuis que Robert Hornik récapitulait l'éducation nutritionnelle par ces mots "...souvent ajoutés au hasard aux soins curatifs ; trop souvent mal dispensée par des professionnels qui n'ont qu'une connaissance limitée et démodée de la nutrition ; mal exécutée par des gens choisis et intéressés par la prestation de soins et non pas par l'éducation" (Hornik, 1985:8). Les organisations sanitaires, y compris le Ministère de la Santé, ne pensent plus à la nutrition comme une intervention du style "ne rien faire" tout simplement parce qu'il n'y avait que peu de produits tangibles liés à son exécution. Mais à présent "l'information, l'éducation et la communication" sont vues comme étant l'intervention et les programmes commencent à investir bien qu'à des niveaux bien inférieurs à d'autres programmes de promotion sanitaire.

De nombreux pays sont également en train de se donner un mécanisme relativement simple pour organiser et exécuter les programmes de communication nutritionnelle dans divers contextes, que ce soit dans le cadre de programmes concentrés réalisés avec des ONG ou de campagnes nationales. Des programmes de communication nutritionnelle bien planifiés et bien exécutés ont eu des résultats en l'espace de quelques années, bien qu'il faille des programmes plus longs pour soutenir les comportements lorsque les nouvelles générations commenceront à prendre leurs propres décisions.

Les programmes décrits ci-après ont motivé les consommateurs et le personnel soignant à améliorer leurs propres comportements alimentaires ou la manière dont ils donnent à manger à leurs enfants. Les volontaires communautaires, les agents de développement et les décideurs ont également été encouragés de diverses manières à agir de sorte à améliorer l'état nutritionnel des gens au sein de leur sphère d'influence. En dépit des ressources et des résultats différents, tous les projets réussis partagent des aspects communs au niveau de la planification et de l'exécution car ils se fondent sur une étude du consommateur et sur un feedback continu aux programmes. Ce document parlera par la suite de ces programmes réussis au moment de souligner l'enseignement retiré et les questions méthodologiques pour les responsables des programmes.

A. Programmes visant à influencer les consommateurs et ceux qui s'occupent des enfants

La majorité des programmes de communication nutritionnelle ont cherché à influencer les consommateurs et les personnes qui s'occupent des enfants, généralement les mères des petits enfants et les femmes enceintes. La plupart des programmes se sont centrés sur les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans qui sont les principaux bénéficiaires des comportements nutritionnels améliorés puisque la malnutrition est surtout cause de mortalité et de morbidité dans ce groupe d'âge. Des efforts sont faits pour encourager une alimentation appropriée du nourrisson et de l'enfant, l'allaitement au sein, la consommation d'aliments riches en vitamine A, la fortification en iode et la prise en charge alimentaire de la diarrhée (Cerqueira, 1990 ; Fleming, 1987 ; Hollis, 1986 ; VITAL, 1991).

1. Alimentation du nourrisson et de l'enfant

Les principales interventions en vue d'améliorer l'état nutritionnel des enfants consistent à encourager les femmes enceintes et allaitantes à améliorer leur propre régime, à soutenir l'allaitement au sein, à encourager des aliments de sevrage énergétiques ne présentant pas de danger, à vendre des formules de sevrage toutes prêtes, à faire des programmes de suivi de la croissance et à lutter contre les maladies diarrhéiques. Un certain nombre de projets récents de communication nutritionnelle ont montré que le comportement alimentaire pouvait être amélioré.

République dominicaine : Le Programme d'Education appliquée en Nutrition du CRS/Carita, empruntant une approche de marketing social et de mobilisation sociale, a permis de diminuer de moitié le taux de malnutrition chez les enfants des zones rurales âgés de moins de cinq ans dans 90 communautés. En 1983, le Programme éliminait les distributions alimentaires et mettait en place un suivi de la croissance dans les domiciles des mères ayant des enfants à haut risque. Des volontaires formés étaient responsables de ce programme. Parallèlement, des communications ont été conçues pour rehausser l'image des promoteurs volontaires, pour faire accepter le programme au sein de la communauté et pour lentement donner un sentiment de fierté à la communauté face à ses efforts. Le matériel réalisé était notamment une courbe de croissance destinée à la mobilisation sociale, des cartes à images avec des conseils adaptés à l'âge, à la prise de poids et au mode alimentaire du nourrisson, des cassettes et des boîtes à images pour les séances promotionnelles collectives ainsi que tout un assortiment de dépliants, d'autocollants et de bulletins pour rehausser l'image du programme et des volontaires.

De 1984 à 1986, la proportion d'enfants mal nourris (moins de 75 pour cent de la norme poids-pour-âge) parmi environ 4000 enfants pesés à des intervalles de six mois est tombée de 12,2 pour cent à 6,9 pour cent. Les enfants qui participaient au programme depuis longtemps montraient les améliorations les plus notables. Cette tendance est très significative : si on ne cherche pas à y remédier, la malnutrition s'aggrave généralement chez les enfants âgés de deux à cinq ans. Là aussi, la proportion de mères qui allaitaient les nourrissons sur demande est passée de 35 pour cent en 1983/84 à 63 pour cent en 1986 alors que la proportion de mères qui donnaient des aliments complémentaires trop tôt a baissé (USAID, 1988).

Bangladesh : Un projet pilote soutenu par l'USAID et géré par la Comité d'Avancement rural (1987) a utilisé une étude de marché pour trouver les bons aliments de sevrage et ensuite pour former les mères à les promouvoir dans cinq villages ayant au total 12 000 habitants. Après

sept mois, les enfants dans les communautés de l'essai étaient moins susceptibles d'être mal nourris que ceux du groupe-témoin ayant des revenus familiaux analogues. En moyenne, les enfants du groupe-essai avaient pris 500 grammes en plus que les témoins (Brown et Zeitlin, 1991).

Tanzanie : Un important projet dans la région d'Iringa concernant 1,2 millions de personnes avait nettement diminué la prévalence de la malnutrition. La proportion d'enfants souffrant de malnutrition grave est tombée de 6 pour cent à 2 pour cent de 1984 à 1988 et la proportion touchée par une malnutrition modérée a diminué de 56 pour cent à 38 pour cent (Chorlton, 1989). Le projet soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et le Gouvernement italien a demandé aux agents des villages d'aider à traiter les problèmes de nutrition et s'est servi de campagnes dans les villages, de mass media et de formation pour sensibiliser davantage le public à l'importance de la nutrition outre les soins de santé primaires.

Indonésie : Le Programme d'Amélioration de la Nutrition familiale (UPGK) concerne 58 355 villages dans 27 provinces. Il atteint environ 85 pour cent de tous les enfants de moins de cinq ans. Le programme organise notamment un suivi mensuel de la croissance des enfants de moins de cinq ans, distribue des suppléments de vitamine A et de fer, fait des démonstrations alimentaires et encourage la culture de potagers (INPF, 1989). Deux projets pilotes de l'UPGK ont montré qu'on pouvait nettement améliorer l'impact d'un programme en renforçant le volet communication nutritionnelle. Le projet de communication nutritionnelle et de changement de comportement, financé de 1977 à 1982 par un prêt de la Banque mondiale, couvrait cinq régions comptant 225 000 habitants. Le projet dépendait surtout de volontaires villageois qui devaient conseiller les mères lors des séances de pesée, faire des visites à domicile et organiser des réunions communautaires. Six affiches ont été remises aux volontaires et aux mères. Les messages radiophoniques ont été limités dans la plupart des régions. Une enquête faite en 1981 auprès de 1000 ménages constatait que 40 pour cent des enfants des villages de l'intervention grandissaient mieux pendant la deuxième année que ceux des villages témoins. Les enfants âgés de 5 à 24 mois dans les zones de l'intervention consommaient davantage de protéines, de calories et d'aliments recommandés que ceux des zones témoins (Griffiths et al., 1980-83).

Le second projet pilote de sevrage réalisé par l'USAID de 1985 à 1989, intervenait dans quatre régions semi-urbaines et rurales de deux provinces. Il apportait formation et distribuait du matériel (cartes-conseils, huit cassettes, trois affiches et un dépliant) aux volontaires des

villages, aux sages-femmes, aux représentants des groupements féminins, aux dirigeants religieux et aux représentants officiels des villages. Une évaluation constatait que les mères et les volontaires avaient une meilleure connaissance des pratiques alimentaires des enfants, que l'apport calorique par enfant était plus élevé et que leur état nutritionnel s'était amélioré dans les régions-tests, comparé aux zones-témoins (Griffiths, 1991). Les études d'impact ont indiqué une légère diminution de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans les régions du programme ainsi qu'une corrélation entre le programme et les améliorations dans les poids-pour-âge des enfants des provinces retenues (INPF, 1989).

Thaïlande : Le Programme de Nutrition et de Soins de Santé primaires a réussi à faire régresser la malnutrition grave chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones rurales sur l'ensemble du pays de 36 pour cent en 1982 à 20 pour cent en 1988. Les principaux volets du programme concernent le suivi de la croissance, la distribution de coupons alimentaires et l'éducation nutritionnelle par le biais de conseils individuels, de matériel imprimé et audiovisuel et de mass media (INPF, 1989). Le programme a été financé par le Gouvernement de la Thaïlande, l'UNICEF et l'USAID.

