

PN-ABF-264
66541

PLAN DE MARKETING SOCIAL DES S.R.O
"KENEYAJI" AU MALI

A Report Prepared By PRITECH Consultant:
CAMILLE SAADE

During The Period:
OCTOBER, 1989

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:

U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 4/2/90
ASSGN. NO: SUP 064-MA

- 1 -

PLAN DE MARKETING SOCIAL DES S.R.O. "KENEYAJI" AU MALI

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PLAN DE MARKETING	2
1 - Analyse de la situation	3
1.1. l'environnement	3
1.2. la diarrhée et son traitement	3
1.3. le marché des produits antidiarrhéiques	6
1.4. Situation actuelle des S.R.O.	7
2 - Objectifs	8
3 - Points - clés et stratégies marketing des SRO	9
3.1. le produit: "KENEYAJI"	9
3.2. la production	11
3.3. la distribution	14
3.4. le coût	15
3.5. la promotion:	16
3.5.1. Aux mères	16
3.5.2. Aux prescripteurs	19
3.5.3. Aux vendeurs	21
3.5.4. Aux leaders communautaires et religieux	22
3.5.5. Aux guérisseurs	22
3.5.6. Aux ONG et autres structures d'animation	22
4 - Message Promotionnel	22
5 - Indicateurs d'évaluation	23
6 - Plan d'action	24

ANNEXE

Liste des personnes rencontrées

PLAN DE MARKETING SOCIAL DES S.R.O. "KENEYAJI"

INTRODUCTION

Le plan marketing des sels de rehydratation orale (SRO) s'insère dans le cadre du Programme National de lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD) placé sous la responsabilité de la Division de Santé Familiale (DSF).

Le PNLMD vise à rendre les sachets de SRO disponibles sur l'ensemble du territoire national et surtout en milieu rural où l'incidence de diarrhée est très élevée. Cela implique d'une part une mise en place d'une source d'approvisionnement constante à travers une production locale des SRO et, d'autre part, un système de distribution complémentaire à celui déjà existant du MSP-AS. Cette distribution se ferait à travers l'écoulement des SRO dans des canaux de distribution publiques aussi bien que privés, tout en maintenant un prix de vente accessible à la majorité de la population.

Cet objectif d'expansion de la distribution devra nécessairement s'accompagner d'une stratégie de communication visant à englober ces nouveaux intervenants suivant un moyen approprié. Cette stratégie est destinée à renforcer l'effort continu de formation du personnel de santé, d'information et d'éducation des mères en thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), déjà entrepris par le PNLMD.

Dans un souci de coordination de ces activités différentes dans un seul plan directeur, le PNLMD a décidé d'élaborer un plan de marketing social des SRO englobant une analyse de la situation du marché des SRO, les objectifs à atteindre, les stratégies permettant d'atteindre ces objectifs et les différentes activités à mener par les autorités appropriées dans un cadre de temps déterminé.

Pour cela, il a été organisé avec l'assistance technique de PRITECH, un atelier de 5 jours regroupant les principaux intervenants au sein de la DSF, de la Direction Nationale de la Planification, de la Direction Nationale des Affaires Sociales, de l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP), de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et de la Division Laboratoires et Pharmacies (DLP), ceci dans le but d'assurer leur pleine participation à toutes les phases du marketing social des SRO. Le plan suivant est le fruit de ces discussions.

PLAN DE MARKETING

1 - ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. L'environnement

Les sachets de SRO, étant classifiés parmi les médicaments essentiels, bénéficient de l'importance et de l'attention accordée par les dirigeants au projet de prise en charge communautaire en matière de soins de santé et médicaments, plus connu sous le nom de l'**Initiative de Bamako**. Cette dernière, encouragée par l'OMS et l'UNICEF, prévoit l'utilisation des médicaments essentiels à des prix accessibles, sous un système de recouvrement de fonds. Les formations sanitaires communautaires assureront le réapprovisionnement des médicaments nécessaires et la prestation des soins de santé d'une manière continue et auto-suffisante.

Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSP-AS) prévoit à partir de 1990 la mise en place progressive de l'**Initiative de Bamako** dans les différentes régions du pays prenant en compte l'organisation sur bases solides d'une bonne structure communautaire afin de bénéficier des plus grandes chances de succès.