Cameroun : Le Projet de Sevrage de CARE cherchait à changer les pratiques alimentaires des enfants dans une province reculée connaissant les taux les plus élevés de malnutrition infantile du pays. Vu que la radio et le matériel imprimé n'arrivaient pas jusqu'aux mères dans ces régions, le projet a fait appel aux agents communautaires, leur demandant de fournir une éducation nutritionnelle par le biais de groupes de discussion, de démonstrations culinaires, de suivi de la croissance avec des conseils individuels et des visites de suivi. Une enquête sur l'impact en 1989 a constaté que la proportion d'enfants qui ont participé à un suivi de la croissance dans les 16 villages de l'étude est passée de 13 pour cent à 44 pour cent en l'espace de six mois. Le nombre de mères venant aux séances d'éducation nutritionnelle a augmenté de huit fois passant à pratiquement à 50 pour cent. En outre, les mères dans la zone de l'intervention avaient davantage tendance à donner à leurs enfants des bouillies enrichies et des fruits, comparé au groupe témoin (Hollis et al., 1989).

2. Allaitement au sein

Les grandes interventions de communication ont notamment cherché à apprendre aux femmes et au personnel soignant les avantages et les techniques de l'allaitement au sein, créant un soutien social pour l'allaitement au sein et influençant les employeurs et les décideurs à prendre diverses mesures pour

soutenir les mères allaitantes (Green, 1989). Les cinq programmes dont il est question ci-après ont été élaborés en fonction des principes du marketing social :

Brésil : Une campagne nationale de promotion de l'allaitement au sein parrainée par le Ministère de la Santé et l'UNICEF pendant 1981-1982 a réussi à faire augmenter la pratique et la durée de l'allaitement maternel. A São Paulo, la durée moyenne de l'allaitement maternel est passée de 60 à 120 jours entre 1981 et 1985. Mais la campagne s'est terminée en 1985 et la durée médiane est retombée à 60 jours en 1987-1988 (daCunha, 1991).

Jordanie : Une campagne nationale d'allaitement au sein soutenue par l'USAID en 1988-90 insistait sur l'allaitement précoce et l'introduction tardive des suppléments. L'évaluation de l'impact constatait que 94 pour cent des mères interviewées se rappelaient la chanson des annonces radiophoniques et télévisées. La connaissance du moment recommandé pour commencer à allaiter est passée de 41 à 74 pour cent et la connaissance concernant l'introduction tardive des suppléments est passée de 38 pour cent à 56 pour cent. La proportion de mères qui ont commencé à allaiter dans les six heures suivant la naissance est passée de 38 pour cent à 56 pour cent de 1988 à 1990 (McDivitt et Ayman, 1991 ; Seidel, 1992).

Pérou : A Lima, une étude soutenue par le Population Council faite dans trois grands hôpitaux constatait que la formation des agents de santé concernant l'allaitement au sein et les compétences de communication, soutenue par un guide technique pour la prise en charge de la lactation, une boîte à images, une affiche/calendrier pour les mères influençait aussi bien les conseils donnés aux nouvelles mères que les pratiques effectives d'allaitement au sein. Les mères exposées à l'intervention de communication étaient plus susceptibles d'allaiter exclusivement et de retarder l'introduction de liquides complémentaires (Haak et Peredes, 1991).

Honduras : Suivant une campagne radiophonique nationale encourageant l'allaitement au sein en 1981-1983 et des interventions visant à changer les pratiques dans les hôpitaux urbains ainsi que la formation des agents de santé démarrées en 1992, la durée moyenne de l'allaitement au sein a augmenté, passant de quatre mois en 1980 à 16 mois en 1984. Ces activités ont été soutenues par l'USAID (Janowitz et al., 1987).

Egypte : Suivant quatre campagnes médiatiques nationales, soutenues par le Projet national de Lutte contre les Maladies diarrhéiques, insistant sur l'importance de continuer à allaiter pendant l'infection, la proportion de mères qui allaitaient pendant la diarrhée est passée de 68 à 86 pour cent

de 1984 à 1986 (Consultants en Administration, Analyse et Planification sociale, 1987 ; Elkamel, 1991).

3. Avitaminose A

Les principales interventions consistaient à promouvoir des aliments disponibles sur le marché local, à vendre des aliments fortifiés, à promouvoir les cachets de vitamine A, à aider les familles et les écoles à cultiver les produits appropriés et à encourager la consommation d'huile ou de graisse pour aider à absorber la vitamine A.

Thaïlande : Le Projet de Marketing social des Aliments riches en vitamine A réalisé au nord-est de la Thaïlande par l'Institut de Nutrition de l'Université de Mahidol (grâce à un financement de l'USAID) concernait une région de 134 villages comptant environ 100 000 personnes. Deux régions de non-intervention d'une superficie analogue ont été gardées aux fins d'évaluation. Le projet a encouragé la culture familiale et scolaire d'une plante locale (*Coccinia indica*). Cette courge, appelée *tamlueng* en thaï, est devenue le sujet de plusieurs traitements créatifs notamment le personnage M. Super courge qui vient rendre visite aux enfants de l'école. Par la suite les communicateurs ont pu utiliser la courge pour représenter d'autres légumes et encourager la consommation des aliments riches en vitamine A en général. Notons la progression d'une plante spécifique à une catégorie générale d'aliments, car les éducateurs en nutrition pensent généralement qu'ils doivent commencer par des généralités pour "poser les fondements".

L'intervention a duré de mai 1989 à mars 1991, empruntant un processus cyclique décrit comme "Communication (évaluer, analyser, prendre les actions nécessaires), Collaboration (pour renforcer la mobilisation sociale et la participation communautaire) et la concentration (pour que le projet réponde aux besoins tels que perçus par la communauté et au développement social plus général). Le projet a été évalué par trois équipes scientifiques : le Corps enseignant des Sciences sociales et des Humanités a réalisé une enquête CAP initiale et de suivi qui a montré de nettes améliorations au niveau de tous les indicateurs sur les connaissances, les attitudes et les comportements ainsi qu'une évaluation anthropologique qui a indiqué des comportements améliorés chez les femmes allaitantes, les mères d'enfants en âge préscolaire ou en âge d'être scolarisés. La Division de la Nutrition communautaire de l'Institut de Nutrition a déterminé que les apports en vitamine A, protéine animale et graisse chez les groupes cibles de la zone de l'intervention avaient augmenté de manière significative par rapport à la région témoin. En outre, le taux de cécité nocturne chez les enfants d'âge scolaire dans la zone de l'intervention a diminué de 4,8 pour cent à 1,4 pour cent,

comparé à une augmentation dans la région témoin, de 0 pour cent à 3,4 pour cent pendant la même période (Institut de Nutrition, Université de Mahidol à Salaya, 1992).

Indonésie : Dans l'île centrale de Java, le Projet Rovita, soutenu par l'USAID, a utilisé la radio, les banderoles et les agents de santé ainsi que les volontaires villageois pour encourager vivement les mères à aller chercher tous les six mois les cachets de vitamine A dans les postes de santé. L'évaluation a constaté qu'en l'espace d'une année, la proportion d'enfants de un à cinq ans qui recevaient un cachet de vitamine A d'un poste de santé était passée de 24 pour cent à 51 pour cent dans les zones-tests comprenant un poste de santé. La distance au poste de santé influençait considérablement la couverture puisque 53 pour cent des enfants à cinq minutes du poste de santé ont reçu des cachets, comparé à 24-32 pour cent dans les communautés très éloignées d'un poste de santé ou sans poste de santé. Les responsables de l'évaluation ont également noté que si la radio était généralement utile pour augmenter les connaissances, un appel aux dirigeants villageois ou à d'autres réseaux communautaires pour diffuser des informations locales sur l'emplacement et les dates de distribution des cachets aurait permis d'améliorer la portée du programme. En général, les responsables de l'évaluation préconisent une plus grande combinaison de réseaux de communication pour atteindre un nombre important de mères, surtout celles moins éduquées et recommandent de combiner mass media et dirigeants villageois, le mouvement de bien-être familial ou l'organisation villageoise de femmes.

Un second projet soutenu par l'USAID en Indonésie (Sumatra de l'Ouest) se servait d'annonces radiophoniques, d'activités promotionnelles sur le marché et de matériel de conseil pour les agents de santé pour promouvoir la vitamine A. Une étude faite en 1989 réalisée près deux années d'exécution du programme constatait que les mères qui avaient entendu les annonces à la radio avaient changé d'avis concernant la consommation de légumes à feuilles vert foncé pendant la grossesse et quant à l'adéquation de ces aliments pour les jeunes enfants. Dix-neuf à 32 pour cent des femmes qui avaient entendu les annonces radiophoniques consommaient davantage de légumes à feuilles vert foncé. Cette proportion avait augmenté de 14 pour cent à 33 pour cent chez les mères allaitantes, de 10 à 21 pour cent chez les enfants âgés de cinq à douze mois et de 17 à 27 pour cent chez les enfants âgés de 13 à 60 mois (Favin et Griffiths, 1991).

4. Autres interventions au niveau des micronutriments

Les principales interventions de communication concernent la promotion des suppléments de fer pour les femmes enceintes et allaitantes, les changements alimentaires pour augmenter les apports et l'absorption de fer et le remplacement du stérilet par la pilule pour diminuer les pertes de fer pendant la menstruation. Peu de ces activités ont été évaluées. En ce qui concerne la prévention de manque d'iode, les principales interventions consistent à vendre des aliments fortifiés, à encourager les changements alimentaires et à apporter des suppléments aux aliments des animaux domestiques pour augmenter la teneur en iode de la viande et du lait.

Bolivie : Le Programme de Lutte contre le Goitre endémique a encouragé la consommation de sel et d'eau iodés et a distribué du sel iodé par le biais des postes sanitaires. De 1984 à 1988, la prévalence du goitre chez les enfants d'âge scolaire a diminué de 61 pour cent à 21 pour cent sur l'ensemble du pays (INPF, 1989).