Ainsi les SRO figurent parmi les 60 médicaments essentiels de base qui seront disponibles dans le dépôt pharmaceutique prévu de chaque formation sanitaire communautaire. La source d'approvisionnement logique en SRO serait à travers l'UMPP dont le démarrage de la production industrielle est prévu pour Février 1990.

Il est à souhaiter que les SRO soient inclus aussi parmi les médicaments d'urgence de chaque formation sanitaire afin de pouvoir immédiatement au traitement initial des enfants déshydratés amenés au centre.

1.2. La diarrhée et son traitement

1.2.1. Attitudes des mères

D'après une récente enquête portant sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de 600 mères face aux maladies diarrhéiques, le recours le plus fréquent est le traitement à domicile (78%), suivi de la visite d'un établissement sanitaire (36%).

La grande majorité (71%) des mères ayant traité leur enfant à la maison font usage de remèdes traditionnels surtout à base de plantes (feuilles ou écorces) et de fruits, souvent préparés en décoction ou en macération. L'utilisation des médicaments modernes vient en seconde position (34 %) suivi de très près par les SRO

(34%), tandis que la solution salée sucrée (SSS) n'est utilisée que par 18% des mères.

Parmi les mères ayant eu recours à un établissement sanitaire, 71% ont reçu une explication et une remise de SRO. Cependant dans 62% des cas il y a association des solutions de réhydratation orale (SRO et SSS) avec d'autres médicaments antidiarrhéiques par exemple Imodium, Ganidan, Ercéfuryl, etc.

Le pourcentage des mères ayant utilisé des SRO durant les deux dernières semaines est de 26%. Ce taux marque une remarquable progression par rapport au taux de 2,2% enregistré deux ans plus tôt par l'étude menée par l'Enquête Démographique de la Santé (EDS).

Les mères considèrent la diarrhée comme une maladie grave voire meurtrière: 52% des mères ont dit qu'une diarrhée non traitée conduit à la mort, 33% qu'elle fait perdre du poids à l'enfant et 29% qu'elle peut le fatiguer. Seulement 9 % ont répondu que l'enfant peut être déshydraté. Cependant, si l'on considère que les 2 taux précédents traduisent la notion de déshydratation telle que perçue par les mères (l'enfant se fatigue, l'enfant perd du poids), nous pouvons dire que 71% des mères ont des notions sur la déshydratation en termes qui leur sont propres.

62% des mères s'attendent à ce que les solutions RVO arrêtent la diarrhée, cependant la même illusion est entretenue envers d'autres remèdes destinés à traiter la diarrhée.

Quant au matériel éducatif du PNLMD, on constate que, là où la grande affiche a été distribuée, les taux de compréhension sont relativement élevés. Par contre, la petite affiche, qui a été peu vulgarisée jusqu'à présent, n'a pas été aussi bien identifiée et interprétée.

Les sources d'information des mères sur les SRO proviennent surtout du personnel sanitaire (communication interpersonnelle), ce qui n'est pas surprenant dans une société de veilles traditionnelles orales. Le "face-à-face" avec le personnel sanitaire, les parents, les amis ou les voisins constitue la source d'information essentielle sur la solution RVO. On observe aussi un certain impact de la radio, notamment en zone rurale, et de la télévision en zone urbaine, malgré la courte période de diffusion des spots mis au point par le PNLMD. Il est dommage qu'il y ait eu une sous-utilisation des possibilités des médias, compte tenu de l'accessibilité du poste transistor dans presque tous les ménages maliens.

Les mères ne s'opposeraient pas à la commercialisation des SRO, elles seraient prêtes à payer 50 F.CFA pour le sachet. L'étude de sensibilité de prix des SRO dans les ménages maliens, menée par la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Socio-Sanitaire (DNPFS) confirme que les jeunes mères ont recours

d'abord aux médicaments traditionnels à cause de leur faible coût. Un prix de 50 F.CFA en moyenne par sachet serait à la portée de la majorité des mères. Il est à noter que ce prix proposé ne l'a été que suite à une séance de sensibilisation démontrant l'efficacité des SRO dans la solution des dégâts causés par la diarrhée. Ceci souligne l'importance d'une campagne de sensibilisation pour une bonne diffusion des SRO.

1.2.2. Attitudes des prescripteurs

La même enquête CAP pour les mères, a aussi couvert 73 prescripteurs dans les mêmes régions. Cette catégorie comprend les médecins, infirmiers d'état, sage-femmes, infirmiers de santé et agents de santé communautaire. Dans toutes les structures visitées, il ne s'est passé un seul jour en moyenne, sans qu'un cas de diarrhée ne se soit présenté durant le mois précédent l'enquête (Mai 1989). Selon 79% des prescripteurs, l'utilité des SRO est de corriger la déshydratation, 37% disent qu'elle prévient la déshydratation et 23% répondent qu'elle sert à prévenir la diarrhée!

Les SRO ont été jugés efficaces et sont de plus en plus prescrits par le personnel clinique. Leur utilisation toutefois, semble associée à des médicaments antidiarrhéiques.

Devant un scénario de commercialisation possible des SRO, 68% des prescripteurs seraient contre la distribution gratuite des SRO. Cependant ils jugent nécessaire que le prix fixé soit à la portée des mères. Le prix proposé de 50 F.CFA semblerait d'après eux, trop élevé pour les bourses des mères.

Pour 89% d'entre eux, il faut une éducation des mères couplée d'une information du grand public par les média. La majorité souhaite que les sachets soient disponibles partout et que le personnel de santé soit formé ou recyclé à l'utilisation des SRO.

1.2.3. Attitudes des vendeurs

Les vendeurs incluent les pharmaciens, infirmiers avec une formation sur la gestion des médicaments, ou toute autre personne ayant en charge la vente de médicaments dans les officines, succursales, dépôts et "magasin-santé."

La source d'information des vendeurs sur les SRO provient surtout du personnel sanitaire et des média. Parallèlement aux prescripteurs, la majorité des vendeurs pensent que les SRO arrêtent la diarrhée.

Le souci d'arrêter la diarrhée fait que beaucoup de vendeurs recommandent un antidiarrhéique lorsqu'une mère leur demande conseil. D'ailleurs plus de la moitié des mères se présente sans ordonnance.

Les vendeurs ne disposent pas actuellement de sachets de SRO mais seraient favorables à ce que le sachet SRO soit vendu à 50 F.CFA, bien qu'ils soient conscients du modeste bénéfice d'une telle vente.

Une reconversion des attitudes des vendeurs trop longtemps habitués aux antidiarrhéiques devrait nécessairement passer par une action d'éducation, de motivation et d'information sur la fonction des SRO.

1.3. Le marché des produits antidiarrhéiques

Les médicaments dits antidiarrhéiques sont couramment utilisés pour traiter les cas de diarrhée. Il s'agit surtout d'antiseptiques intestinaux comme la sulfaguanidine (produite par l'UMPP à raison de 3 millions de comprimés prévus pour 1989), l'Ercéfuryl et l'Intétrix, d'inhibiteurs de motricité intestinale comme l'Imodium (lopéramide), de charbon et d'Ultra-Levure (Carbolevure et Biolactyl).

Les registres de vente de la PPM montrent les moyennes mensuelles en unités pour les produits suivants:

- Sulfaganidine (UMPP)	44000(plaquettes de 4 comprimés)
- Imodium liquide 90 ml	1070
- Ercéfuryl liquide 90 ml	720
- Biolactyl (boîte de 25 sachets)	580
- Intétrix (flacon 125g granulés)	180
- Carbolevure (flacon 20 gélules)	160
- Charbon (pastilles)	100

L'utilisation de médicaments pour le traitement de la diarrhée ne se limite pas à cette liste. Il existe un taux important d'utilisation d'antibiotiques et d'antiparasitaires pour les cas de diarrhée par ex: métronidazole, Totapen, Bactrim, Pénicilline, Ambatrol, etc.

"Aucun de ces médicaments ne prévient la déshydratation et la dénutrition qui font la gravité des diarrhées. Ils devraient être abandonnés au profit d'une large diffusion des techniques de réhydratation par voie orale." (Dr. A. Briend).

1.4. Situation actuelle des SRO

Le Mali a bénéficié il y a quelques années d'un stock de plus de 3,7 millions de sachets de SRO (sachets UNICEF en aluminium) dans le cadre de l'aide d'urgence. En Novembre 1988 il restait un stock estimé à environ 1 million de sachets. D'après l'estimation de la consommation annuelle précédente qui serait de 600 à 700.000 sachets, ce stock devrait être épuisé aux environs de Mars 1990, s'il était bien distribué.