Equateur : Le Projet de Bien-Etre maternel soutenu par l'USAID (1973-74) a encouragé la consommation de sel iodé par le biais de feuillets à la radio. L'utilisation de sel iodé a augmenté de cinq pour cent à 20 pour cent dans la population mestizo des provinces du projet (Manoff, 1975).

5. Lutte contre les maladies diarrhéiques

Les principales interventions consistent à promouvoir la thérapie de réhydratation orale et à apprendre à ceux qui s'occupent des enfants l'importance de l'allaitement au sein et de l'alimentation pendant et après les épisodes diarrhéiques.

Des projets au Nigéria et au Pérou ont utilisé la recherche faite dans les communautés et les essais de recettes pour mettre au point des régimes alimentaires pour les enfants pendant les épisodes diarrhéiques.

Pérou : Un nouvel aliment de sevrage pour les enfants souffrant de diarrhée a été recommandé par le biais d'annonces à la radio, de démonstrations culinaires dans les clubs de mères et les marchés locaux, par une boîte à images, un calendrier et du matériel de formation pour les professionnels de la santé. Le projet a été réalisé dans une vallée centrale à prédominance rurale comptant environ 100 000 personnes. Dans la région-test, 80 pour cent des femmes interviewées avaient entendu parler de l'aliment, 16 pour cent l'avaient déjà essayé et 12 pour cent ont indiqué qu'elles continueraient à l'utiliser (JHU, 1990).

Nigéria : Un aliment de sevrage avec du maïs et du niébé pour les enfants souffrant de diarrhée aiguë a été mis au point et recommandé dans le cadre d'une étude pilote faite dans l'Etat de Kwara. Plus de la moitié des 1 200 femmes qui ont participé aux démonstrations culinaires avaient essayé la recette et 17 pour cent l'avaient adoptée (JHU, 1990).

B. Programmes dirigés vers les décideurs

Les décideurs représentent un public puissant pour la communication en matière de nutrition. Au Brésil, le soutien des décideurs a été indispensable lors de la vaste campagne nationale d'allaitement au sein réalisée en 1981-82. Pour obtenir leur soutien, les défenseurs de l'allaitement maternel ont préparé une présentation percutante de diapositives qui relevaient non seulement les avantages nutritionnels et sanitaires de l'allaitement au sein, mais également le coût et la perte financière (en monnaie lourde) due à l'utilisation de produits de remplacement du lait maternel. La présentation de diapositives a encouragé les ministres et autres officiels de haut niveau à prendre un engagement important face à la promotion de l'allaitement maternel (daCunha, 1991).

Non seulement les décideurs fixent les priorités budgétaires, mais ils ont également le pouvoir de changer la législation de sorte à avoir un impact important sur le comportement nutritionnel. Par exemple, les politiques concernant les congés de maternité, la création de crèches et d'équipement pour l'allaitement sur les lieux de travail, ainsi que les pauses au travail pour allaiter les bébés pourraient aider les mères qui travaillent à continuer d'allaiter et à éviter d'utiliser les produits de remplacement du lait maternel (Rodrigues da Rocha, 1991). En outre, les lois exigeant la fortification de certains aliments spécifiques (par exemple, le sel iodé et les suppléments de vitamine A) peuvent grandement simplifier le problème si elles stipulent l'adjonction de micronutriments à des régimes déficitaires. Par exemple, au Guatemala, suite à un lobbying important de la part des spécialistes de la nutrition, une loi a été votée pendant les années 70 demandant que tout le sucre transformé soit fortifié avec de la vitamine A. Cela a grandement simplifié le problème de la distribution (Parlato, R., 1992).

Même lorsque les lois ont été votées, la communication nutritionnelle peut jouer un rôle en vérifiant qu'elles sont appliquées. Par exemple, dans l'Etat de Santa Catarina au Brésil, la proportion d'industries avec des crèches a augmenté passant de moins de 10 pour cent à 85 pour cent en l'espace d'une année suivant la campagne médiatique de 1982-83 expliquant les conditions légales. (Huffman, 1984).

Un autre rôle auquel on ne pense pas assez souvent pour les programmes de communication nutritionnelle consiste à montrer aux décideurs l'impact nutritionnel d'autres politiques de développement se rapportant à la production et aux prix agricoles, aux facteurs macro-économiques, à la croissance et à la distribution de la population et à la qualité environnementale.

V. Leçons synthétisées à partir de ces expériences

La réussite de ces programmes de communication nutritionnelle peut être attribuée en grande partie à neuf caractéristiques communes :

1. **Les programmes réussis utilisent une recherche approfondie pour mettre sur pied une stratégie efficace de communication.**

S'ils veulent influencer les connaissances et le comportement nutritionnels, les planificateurs de programmes doivent comprendre les facteurs influençant les pratiques alimentaires au sein de groupes à risque. Pour cela, ils doivent faire une analyse attentive et approfondie de la situation actuelle, des pratiques alimentaires, de la disponibilité alimentaire et du coût, des croyances culturelles et de l'utilisation de services sociaux. Pour qu'ils puissent choisir les interventions les plus appropriées, les responsables des programmes doivent identifier les barrières à une bonne nutrition (par exemple, les familles ne peuvent pas acheter d'aliments nutritifs, les bébés ne sont pas allaités assez longtemps, la nourriture n'est pas préparée correctement, certains membres familiaux reçoivent moins, les maladies diarrhéiques empêchent une bonne absorption des aliments) et s'y attaquer directement. Une fois les problèmes spécifiques identifiés, les planificateurs des programmes doivent décider lesquels sont les plus nuisibles ou répandus et lesquels pourront être changés le plus facilement. Les interventions possibles (par exemple, encourager des aliments spécifiques, des suppléments alimentaires, des jardins familiaux) doivent être évaluées pour juger de leur faisabilité, de leur coût et de leur impact éventuel. Certaines interventions sont peut-être irréalistes : il existe des tabous culturels entourant certains aliments, certains sont peut-être trop chers, ne sont pas assez disponibles ou ne sont pas appétissants, les agents de vulgarisation ou de santé ne sont pas en contact avec les habitants ou alors il n'y a pas d'eau et donc pas moyen d'avoir un jardin. Dans la plupart des cas, les interventions reposeront sur plusieurs volets outre la communication nutritionnelle. Des initiatives spécifiques de communication nutritionnelle peuvent alors être élaborées à l'encontre de groupes cibles spécifiques.

Par exemple, à l'Ouest de Sumatra en Indonésie, les mères évitaient pour diverses raisons de donner à leurs enfants des légumes à feuilles vert foncé : elles pensaient que les enfants n'arrivaient pas à diriger ces aliments, qu'ils causaient la diarrhée, que les enfants ne les aimaient pas et que la consommation quotidienne était monotone. Aussi, la Direction de la Nutrition et Helen Keller International ont mis sur pied une campagne contrecarrant ces préoccupations en présentant des annonces et des minifeuillets à la radio, des promotions sur le marché, du matériel de conseil pour les agents de santé et un guide pour les organisations communautaires et d'autres groupes (Favin et Griffiths, 1991).

2. **Des campagnes et des produits efficaces de communication nutritionnelle se fondent sur les préférences des consommateurs.**

Dans la plupart des cas, les responsables des programmes cherchent à identifier un comportement nutritionnel susceptible d'être modifié, à élaborer une nouvelle recette ou mode de distribution pour les suppléments alimentaires ou encore à améliorer les pratiques alimentaires/soins. La participation des consommateurs au processus visant à choisir et à perfectionner le produit final—qu'il s'agisse d'un produit tangible, d'une pratique ou de ne pas faire quelque chose de nuisible—renforce les chances d'adoption et de maintien d'un nouveau produit ou d'une nouvelle pratique. Le Projet de Prise en Charge alimentaire de la Diarrhée au Pérou a conçu en quatre étapes un aliment de sevrage préparé à la maison : (1) recherche concernant les préférences alimentaires, (2) formulation de combinaisons alimentaires nutritives, (3) participation des mères à l'élaboration de recettes d'aliments de sevrage en utilisant les combinaisons et (4) série d'essais faits à domicile en demandant aux mères d'utiliser les recettes pendant une semaine et de donner leur avis. Processus qui a permis de mettre au point un aliment de sevrage nutritif et énergétique acceptable aux yeux des mères et des enfants. Les recettes n'ont été mises au point qu'après avoir réuni des informations considérables sur les pratiques alimentaires des nourrissons et des enfants, les croyances culturelles, les aliments peu chers disponibles localement et autres formes de préparation culturellement appropriée de ces aliments destinés aux jeunes enfants et utilisés pendant la diarrhée. Les mères ont joué un rôle clé au niveau de l'élaboration et du test des recettes, rejetant celles qui prenaient trop de temps ou qui étaient trop complexes à préparer ou encore que les enfants n'aimaient pas (Kanashiro et al., 1991).

3. Les programmes réussis encouragent des comportements séparés, basés sur l'action.

Par le passé, de nombreux programmes de communication nutritionnelle ont présenté une panoplie compliquée et confuse d'actions nécessaires à une bonne nutrition. Ces messages n'ont guère réussi à changer le comportement nutritionnel. En revanche, les campagnes récentes se sont concentrées sur des comportements très spécifiques et ont su amener des changements très importants en l'espace de quelques années. Les programmes de la République dominicaine et du Cameroun décrits ci-dessus ont apporté des messages sur des quantités spécifiques de repas, de quantités et autres normes alimentaires adaptées à l'âge du nourrisson et au mode de croissance.

Dans de nombreux cas, les gens sont davantage prêts à accepter un nouvel aliment ou un nouveau produit (par exemple cachets de vitamine A, aliments de sevrage fortifiés) que de changer leur mode alimentaire. Des produits qui ne changent pas les caractéristiques fondamentales d'un repas pour adulte sont souvent plus acceptables car les règles culturelles concernant les aliments des enfants ou les aliments ordinaires sont généralement plus souples (Fishman et al., 1989). Par exemple, dans le cadre du projet BRAC au Bangladesh, les recettes pour les goûters des enfants étaient bien acceptées (Brown et Zeitlin, 1991). Là où les femmes ne peuvent pas augmenter leur propre alimentation sans augmenter la quantité totale de nourriture au moment du repas familial, on pourrait encourager l'utilisation des "en-cas" pour venir à bout de ces barrières culturelles.

Peut-être faudra-t-il également encourager des comportements qui ne sont pas directement reliés à la nutrition pour arriver aux changements souhaités. Par exemple, le projet de vitamine A en Thaïlande (visant à une plus grande distribution d'aliments riches en vitamine A et à leur consommation dans les groupes vulnérables) a constaté que les villageois n'arrivaient pas à faire pousser les courges sans qu'on leur indique des moyens sûrs de venir à bout des maladies et des ravageurs et sur la manière de construire les treillis (Smitasiri, 1991).

4. Les programmes réussis définissent et communiquent avec d'autres publics cibles qui ont le pouvoir d'influencer le public cible primaire.

De nombreux programmes de communication nutritionnelle se concentrent sur les mères puisque ce sont elles qui dans de nombreux ménages préparent à manger et s'occupent des enfants. Mais d'autres membres de la famille, surtout les pères, ont souvent une grande influence sur les décisions concernant les achats de nourriture et la distribution de la nourriture au sein de la famille. C'est la mère qui est la première responsable de nourrir et de s'occuper de son enfant, mais lorsqu'on essaye de changer les modes alimentaires culturellement acceptés, les autres membres de la famille ou de la communauté jouent très souvent un rôle pivot. Par exemple, au Mali ce sont les hommes qui fournissent le mil (principal aliment de base) à leur famille et qui achètent parfois d'autres aliments sur le marché. Le Projet de Communication nutritionnelle au Mali est en train d'élaborer des messages pour les hommes afin de les encourager à donner plus de mil à leurs épouses (que la femme peut échanger pour d'autres aliments), à acheter plus d'aliments nutritifs au marché (beignets de haricots ou de carottes plutôt que macaroni ou beignets de farine) et à donner plus à manger à leurs femmes enceintes (Fishman et al., 1991).

Les membres de la famille, y compris la belle-famille, influencent les pratiques alimentaires, non seulement par leurs opinions et contributions financières à l'achat de nourriture, mais également par la "main-d'œuvre" qu'ils représentent pour la famille. Les changements dans le comportement nutritionnel demandent souvent qu'on répartisse le temps différemment entre les membres de la famille. Par exemple, si les femmes passent plus de temps à allaiter ou à préparer la nourriture, les autres membres du village auront peut-être des responsabilités supplémentaires, par exemple, aller chercher de l'eau ou du bois de feu. Aussi il est très important d'orienter certains messages vers ces membres et de les faire participer aux efforts d'amélioration du régime alimentaire de la famille (Brown et Zeitlin, 1991 ; Clearinghouse on Development Communication, 1991).

Les planificateurs des programmes doivent déployer un effort particulier pour identifier les groupes à haut risque qui pourraient ne pas être atteints par les sources classiques d'informations nutritionnelles, par exemple, les ouvriers agricoles sans terre, les fermiers à faibles revenus et les habitants des zones reculées. Peut-être faudra-t-il donner une formation au gouvernement communautaire pour qu'il comprenne les conditions sociales et la vie de ces personnes, leurs habitudes concernant l'achat et la consommation de nourriture et leur utilisation des services sociaux disponibles.

5. Les programmes réussis collaborent avec les dirigeants et les réseaux communautaires pour promouvoir des solutions aux problèmes de nutrition.

Les dirigeants communautaires peuvent jouer un rôle important identifiant les problèmes et les solutions possibles, aidant à faire accepter de nouveaux produits ou pratiques et établissant de nouvelles normes culturelles dans le domaine de la nutrition. Le niveau de participation communautaire varie grandement d'un projet à l'autre. Les programmes de communication efficaces demandent aux dirigeants communautaires d'aider à définir les problèmes nutritionnels les plus graves dans la communauté, de donner des conseils sur les changements de comportement proposés, des messages et des canaux de communication et de soutenir les activités communautaires en général. La participation des dirigeants communautaires à la planification de projets permet de s'assurer de leur collaboration active à la mise en œuvre du projet. Le projet d'Iringa en Tanzanie doit une grande partie de sa réussite à la participation des dirigeants de village. Lors des réunions publiques, on parlait du nombre d'enfants gravement sous-alimentés dans chaque village. Cette discussion a exercé une pression sociale sur les dirigeants des villages pour qu'ils assument personnellement la responsabilité de l'élimination de la malnutrition (Yambi et al., 1989).

Le projet vitamine A en Thaïlande nous montre toute la gamme de canaux pouvant être utilisés pour atteindre les habitants des villages.

-
1. Les services agricoles et les écoles primaires ont distribué les plants de courge, encourageant les gens à les cultiver.
 2. Le bureau d'éducation a encouragé une réunion avec des instituteurs à la retraite pour les encourager à participer.
 3. Les écoles et les villages ont organisé des concours pour la culture de la courge.
 4. Des volontaires villageois ont été recrutés et formés pour encourager les jardins potagers.
 5. Des centres de santé ont organisé des séances de conseils de santé de nutrition et des démonstrations culinaires pour les mères. Ils ont fourni des livrets aux femmes enceintes et aux nouvelles mariées.
 6. Les moines bouddhistes ont organisé des réunions et ont donné des sermons.
 7. Des groupes de théâtre ambulant ont organisé des représentations d'une journée sur l'alimentation et la nutrition avec du théâtre pour les enfants et des ateliers pour les enseignants.
 8. Les chanteurs populaires ont parlé du projet dans leurs chansons.
 9. Les annonces publiques, les spots et les programmes radiophoniques, le matériel imprimé, les audio-visuels et les pancartes ont également été utilisés (Smitasiri, 1991).
-

Les programmes de communication nutritionnelle doivent arriver à un équilibre entre les fonctions gérées centralement et la participation communautaire—une combinaison judicieuse de planification à partir de la base et à partir du sommet” (INPF, 1989:15). La gestion centrale est nécessaire pour donner des messages exacts et constants, pour profiter d'économies d'échelle (par exemple, réalisation de matériel) et fournir une expertise spécialisée. L'apport communautaire est nécessaire pour que les messages soient appropriés du point de vue culturel, qu'ils poussent à l'action et arrivent jusqu'au public visé.

6. Les programmes efficaces utilisent des messages fréquents et directs.

La portée et la fréquence des interventions de communication est reconnue par tous comme un facteur clé du changement comportemental. Faire passer le message ne signifie pas qu'il est reçu et compris. En effet, d'abord les messages risquent de ne pas parvenir jusqu'au public : de nombreuses mères ne viennent pas dans les centres de santé, les agents de santé et de terrain souvent n'ont pas reçu une formation suffisante en matière de nutrition et n'arrivent qu'à atteindre une petite proportion des villages et des ménages. Les gens n'écoutent pas toujours la radio. Deuxièmement, les gens peuvent ignorer ou mal interpréter le message. Troisièmement, le message passe mais les gens ne font rien. Les spécialistes de la publicité ont constaté que les gens doivent généralement entendre les messages à maintes reprises avant de passer à l'action. Il est faux de penser qu'une fois que les gens ont entendu les messages, ils vont immédiatement adopter sans faute le comportement souhaité. En réalité, les gens sont très occupés et ont de nombreuses autres préoccupations. Et même le message le plus intelligent doit se frayer un passage dans l'imbroglio des communications de tous les jours.

7. Les canaux interpersonnels et les mass media doivent être évalués du point de vue de leur portée face à un nombre suffisant de personnes du groupe cible, et de leur fréquence—pour avoir un impact. Les programmes les plus réussis ont utilisé une combinaison de moyens interpersonnels et de mass media.

Vu que le changement de comportement est un processus complexe soutenu en grande partie par l'information de données d'une source de toute confiance, les stratégies les plus efficaces sont celles stimulant une discussion tout au long d'une journée ordinaire. Une approche de combinaison médiatique y arrive le mieux puisqu'on atteint les publics cibles avec des moyens différents, à différents heures de la journée, dans différentes situations (par exemple, à la maison et au marché). Ainsi l'information est énergétisée (Parlato, 1988).

Le Projet de Sevrage au Cameroun est un exemple où les canaux interpersonnels ont été utilisés suite à l'absence de mass media dans les provinces à l'extrême nord du pays où le projet était réalisé. Le programme de vitamine A dans l'île de Java centrale est un exemple de programme où on a utilisé la radio mais l'impact général a été moins efficace qu'il ne l'eût été si on avait demandé à des agents communautaires de distribuer des messages précisant les heures et l'emplacement de la distribution de cachets. Chaque

formule de communication comporte ses forces et faiblesses, mais en général les mass media sont plus efficaces du point de vue portée et nombre de personnes qui changent de comportement suite au contact. Une évaluation récente de 16 projets de communication sanitaire a conclu que des programmes qui arrivaient à un contact médiatique élevé (atteignant au moins 60 pour cent du public cible) étaient liés à un changement important dans le comportement alors que ceux avec de faibles taux de contact médiatique (inférieur à 30 pour cent) n'avaient que peu ou aucun changement. Les chercheurs ont conclu que "les programmes qui communiquent avec un plus grand public sont bien plus réussis que les autres" (Hornik et al., 1992:18).