La distribution des SRO se limite actuellement aux structures du MSP-AS, qui, elles, ne couvrent que 20% de la population.

1.4.1. Production locale des SRO

Le démarrage de la production locale des SRO à l'UMPP est prévue pour Février 1990. Les sachets produits seront emballés dans des sacs en polyéthylène contenant chacun 27.9 g de poudre destinés à préparer un litre de solution (formule OMS). Jusqu'à présent un seul essai de production a été achevé en Mai 1989 sur un lot de 5000 sachets.

Le petit matériel manquant, demandé par l'UNICEF, est prévu d'arriver avant la fin de l'année 1989. Le personnel nécessaire devra être engagé aussitôt après, et formé aux tâches de production et de contrôle de qualité.

La capacité de production actuelle est suffisante pour 1 million de sachets par an, à noter que la production devra probablement s'interrompre durant les 3 - 4 mois de la saison des pluies (Juin à Septembre) vu le haut degré d'humidité prévalent.

Il sera nécessaire que l'UMPP évalue les limites maxima de capacité de production afin de pouvoir prendre une décision d'expansion de la production des SRO si elle veut pouvoir répondre aux besoins futurs du pays.

1.4.2. Calcul des besoins en SRO

La demande théorique en SRO se calcule d'après les normes de l'OMS en fonction du nombre d'enfants \times le taux d'incidence de la diarrhée par enfant par an \times le nombre de sachets requis par enfant par épisode.

Il y a environ 1.600.000 enfants de moins de 5 ans au Mali. Le nombre d'épisodes de diarrhée par enfant par an est de 4 épisodes en moyenne, ce qui fait 6,4 millions d'épisodes de diarrhée par an. Le nombre moyen de sachets requis est 3 sachets par épisode, ce qui ferait 19,2 millions de sachets pour traiter tous les cas de diarrhée infantile du pays.

D'après les statistiques du MSP-AS (DNPFS) en 1988, 27% des cas de diarrhée vus dans les formations sanitaires étaient accompagnés de déshydratation. En appliquant ce taux à l'ensemble du pays, on estimerait le besoin en SRO à 5.184.000 sachets par an pour corriger la déshydratation. Il est évident que si on cherchait à prévenir la déshydratation par les SRO on pourrait inclure presque tout le potentiel d'épisodes de diarrhée c'est-à-dire jusqu'à 19,2 millions de sachets par an.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Accroître le degré de connaissance, d'utilisation et d'accessibilité des sels de rehydratation orale (SRO) en vue de réduire la mortalité infantile due à la diarrhée et d'améliorer la santé de l'enfant.

2.2. Objectifs spécifiques

2.2.1. Augmenter le taux d'identification des SRO par les mères de 52% en 1989 à

60% en 1990,
70% en 1991, et
75% en 1992.

2.2.2. Augmenter le taux de connaissance de l'utilité des SRO chez les mères de 29,5% en 1989 à

40% en 1990,
50% en 1991, et
60% en 1992.

2.2.3. Augmenter le taux d'utilisation des SRO par les mères de 30% en 1989 à

37% en 1990,
42% en 1991, et
50% en 1992.

2.2.4. Augmenter le taux de prescriptions de SRO dans les formations sanitaires de 71% en 1989 à

75% en 1990,
80% en 1991, et
85% en 1992.

2.2.5. Assurer l'accessibilité des SRO dans les points de vente du pays c'est à dire officines, pharmacies, et dépôts dans 50% du territoire en 1990

60% en 1991, et
70% en 1992.

3.1.2.2. Stratégie

Le groupe recommande de maintenir l'emballage individuel d'un seul sachet, permettant ainsi la flexibilité d'achat. Cependant les prescripteurs et les vendeurs seront informés d'encourager les mères à utiliser 3 sachets pour chaque épisode.

3.1.3 La feuille d'instruction

3.1.3.1. Points-clés

Le sac en polyéthylène contenant la poudre sera enveloppé d'une feuille d'instruction puis conditionné dans un autre sac en polyéthylène légèrement plus grand destiné à recevoir le sac de poudre et la feuille d'instruction. Ainsi celle-ci sera visible tout en étant protégée.