Les mass media sont être particulièrement efficaces pour créer des normes sociales et influencer les décideurs. Deux campagnes mises en place par le Centre de Nutrition aux Philippines démontrent le pouvoir des mass media. Suivant une campagne de 1984 en vue de promouvoir des aliments très nutritifs à faible coût, 76 pour cent des gens sondés connaissaient les annonces radiophoniques et télévisées et 78 pour cent d'entre eux avaient utilisé les aliments mentionnés par la campagne. Une évaluation d'une campagne de 1989 encourageant l'allaitement au sein et la nutrition infantile constatait que la plupart des mères d'un petit échantillon se souvenaient effectivement des publicités de la campagne et que la plupart avaient compris les messages (Solon, Casimiro et Gatchalian, 1991).

Les responsables des programmes peuvent penser que les grandes campagnes médiatiques sont bien trop chères. Mais en termes de coût par personne, les mass media dépassent de loin les canaux de communication interpersonnelle. En termes absolus, les mass media peuvent être limités. De nombreuses agences commerciales et réalisateurs sont prêts à donner des créneaux gratuits, à fournir des services gratuitement ou au coût de revient et à utiliser leurs relations pour obtenir des concessions dans d'autres affaires. Par exemple, le Centre de Nutrition des Philippines a pu réaliser deux campagnes à faible budget car une agence publicitaire (J. Walter Thompson, Philippines, Inc.) a fait don du temps du personnel pour l'élaboration du matériel et l'élaboration du placement médiatique. Et l'Association philippine des Diffuseurs a persuadé son personnel de diffuser gratuitement les annonces de la campagne (Solon, Casimiro et Gatchalian, 1991). De même, la campagne sur l'allaitement maternel au Brésil parrainée par le Gouvernement et l'UNICEF a obtenu des services gratuits pendant deux ans de la principale agence publicitaire (CBBA) et des créneaux gratuits des principaux réseaux de radio et télédiffusion. Le prix de marché des services publicitaires, des royalties et des créneaux médiatiques pendant les dix premiers mois de la campagne au Brésil s'élevait à un million de dollars. En fait les organisateurs du programme n'ont payé que 22 000 dollars (daCunha, 1991).

8. **Les programmes réussis ont déployé des efforts spéciaux pour apporter aux agents communautaires une formation en matière de conseils et de communication et les ont supervisés régulièrement.**

La communication nutritionnelle donne une très grande importance aux présentations interpersonnelles, aux démonstrations et aux conseils car on juge que c'est le contact personnel qui est le meilleur moyen d'influencer le comportement alimentaire. Aussi, la formation de groupes communautaires en vue des contacts qu'ils ont avec les ménages est un élément clé des programmes de communication nutritionnelle. Les animateurs de santé villageois et les ONG, le personnel régional du Ministère de la Santé ainsi que le personnel de vulgarisation agricole, de l'alphabétisation ou de la mobilisation sociale peuvent recevoir une formation en vue de changer les comportements ciblés ; de mettre en priorité les problèmes de nutrition et de santé infantile ; d'offrir des conseils efficaces, d'interpréter et d'utiliser le matériel éducatif pour le face-à-face. Après la formation, les agents devraient être en mesure de fournir des conseils nutritionnels plus efficaces à un niveau individuel et d'intégrer la nutrition aux autres contacts de survie de l'enfance, par exemple ceux concernant les maladies diarrhéiques, le paludisme, la rougeole et autres maladies et la planification familiale).

Une formation efficace des agents utilise également une approche marketing social apprenant aux agents communautaires à voir les femmes rencontrées dans les centres de santé ou auxquelles ils ont rendu visite dans les communautés comme des "clientes" ou des "consommatrices" des services et des informations qu'ils offrent.

Cette perspective demande aux agents communautaires :

- ◆ de comprendre les circonstances des clients et le pourquoi de l'existence des opinions et des pratiques alimentaires actuelles.
- ◆ de rechercher des solutions aux problèmes nutritionnels en collaboration avec les consommateurs en fonction des ressources dont dispose la famille.
- ◆ de faire systématiquement un suivi et de sensibiliser la communauté : quand l'agent revient-il voir la mère ; est-ce un problème qu'il faudrait mentionner au comité de santé villageois ; est-ce un thème pour une démonstration de groupe, une causerie sanitaire ou un jeu de rôle ?

Vu que les agents communautaires d'un part "vendent" de l'information à leurs propres clients et d'autre part "consomment" celles de leurs supérieurs, on a élaboré du matériel de communication pour motiver et renforcer leur confiance tout en améliorant leurs compétences à donner des conseils nutritionnels. Des bulletins intéressants, des carnets de suivi, des badges et des autocollants de motivation font partie des aides professionnelles (NCP, 1992 ; USAID, 1988).

Généralement, il existe des taux d'abandon élevés parmi les agents d'animation et les volontaires. Peut-être qu'on pourrait y remédier en apportant une meilleure formation et supervision, en reconnaissant leur travail et en leur offrant des incitations monétaires. Une supervision peut servir à améliorer les compétences, aider les agents à résoudre des thèmes particulièrement difficiles que rencontrent les consommateurs et à améliorer le moral.

9. Les programmes réussis se sont engagés dans le long terme pour arriver à un changement durable.

Si des interventions brèves ont réussi à obtenir des résultats durables, il n'en reste pas moins que les nouveaux comportements sont fragiles et peuvent disparaître rapidement. Les projets de communication qui ont été évalués périodiquement ont besoin d'un effort intense déployé dans le long terme.

La campagne d'allaitement au sein au Brésil est un exemple d'intervention très réussie qui a été arrêtée parce qu'on pensait qu'elle n'était plus nécessaire. Trois ans après la fin de la campagne, la durée de l'allaitement au sein était revenue à son niveau précédent (daCunha, 1991). Les résultats d'une étude faite en Turquie montraient également l'importance d'interventions de communication durable. Suite à deux séances d'éducation sur l'allaitement au sein exclusif, des femmes urbaines étaient plus susceptibles de commencer à allaiter que celles qui n'avaient pas assisté aux séances. Mais deux mois après, il n'y avait plus de différences entre les deux groupes montrant que les effets de l'intervention éducative n'avaient guère duré (Neyzi et al., 1991a). Un autre groupe de femmes ont reçu des informations non seulement grâce aux deux séances d'éducation mais également parce qu'elles se rendaient six fois chez un pédiatre pour faire suivre leurs bébés. Soixante-huit pour cent des femmes qui ont reçu un soutien continu allaitaient encore exclusivement quatre mois après l'accouchement comparé à cinq pour cent seulement de celles qui s'étaient rendues chez le pédiatre mais qui n'avaient pas reçu d'informations spécifiques sur l'allaitement (Neyzi et al., 1991b).

Le problème du changement durable de comportement n'a pas été étudié suffisamment dans le contexte de la nutrition et certains faits retirés des projets de marketing social visant à encourager la thérapie de réhydratation orale et les vaccinations montrent clairement que le comportement revient au niveau d'avant le programme si on ne maintient pas le programme de communication. Par exemple, suite au Projet de Mass Media et de Pratiques sanitaires réalisé de 1982 à 1984 en Gambie, la proportion d'épisodes diarrhéiques traités à la maison est passée de 4 pour cent à 74 pour cent. Lorsque le projet s'est achevé, 43 pour cent des mères savaient mélanger correctement la solution de réhydratation orale à la maison. Mais trois ans plus tard, seules 21 pour cent des mères savaient comment mélanger la solution et la proportion d'épisodes diarrhéiques soignés à la maison est tombée à 11 pour cent (McDowell et McDivitt, 1990). Une analyse de plusieurs programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques conclut ainsi : "Dans les pays où les résultats sont les plus clairs [concernant l'utilisation

de la réhydratation orale], l'Égypte, le Honduras, l'Équateur et le Mexique, l'effort a été intense et soutenu sur une période cinq à dix ans" (AED, 1989).

Pour les planificateurs de programme cela veut dire qu'il faut suffisamment de fonds, de ressources humaines et d'engagement politique pour obtenir des résultats. Même lorsque la plupart des gens ont adopté le comportement souhaité, il faut des messages de renforcement pour éviter qu'ils ne reviennent à leur comportement original. En outre, les publics changent—les jeunes fondent des familles et doivent être au courant des pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants, les campagnards se déplacent vers les villes et les niveaux de revenu changent. En principe, la communication sur les sujets les plus importants ne devrait jamais cesser. En faisant une séquence de messages dans le temps, en tenant compte des réactions du public et en utilisant les résultats de l'évaluation pour planifier de nouvelles campagnes, les responsables des programmes peuvent construire à partir des efforts passés et renforcer les changements de comportement. Le programme de réhydratation orale au Honduras montre comment une série de messages a été introduite dans le temps. Planifiée sur une période de deux ans, la séquence de messages commençait par une étape de sensibilisation générale, suivie par une étape d'acquisition des compétences (reconnaître et traiter la maladie diarrhéique) et une phase de renforcement revoyant les points essentiels (voir Figure 2).

	I 1 mars - 26 juin 1981 Un enfant a besoin de soins spéciaux L'allaitement au sein est important Qu'est la déshydratation ? La chaleur tue les microbes	
	II juin - oct. 1981 LITROSOL redonne de l'appétit Utilisez LITROSOL pour la déshydratation Utilisez LITROSOL à chaque épisode	
	III nov. 1981 - avril 1982 Signes de déshydratation Continuez l'alimentation pendant les épisodes Continuez à allaiter LITROSOL redonne de l'appétit Suivre les instructions sur le paquet	Point souligné : "Suivre les instructions sur l'étiquette"
SUIVI	IV mai - oct. 1982 Signes de déshydratation Utilisez LITROSOL à chaque épisode Mélangez tout le contenu du sachet 3 bouteilles font un litre On peut donner d'autres médicaments	Point souligné : "A chaque épisode" (y compris l'"empacho")
SUIVI	V nov. 1982 - fév. 1983 L'allaitement au sein est important LITROSOL pour la déshydratation	

VI. Questions finales pour les planificateurs des programmes

Les décideurs, les représentants officiels des gouvernements et les responsables de programmes peuvent faire beaucoup pour renforcer les programmes de communication nutritionnelle. L'expérience montre que les actions suivantes sont particulièrement judicieuses :

1. Accorder une haute priorité ainsi que des ressources suffisantes à la communication nutritionnelle.

Vu que la malnutrition affaiblit l'organisme et diminue la résistance aux infections et aux maladies, la communication nutritionnelle est surtout vue comme une question de santé. Tout en faisant partie des informations sanitaires, elle n'en a pas moins une faible priorité. La nature insidieuse de la malnutrition est mal reconnue par les décideurs et les responsables des programmes. Un régime alimentaire insuffisant freine le développement mental et physique d'un enfant. C'est la cause d'une mortalité plus élevée suite aux infections, de capacités intellectuelles diminuées pour toute une vie et de moins d'énergie de force. Les adultes mal nourris ne peuvent pas être vraiment productifs. Ils manquent de vivacité intellectuelle. Aussi, la malnutrition perpétue le cycle de la faible croissance économique, du chômage élevé, de l'analphabétisme et de la mauvaise santé. Les effets de la malnutrition se font ressentir sur des décennies. Les handicaps venant d'un retard de croissance chez l'enfant ne peuvent pas être compensés.

Malheureusement, de nombreux responsables de programmes considèrent que la malnutrition est un problème purement économique. Peu sont bien informés sur les interventions nutritionnelles concrètes et les possibilités de la communication nutritionnelle face à certaines des grandes insuffisances. Le plus grand problème que rencontrent les programmes de communication nutritionnelle est d'obtenir un soutien financier suffisant et d'autres ressources. Si les programmes de communication nutritionnelle n'arrivent pas à atteindre directement des publics importants, ils n'auront que peu d'impact sur la connaissance et le comportement en matière de nutrition. Il est également important de maintenir ces programmes dans le temps. L'impact d'une campagne s'estompe après quelques années et les gens ont tendance à revenir à leurs vieilles habitudes. L'expérience jusqu'à présent nous montre la validité des investissements dans la communication nutritionnelle puisque le coût relatif par personne est faible comparé à d'autres volets tels que les programmes alimentaires et de suivi de la croissance.

2. Relier les interventions nutritionnelles à d'autres programmes de développement sanitaire et socio-économique

Vu que les programmes de communication nutritionnelle sont généralement des opérations avec de faibles budgets reléguées au deuxième plan des activités des ministères de la santé et de l'agriculture, ils manquent souvent des ressources humaines ou financières nécessaires pour mettre en place un programme efficace d'éducation publique. En les reliant à des programmes plus solides et mieux financés, par exemple l'agriculture,

la lutte contre les maladies diarrhéiques et la planification familiale, on pourra élargir leur portée et diminuer les coûts.

Les messages nutritionnels peuvent être inclus aux campagnes d'autres secteurs. Par exemple, les agents de vulgarisation agricole peuvent aider les familles à cultiver des produits nutritifs. Les agents de santé peuvent offrir des cachets de vitamine A au moment des vaccinations et donner des conseils sur l'allaitement au sein dans le cadre de programmes de planification familiale. Les spécialistes de la lutte contre les maladies diarrhéiques peuvent insister sur l'importance de l'allaitement au sein et les aliments de sevrage appropriés. Les agents de l'eau et de l'assainissement peuvent expliquer l'importance d'utiliser de l'eau salubre et d'adopter de bonnes pratiques d'hygiène. Enfin, les programmes scolaires et d'alphabétisation peuvent donner des informations nutritionnelles. Ces approches intégrées utilisent les ressources efficacement et aident à renforcer l'impact des informations nutritionnelles. Lorsqu'ils coordonnent des programmes intégrés, les responsables doivent vérifier que les agents communautaires ont reçu une formation suffisante et ont le temps de parler de la nutrition dans leur travail.

3. Se concentrer sur deux ou trois interventions nutritionnelles et des comportements spécifiques qui peuvent avoir un impact nutritionnel important.

Des approches disparates cherchant à traiter une multitude de problèmes nutritionnels sont vouées à l'échec car elles manquent d'orientation, de portée et de fréquence. Il vaut mieux analyser soigneusement la situation pour choisir les deux ou trois interventions susceptibles d'avoir le plus grand impact sur la santé publique. Par exemple, dans tel contexte, la promotion d'un nouvel aliment de sevrage pourra avoir plus d'impact sur la santé des enfants que d'encourager les mères à donner le colostrum aux nouveaux-nés. Dans un autre contexte, l'avitaminose A pourrait être un grave problème alors que le manque d'iode est rare. La sélection des interventions devrait se fonder sur la recherche locale concernant l'état de santé et de nutrition. Elle demande également qu'on soupèse l'impact éventuel des diverses interventions. Il faudra différentes interventions pour les différentes régions du pays ou pour les différents groupes socio-économiques ou ethniques.

4. Utiliser une approche pluridisciplinaire pour diagnostiquer les problèmes nutritionnels et planifier les interventions.

Les programmes nutritionnels les plus réussis ont réuni une équipe pluridisciplinaire d'experts pour donner des conseils sur la planification et la mise en œuvre de programmes. L'équipe idéale chargée de la nutrition devrait comporter des nutritionnistes pour évaluer les pratiques alimentaires et vérifier l'adéquation nutritionnelle des solutions proposés, des anthropologues ou de spécialistes des sciences sociales qui comprennent le contexte culturel et social des comportements, des experts du marketing dont le travail est orienté sur le consommateur et qui mettent au point le positionnement de l'intervention et des spécialistes de la communication qui vérifient que les messages arrivent au public cible.

- 5. Demander aux universités, aux agences publicitaires et à d'autres groupes de fournir l'expertise dont disposent rarement les services publics et les organisations de développement.**

Dans la plupart des cas, les divisions de l'éducation nutritionnelle ou sanitaire ne possèdent pas toute la gamme des compétences spécialisées nécessaires pour planifier et réaliser des programmes de haute qualité. Et il n'est guère rentable de recruter de tels spécialistes. Aussi pour obtenir un travail de haute qualité à un coût raisonnable, on peut forger un partenariat avec des organisations de l'extérieur. Les universités sont souvent un lieu où on trouvera l'expertise en matière de recherche, particulièrement chez les professeurs d'anthropologie et de sociologie. Les étudiants peuvent concourir à la collecte et à l'analyse de données. Les bureaux de marketing et les agences publicitaires peuvent également fournir des compétences spécialisées et nombreux sont prêts à aider les programmes nutritionnels à des coûts moindres ou même gratuitement.

- 6. Lors des décisions budgétaires, se concentrer sur des dépenses de fonctionnement minimales par bénéficiaire, plutôt que sur les dépenses importantes de démarrage.**

Bien que peu d'analyses aient été faites sur les coûts comparables entre programmes nutritionnels, les données disponibles indiquent que la communication nutritionnelle soutient bien la comparaison du point de vue coût-efficacité avec d'autres interventions nutritionnelles. Par exemple, le Projet de Changement de Comportement et d'Éducation nutritionnelle réalisé en Indonésie (1987-1982) a coûté 4 dollars américains par bénéficiaire pendant l'étape pilote et à 2 dollars américains pendant l'étape expansion (Berg 1987 chez Gillespie et Mason 1991). Lorsque le coût des aliments a été ajouté au total, on est arrivé à 11 dollars/bénéficiaire/an (Yee et Zerfas, 1987). La communication nutritionnelle a fait une grande différence car 40 pour cent de tous les enfants âgés de deux ans qui vivaient dans des villages ayant des programmes spéciaux de communication nutritionnelle étaient mieux nourris que ceux dans les villages sans programme mais comptant d'autres interventions nutritionnelles (Lynn, Favin et Griffiths, 1991). Le programme indonésien de pesée et d'alimentation (NIPP) était plus cher, 56 dollars américains par bénéficiaire. Les coûts annuels de l'éducation sur le sevrage dans six pays se situaient dans une fourchette allant de 2 dollars à 10 dollars par enfant participant et par an en dépit des différences dans la conception du programme et les méthodes de calcul des coûts (Ashworth et Feachen 1985 chez Gillespie et Mason 1991:75).

Le coût supplémentaire si l'on veut ajouter des volets communication à d'autres interventions de nutrition et de santé est souvent minime alors que les avantages supplémentaires peuvent être considérables. Par exemple, en ajoutant un cours pour les femmes recevant des suppléments alimentaires au Maroc de 1987 à 1988 a coûté juste 1 pour cent du budget total. Seuls 11 pour cent des enfants dont les mères avaient reçu des suppléments et une éducation connaissaient des problèmes nutritionnels modérés (définis comme moins de 80 pour cent des normes poids-pour-âge), comparé à 33 pour cent des enfants dont les mères n'ont reçu que des aliments.