3.1.3.2 Stratégie

Le PNLMMD mettra à profit la visibilité de la feuille d'instruction pour y véhiculer le message de la stratégie promotionnelle, mettant en valeur les avantages du produit et son utilité pour l'enfant. Ceci en employant autant que possible des éléments visuels (illustrations) qui seront facilement compréhensibles par les mères analphabètes (surtout en ce qui concerne la préparation de la solution). La feuille d'instruction sera testée après son élaboration. Elle sera imprimée en couleur afin quelle soit suffisamment attirante pour que les mères désirent la garder chez elles.

3.1.4. L'emballage pour vendeurs

3.1.4.1. Points-Clés

En tant que nouveau produit sur le circuit commercial, KENEYAJI fera front à une résistance initiale d'achat de la part du vendeur qui ne s'aventurerait pas à investir son argent sur l'achat d'un nouveau produit "inconnu".

3.1.4.2. Stratégie

Les sachets KENEYAJI seront emballés dans un carton de 50 sachets qui ne reviendrait pas cher à l'achat. D'autre part une étiquette sur le carton rappellera les avantages de KENEYAJI et incitera le vendeur à donner les conseils essentiels aux mères, par ex: continuez l'allaitement et l'alimentation, donnez la solution autant que l'enfant pourra boire, utilisez tous les jours une nouvelle solution, achetez 3 sachets, etc...

3.2. La Production

3.2.1. Le petit matériel et réactifs manquants

3.2.1.1. Points-clés

L'UMPP a besoin d'un broyeur afin de casser les conglomérats de glucose ayant "pris de l'humidité", ceci toutefois ne devrait pas retarder le démarrage de la production car l'UMPP peut toujours utiliser un vieux broyeur disponible. Le matériel manquant le plus important sont les feuilles d'instruction et les nouveaux sacs en polyéthylène intérieurs qui doivent remplacer ceux dont le scellage était déficient. L'UMPP a dû resceller les sacs pour le premier essai, ce qui a pris beaucoup de temps.

3.2.1.2. Stratégies

L'UMPP et l'UNICEF devront coordonner l'arrivage du matériel manquant afin qu'il n'y ait pas de retard sur la date de commencement de la production, par ex: l'envoi d'une petite partie des sacs en polyéthylène aussitôt que possible (premiers 100.000) par la voie la plus rapide, pendant que le reste de la commande sera acheminé par la voie la plus économique. En cas de besoin, il serait toujours possible de faire resceller les sacs déficients comme mesure de dépannage. Un autre exemple serait de ne pas attendre de recevoir un climatiseur d'air importé alors que sur place, un autre climatiseur légèrement plus petit serait immédiatement disponible.

3.2.2. Formation du personnel de production

3.2.2.1. Points-clés

Le personnel de production et de contrôle de qualité n'est pas encore complètement recruté. Seules 2 personnes disponibles durant la consultation de l'expert technique ont été formées en Avril et Mai 1989. Il faudrait un total de 8 personnes formées pour bien opérer la ligne de production.

3.2.2.2. Stratégies

L'UMPP devra commencer à recruter le personnel nécessaire dès la date d'arrivée des premiers sacs en polyéthylène - Elle devra aussitôt commencer la formation interne du nouveau personnel qui sera encadré par les 2 personnes déjà formées.

3.2.3. Date de la production industrielle

3.2.3.1. Points-clés

La campagne d'IEC prévue pour commencer en Mars 1990 devra trouver une mise en place du produit dans tous les points de vente possibles. Il est donc impératif que l'UMPP commence la production aussitôt que possible pour approvisionner les points de vente et faire face à la demande prévue.

3.2.3.2. Stratégie

Il est d'une importance critique de prévoir toutes les étapes nécessaires afin que la production démarre à pleine capacité aussitôt que possible après la réception des nouveaux sacs en polyéthylène et des feuilles d'instruction. L'UMPP devra coordonner avec l'UNICEF la réception des sacs et des autres matériaux, réactifs et équipements manquants en développant une matrice P.E.R.T. en tenant compte d'une période nécessaire de rodage du processus de production. La date limite de Février 1990 ne devra en aucun cas être dépassée. (Voir stratégie de mise en place initiale en 3.3.2).

3.2.4. Une production continue malgré la saison humide

3.2.4.1. Points-clés

La production de KENEYAJI est assujétie à la saisonnalité vu le degré d'humidité élevé durant les 4 mois de pluie de l'année (juin à Septembre). En excluant la production durant cette période, l'UMPP devra néanmoins assurer une production d'au moins 800.000 sachets pour répondre aux besoins en SRO de l'année 1990, et davantage pour les années suivantes.