Vu que de nombreuses interventions nutritionnelles ne se prêtent pas au marketing commercial d'un produit, les perspectives de mobilisation des revenus sont limitées. Mais les programmes de communication nutritionnelle peuvent renforcer l'effet de ces fonds en cherchant par exemple à maintenir les dépenses de fonctionnement à un faible niveau, en voyant quelles sont les économies qu'on peut faire au niveau de la réalisation du matériel et de la formation, en négociant pour une assistance de production, un temps d'antenne ou des encarts publicitaires gratuits ou à faibles coûts et en obtenant des contributions en nature de la part des sociétés commerciales.

- 7. Prévoir des délais suffisants ainsi qu'un engagement durable du personnel au niveau des ressources pour arriver à un changement comportemental dans le long terme.**

Pour les services publics, pérennité veut généralement dire trouver un endroit permanent dans la bureaucratie et recevoir régulièrement des affectations budgétaires. Les responsables de programmes doivent montrer qu'une meilleure nutrition représente des économies pour l'Etat par le biais d'une meilleure santé de la famille, de dépenses plus faibles pour la santé, d'une plus grande productivité des travailleurs et d'un absentéisme moindre.

Le Programme de Nutrition et de Soins de Santé primaires en Thaïlande a visé la pérennité dans le long terme, en s'écartant des soins hospitaliers pour adopter davantage des services communautaires en intégrant les activités de nutrition au système de soins de santé primaires et en diminuant sa dépendance face à des sources de financement extérieures (INPF, 1989). Le Projet d'Amélioration des Pratiques alimentaires de l'Enfant a également visé la pérennité en mettant en place un groupe de coordination et un pouvoir décisionnel décentralisé par le biais de groupes de travail provinciaux en encourageant un partenariat entre le personnel de la nutrition, un groupe d'études de marché, une agence publicitaire et un groupe d'évaluation (Griffiths, 1991).

- 8. Se rappeler que la communication ne sera qu'une partie de la solution et que la collaboration intersectorielle et l'engagement du point de vue ressources aux fins de la sécurité alimentaire des ménages seront nécessaires pour des programmes nutritionnels efficaces au niveau national.**

VII. Conclusions

Les programmes de communication nutritionnelle peuvent aider les gens à changer leurs comportements alimentaires. En tant qu'intervention indépendante et en tant que volet d'initiatives plus globales de santé et d'agriculture et d'autres interventions, la communication nutritionnelle a montré qu'elle faisait une différence au niveau des connaissances et des pratiques des gens. Vu que le coût supplémentaire est faible si on veut ajouter des volets de communication nutritionnelle à des interventions plus générales, la communication nutritionnelle peut être extrêmement efficace par rapport aux coûts.

Les programmes réussis de communication nutritionnelle partagent plusieurs caractéristiques : utilisation des techniques de marketing social et de communication ; contact suffisant du public cible face aux messages de la campagne ; utilisation de recherche approfondie pour concevoir les interventions ; priorité aux consommateurs et à ses besoins et points de vue lors de la planification et de l'exécution du programme ; combinaison de canaux interpersonnels et de mass media ainsi que formation et supervision appropriées des agents communautaires.

Il faut un contact régulier et répété aux messages appropriés pour arriver à des changements de comportement durables. Aussi, les décideurs et les responsables des programmes doivent investir plus de ressources dans la communication nutritionnelle et maintenir l'intensité de l'effort dans le temps.

BIBLIOGRAPHIE

Académie pour le Développement de l'Education (AED). Communication and Marketing for Child Survival: State-of-the-Art. Washington, D.C. : AED, 1989.

Académie pour le Développement de l'Education (AED). Healthcom: Communication for Child Survival. Lessons from Five Countries: Honduras, the Gambia, Swaziland, Ecuador, and Peru. Washington, D.C. : AED, 1985.

Académie pour le Développement de l'Education (AED). Social Marketing: Views from Inside the Government. Washington, D.C. : AED, 1991.

Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID). Growth Monitoring and Nutrition Education: Impact Evaluation of an Effective Applied Nutrition Program in the Dominican Republic. CRS/CARITAS, 1983-1986. Washington, D.C. : Bureau USAID de la Nutrition, février 1988.

Altobelli, L. "A Controlled Trial to Extend the Duration of Exclusive Breastfeeding Among Low Income Mothers in Lima, Peru". Rapport final. The Population Council, 1991.

Berggren, G. "Home-Prepared Food Supplements, Mother Craft Centers, and Nutrition in Haiti". Food and Nutrition Bulletin. 3,4. 1981, 29-33.

Brens, S. et Griffiths, M. "Health Women's Way: Learning to Listen". Mothers and Children 10:4-6, 1991.

Brown, L. et Zeitlin, M. Nutrition Education to Improve the Diets of Lactating Mothers and Weaning-Age Children: Evaluation of Effectiveness and Food Costs: An Experience from Bangladesh. Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Education/Projet d'Analyse de la Politique du Secteur social, mai 1991.

Cabañero-Verzosa, C. "Nutritionists and Communicators Can Work Together: Nutrition Interventions in Peru and Nigeria". Document présenté lors de la sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Cabañero-Verzosa, C. Marketing Plan to Promote a Nutritious Weaning Food, manuscrit non publié, 1989.

Cantor Associates, Inc. The Tamil Nadu Nutrition Study: Volume I. Haverford, Pennsylvanie : S.M. Cantor Associates, Inc., juillet 1973.

Centre de Nutrition des Philippines, "Report on the 6th International Nutrition Planner's Forum", NCP Bulletin. Juillet-septembre 1991.

Cerqueira, M. "Recent Approaches to Nutrition Education in Developing Countries". Document préparé pour l'Atelier d'Education en Nutrition, Division de la Nutrition et de la Politique alimentaire de la FAO, Rome, Italie, 3 au 5 décembre 1990.

Chorlton, R. Improving Child Survival and Nutrition: The Joint WHO/UNICEF Nutrition Support Programme in Iringa, Tanzania. Dar es Salaam, Tanzanie : UNICEF, 1989.

Clearinghouse on Development Communication/Communication Cluster. "A.I.D. and Development Communication". Arlington, Virginie : Institut pour la Recherche internationale, 1991.

Clearinghouse on Development Communication. "Selected Project Profiles: Nutrition". Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Education, [1983].

Comité administratif sur la Coordination des Nations Unies, Sous-Comité de la Nutrition, "Breastfeeding, Birth Spacing, and Nutrition". SCN News No. 7 (mi-1991):7-14.

daCunha, G. "The National Programme to Promote Breast Feeding, Brazil". Document présenté lors de la sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Debus, M. Handbook for Excellence in Focus Group Research. Préparé pour le Projet HealthCom, Académie pour le Développement de l'Education, Washington, D.C. 1990.

Demena, K. "Media and Health Behaviour: Building Partnerships between Broadcasters and Health Professionals". Document présenté lors de la sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Elkamel, F. "The Egyptian Experience with Nutrition Behavior Change". Document présenté lors de la sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Esrey, S., Guptill, K. et Rosales, F. "Evaluation of Interventions in Peru and Nigeria: Report for the Dietary Management of Diarrhea (DMD) Project: 1985-1989". Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University, Ecole d'Hygiène et de Santé publique, 19 mars 1990 (avant-projet).

Favin, M. et Griffiths, M. "Social Marketing of Micronutrients in Developing Countries." Washington, D.C. : Manoff Group, Inc., septembre 1991.

Fishman, C., Evans, R. et Jenks, E. Warm bodies, cool milk: conflicts in post partum food choice for Indochinese women in California. Social Science and Medicine 26:1125-1132, 1988.

Fishman, C., Touré, D. et Gottert, P. "Nutrition Promotion in Mali: Highlights from a Rural Integrated Nutrition Communication Program." Sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Fleming, P. "Applications of the Marketing Perspective in Nutrition Education." Supplement to Journal of the American Dietetic Association. 87:9 (septembre 1987):564-568.

Foote, D. "The HEALTHCOM Project in Paraguay: A Case Study." Menlo Park, Californie: Applied Communication Technology, 1989.

Forum international des Planificateurs en Nutrition (INPF) Crucial Elements of Successful Community Nutrition Programs. Rapport de la Cinquième Conférence Internationale du INPF, Séoul, Corée, 15-18 août 1989.

Gillespie, S. et Mason, J. Nutrition - Relevant Actions. Some Experiences from the Eighties and Lessons for the Nineties. ACC/SCN State-of-the-Art Series, Document de Discussion de Politique nutritionnelle No. 10, 1991.

Gilmore J. et al. Morocco: Aid and Nutrition Education. Rapport d'Evaluation d'Impact de Projet AID No. 8, Washington, D.C. : USAID, août 1980.

Green, C. Media Promotion of Breastfeeding: A Decade's Experience. Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Education, Washington, D.C. 1989.

Griffiths, M. The Weaning Project: Improving Young Child Feeding Practices in Indonesia: Project Overview. Jakarta, Indonésie : Directeur de la Nutrition du Ministère de la Santé indonésien et le Manoff Group, Inc., mars 1991.

Griffiths, M. et ai., Nutrition Communication and Behaviour Change Component. Indonesian Nutrition Development Program. Washington, D.C. : Manoff International, 1980-1983 (5 volumes).

Griffiths, M., Piwoz, E., Favin, M. et Del Rosso, J. Improving Young Child Feeding During Diarrhea. Le Projet de Sevrage, Manoff International, Inc. pour PRITECH, MSH, juin 1988.

Haak, H. et Paredes, P. "La Lactancia Materna en el Peru: Estado Actual y Proyecciones". Lima, Pérou : Organizacion Panamericana de la Salud, janvier 1991.

Hollis, C. (éd.) Using Communications to Solve Nutrition Problems : A Compendium. Newton, Massachusetts, Education Development Center/International Nutrition Communication Service, juin 1986.

Hollis, C., Seumo, E., Mal Bappa, A., and Griffiths, M. The Weaning Project: Improving Young Child Feeding Practices in Cameroon: Project Overview. Yaoundé, Cameroun : CARE/Cameroun, Education Development Center, Inc. et le Manoff Group, octobre 1989.

Hornik, R. "Alternative Models of Behaviour Change". Document de Travail No. 131. Philadelphie, Pennsylvanie : Université de Pennsylvanie, Annenberg School of Communication, octobre 1990.

Hornik, R. "Nutrition Education: A State-of-the-Art Review". ACC/SCN State-of-the-Art Series, Document de Discussion de Politique nutritionnelle No.1. New York : Comité administratif sur la Coordination des Nations Unies, janvier 1985.

Hornik, R. et al. "Communication for Child Survival: Evaluation of Projects in Ten Countries". Philadelphie, Pennsylvanie, Annenberg School of Communication, 9 janvier 1992 [sous presse].

Huffman, S. "Determinants of Breastfeeding in Developing Countries: Overview and Policy Implications". Studies in Family Planning 15:4 (juillet/août 1984):170-183.

Institut de Nutrition, Université Mahidol (Salaya) "Social Marketing Vitamin A-Rich Foods in Northeast Thailand", janvier 1992.

Israel, R. "Ways of Improving the Effectiveness of Nutrition Education in Developing Countries". Newton, Massachusetts : Education Development Center, 1985.

Israel, R., Foote, D. et Tognetti, J. "Operational Guidelines for Social Marketing Projects in Public Health and Nutrition". Nutrition Education Series No. 14. Paris : Programme d'Education nutritionnelle de l'UNESCO, 1987.

Janowitz, B. et al. "Contraceptive Use and Fertility in Honduras, 1981-84". Studies in Family Planning 18:5 (sept./oct 1987):291-301.

Kanashiro, H. et al. "Use of Recipe Trials and Anthropological Techniques for the Development of a Home-Prepared Weaning Food in the Central Highlands of Peru". Journal of Nutrition Education 23:1 (janvier 1991):30-35.

Keith, N. et al. "Field Research in Birni N'Konni, Vitamin A Communication Project, Niger, mars-juin 1991" : Ministère de la Santé, Helen Keller International et Académie pour le Développement de l'Education, Washington, D.C., 1992.

Konan, M. Nutrition Education for Lactating Mothers and Weaning-Age Infants in Bangladesh: Policy Implications of an Evaluation. Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Education, août 1991.

Kotler, P. et Andreasen, A.R. Strategic Marketing For Nonprofit Organizations. 3ème éd. New Jersey, Prentice-Hall, Inc. 1987.

Laflin, M. "Communication for Development: The A.I.D. Experience". McLean, Virginie : Institut pour la Recherche internationale, 1992 [avant-projet].

Lediard, M. "From Nutrition Education to Social Marketing". Présentation lors de la Conférence du Forum international des Planificateurs en Nutrition, UNESCO, Paris, 6 septembre 1991.

Levinson, F. "Addressing Malnutrition in Africa: Low-Cost Program Possibilities for Government Agencies and Donors". Social Dimensions of Adjustment in Sub-Saharan Africa, Document de Travail No. 13, Washington, D.C. : La Banque mondiale, 1991.

Lynn, W., Favin, M. et Griffiths, M. "Information, Education and Communication: Guidelines for Health, Nutrition, and Family Planning Programs". Washington, D.C. : Manoff Group, Inc., janvier 1991 [avant-projet].

Manoff International, Inc. Using Modern Marketing Techniques for Nutrition Education: Ecuador, Rapport final, décembre 1975, préparé pour l'USAID.

McDivitt, J. et Ayman, A. "The HEALTHCOM Project in Jordan: Final Case Study Evaluation Report". Philadelphie: Centre pour la Santé internationale et la Communication pour le Développement, Université de Pennsylvanie, mars 1991.

McDivitt, J., McDowell, J. Satoto, B. et Palmer, A. "Results from the Evaluation of the HEALTHCOM Project in Central Java, 1988-89". Philadelphie : Centre pour la Santé internationale et la Communication pour le Développement, Université de Pennsylvanie, mars 1991.

McDowell, J. et McDivitt, J. "The HEALTHCOM Resurvey of Oral Rehydration Therapy Practices in the Gambia". Menlo Park, Californie : Applied Communication Technology, 7 décembre 1990.

NCP (Projet de Communication nutritionnelle) Académie pour le Développement de l'Éducation. Implementation Plan, Mali, 1992.

Neyzi, O. et al. "An Educational Intervention on Promotion of Breast Feeding". Paediatric and Perinatal Epidemiology. 5 (1991a):286-298.

Neyzi, O. et al. "An Educational Intervention on Promotion of Breast Feeding Complemented by Continuing Support". Paediatric and Perinatal Epidemiology. 5 (1991b):299-303.

Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Report of FAO Workshop on Nutrition Education through Mass Media. Rome : FAO, 3-5 décembre 1990 [avant-projet 14/12/90].

Parlato, M. "Background on Nutrition Social Marketing". Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Éducation, janvier 1992 [manuscrit non publié].

Parlato, M. "Using Social Marketing to Promote Growth Monitoring and Infant Feeding". Document présenté lors de la Conférence "State-of-the-Art" à l'intention des Responsables de l'A.I.D. en Nutrition, Population et Santé, 3 août 1988.

Parlato, R. "Vitamin A Social Marketing: A Program Guide". Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Éducation, janvier 1992 [sous presse].

Pollard, R. et Favin, M. "A Cross-Country Comparison of Social Marketing of Vitamin A Projects in Three Asian Countries". Washington, D.C. : Manoff Group, Inc., août 1990.

Projet de Soutien à la Vitamine A sur le Terrain (VITAL). Getting out the Message: A review of Communications Strategies for Promoting Vitamin A Interventions . Rapport No. IN-3. Arlington, Virginie : International Science and Technology Institute, Inc./VITAL, septembre 1991.

Rasmuson, M., Seidel, R., Smith, W.A., Booth, E.M. Communication for Child Survival. Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Éducation, juin 1988.

Rodrigues da Rocha Monson, M. "Review and Evaluation of Brazilian Activities to Implement the Principles and Objectives of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes". Brésil : Programme national d'Encouragement de l'Allaitement au Sein/Institut national de la Nourriture et de la Nutrition, juillet 1991.

Satoto, B. et al. "The Impact of Social Marketing Efforts on Megadose Vitamin A Capsule Consumption Rates : 1988-1990 Results of a Pilot Project in Central Java". Document présenté lors de la Sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Seidel, R. Results and Realities: A Decade of Experience in Communication for Child Survival. Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Éducation, 1992.

Shafritz, L. Social Marketing Approach to Vitamin A Communication. Project de Communication nutritionnelle, Académie pour le Développement de l'Éducation, 1992.

Smitasiri, S. "Participatory Action for Integrated Nutrition Communication Programs: The Thai Experience in Changing Dietary Behaviour through Social Marketing". Document présenté lors de la Sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Social Planning, Analysis, and Administration Consultants (SPAAC). "Draft Final Report, SIS/IEC Center Impact Evaluation Study". Le Caire : SPAAC, avril 1988.

Solon, M. "Key Nutrition Education Activities of the Nutrition Center of the Philippines". Dans: Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Report of FAO Workshop on Nutrition Education through Mass Media. Rome : FAO, 3-5 décembre 1990 [avant-projet 14/12/90], Annexe IX.

Solon, M. Casimiro, M. et Gatchalian, E. "The Philippine Experience in Social Marketing for Health and Nutrition". Document présenté lors de la Sixième Conférence internationale du Forum international des Planificateurs de la Nutrition, 4 au 6 septembre 1991, UNESCO, Paris.

Sultan, J. "Note de Synthèse relative au projet régional de communication pour lutter contre la malnutrition et l'avitaminose A dans la région sahélienne". Dans: Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Report of FAO Workshop on Nutrition Education through Mass Media. Rome : FAO, 3-5 décembre 1990 [avant-projet 14/12/90], Annexe XIII.

UNICEF Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries. UNICEF, New York, juin 1990.

Université Johns Hopkins (JHU). "Dietary Management of Diarrhea (DMD) Project: Final Report, October 1, 1985-December 31, 1989". Baltimore, Maryland : JHU, 1990.

Université Johns Hopkins/Centre pour les Programmes de Communication (JHU/CCP). Center for Communication Programs 1991 Annual Report. Baltimore, Maryland : JHU/CCP, 1991.

Yambi, O., Jonsson, U., Ljungqvist, B. Centre de Nourriture et de Nutrition de la Tanzanie. The Role of Government in Promoting Community-Based Nutrition Programs: Experience from Tanzania and Lessons for Africa. Séries de Conférences Pew Cornell sur la Politique alimentaire et nutritionnelle, Université Cornell, octobre 1989.

Yee, V. et Zerfas, A. Issues in Growth Monitoring and Promotion dans Information packet: Growth Monitoring. Washington, D.C. Clearinghouse on Infant Feeding and Maternal Nutrition, American Public Health Association International Health Programs, 1987.