3.2.4.2. Stratégie

Il faudra que l'UMPP prévoit une seconde équipe de production afin de compenser les 4 mois d'interruption due à la saison des pluies, ou bien que l'UMPP prenne des dispositions pour deshumidifier l'air des chambres de production des SRO à l'aide d'appareils déshydratants.

3.2.5. Besoins futurs de production

3.2.5.1. Points-clés

L'objectif de vente de la première année pourra être satisfait de justesse si l'UMPP produit tout au long de l'année, en résolvant l'obstacle de l'humidité saisonnière, ou si elle emploie 2 équipes de production durant les mois non-humides de l'année 1990. L'accroissement de la demande future créé par une campagne promotionnelle durant les prochaines années, entraînera un accroissement proportionnel de la production c-à-d. 1.6 millions

en 1991 et 2.4 millions de sachets en 1992. Or la capacité de la ligne de production actuelle d'environ un million de sachets par an (présentement réduite par la saisonnalité) ne pourra probablement pas satisfaire les prévisions de demande future.

3.2.5.2. Stratégies

L'UMPP devra élaborer un plan d'expansion de la production des SRO en tenant compte des alternatives possibles: maximisation de la ligne actuelle par amélioration technique, emploi d'équipes de travail supplémentaires, addition d'équipement, remplacement par équipement plus performant, etc... Pour cela, l'UMPP devra en un premier temps évaluer les alternatives les plus efficaces afin de répondre aux besoins futurs. Sinon un apport extérieur (import) de sachets devra être envisagé. La DSF, la DLP et l'UMPP devront conjointement veiller à ce qu'il y ait toujours un approvisionnement continu des SRO.

3.2.6. Politique de ré-approvisionnement futur en matières premières et matériel d'emballage

3.2.6.1. Points-clés

L'UMPP a reçu gratuitement le premier lot de matières premières et d'emballages équivalent à 1 million de sachets. Ce stock devrait suffire jusqu'en Février 1991. Les nouvelles commandes devront donc être prises en charge par l'UMPP au plus tard en Octobre 1990. L'UMPP aura besoin très bientôt d'identifier les sources d'approvisionnement les plus économiques en matières premières et en matériel d'emballage.

3.2.6.2. Stratégies

L'UMPP devra tenter d'obtenir un approvisionnement local, ne serait ce qu'en matériel d'emballage. Pour cela une démarche sera nécessaire auprès des dirigeants d'usines de plastique locales afin d'obtenir la production des sacs en polyéthylène. Cette démarche sera l'objet d'une proposition attrayante car l'usine approchée sera assurée d'un écoulement industriel constant. D'autre part, l'UMPP devra faire une analyse de coûts comparative entre l'ensachement en double sacs en polyéthylène (y inclus la feuille d'instruction) et celui en feuilles d'aluminium. L'UMPP devra aussi faire un appel d'offres pour l'approvisionnement en matières premières en s'aidant du protocole de production des SRO de l'OMS qui mentionne les principaux fournisseurs internationaux des matières premières nécessaires.

3.3. La Distribution

3.3.1. Redistribution du stock existant

3.3.1.1. Points-clés

Le stock de sachets UNICEF en aluminium restant dans les formations sanitaires est inconnu. Sans cette information il serait impossible de prévoir les ruptures de stock dans certains centres, et le sur-stockage dans d'autres, par conséquent une redistribution rationnelle des sachets.

3.3.1.2. Stratégies

La Division de Laboratoires et Pharmacies (DLP) devra procéder à la collecte active des données de stock dans les centres, au besoin en envoyant des enquêteurs sillonner les centres de santé. Une fois les données reçues, la DLP redistribuera les stocks excédentaires et identifiera les centres restants qui devront s'approvisionner en priorité en KENEYAJI.

3.3.2. Mise en place initiale (pipeline)

3.3.2.1. Points-clés

L'UMPP devra assurer un stock de départ suffisant dans chaque point de vente avant le lancement de la campagne promotionnelle prévue en Mars 1990.

3.3.2.2. Stratégie

Afin de maximiser la diffusion du produit dès la production des premiers lots, l'UMPP octroiera une offre en unités gratuites équivalente à l'achat initial, par exemple: un carton de 50 sachets gratuits pour l'achat d'un carton de 50 sachets. La distribution se fera de la façon suivante:

Réseau PPM:

La PPM centrale prendra charge des premiers lots en distribuant 5 cartons de 50 sachets dans ses grandes officines et 3 cartons dans les autres.

Réseau privé de Bamako:

En second lieu, la PPM approvisionnera les dépôts et officines privés de Bamako et des environs en plaçant 3 cartons dans chaque point de vente.

Réseau privé rural:

La PPM, à travers ses succursales et officines essayera de placer (avec une incitation à l'achat) 2 cartons dans au moins la moitié (140) des dépôts privés ruraux.

Réseau ONG:

Le PNLMD organisera une réunion avec le CCAW/ONG pour les informer du lancement de KENEYAJI et les inciter à s'approvisionner à l'UMPP, qui de son coté offrira des prix avantageux.

Réseau commerçants:

Afin de déployer la distribution de KENEYAJI au delà des points de vente des médicaments qui sont malgré tout limités en nombre, il est prévu dans une étape secondaire de considérer la distribution de KENEYAJI dans les boutiques et magasins au même titre que le thé, le savon ou les autres denrées de consommation courante.

3.4. Le Coût3.4.1. Points-clés

Le coût de production des SRO à l'UMPP a été évalué en 1987 par Mr. Hygino, le consultant technique, à 29,44 F.CFA le sachet, sur base d'un million de sachets par an.

Le coût se répartit comme suit:

matières premières	:	6,65 F.CFA
emballages	:	7,65
amortissement	:	4,33
personnel	:	2,27
frais d'administration:	:	<u>8,54</u>
		29,44 F.CFA

On remarquera le coût relativement élevé des emballages (importés) et des frais d'administration, et on ne peut que se demander si le coût des emballages peut être réduit, et s'il est juste d'incomber des frais d'administration si lourds pour un nouveau produit.

Le coût ex-usine, majoré de 11,11% équivalent à la marge industrielle en vigueur, reviendra arrondi à 33 F.CFA. Le prix public serait par conséquent équivalent à 45 F.CFA incluant la ristourne de 40% pour le détaillant. Le prix de 45 F.CFA par sachet est dans les limites du prix estimé, que les mères étaient prêtes à payer, d'après l'étude menée par la DNPFS.

3.4.2. Stratégie

L'UMPP devra réviser son coût de production en tenant compte de la valeur échelonnée des donations de l'équipement, des matières premières et du matériel d'emballage pour le premier million de sachets. La nouvelle analyse de coût permettra à l'UMPP soit d'octroyer un prix de vente "cassé", soit de financer des frais de distribution ou de promotion supplémentaires durant les premières années.

3.5. La Promotion

Telle qu'abordée durant l'atelier, la promotion de KENEYAJI se fera en fonction des groupes cibles. Chaque cible aura besoin de moyens promotionnels appropriés mais qui tous transmettent un message identique. La stratégie de promotion coiffera donc tous les supports employés pour atteindre les différentes cibles tout en créant un synergisme destiné à renforcer le message perçu par chaque cible.

Les cibles ont été définies en tant que:

- la cible primaire: C'est le groupe des consommateurs principaux, dans ce cas, c'est en général la mère et aussi le père qui a le pouvoir d'achat.

Les caractéristiques principales de la cible primaire se présentent ainsi: les parents d'enfants de 1 à 5 ans, d'un milieu rural, avec un faible taux d'alphabétisation, un faible pouvoir d'achat et une bonne réceptivité à l'information, surtout orale.

- les cibles secondaires: Ce sont les catégories de personnes qui ont une influence directe sur la décision d'achat des parents en ce qui concerne les soins de santé. Ces catégories groupent:

* Le personnel de santé ou prescripteurs (médecins, infirmiers d'état, sages-femmes, infirmiers et agents de santé communautaire).

* Les vendeurs de médicaments (pharmaciens, gérants d'officine, dépositaires, gérants de magasins-santé).

* Les leaders communautaires (les décideurs au niveau central, les gestionnaires des systèmes de santé, les guérisseurs, les dirigeants de collectivité, les chefs religieux, les autres membres de la famille, etc...)

Les caractéristiques générales de ces cibles sont: une alphabétisation plus élevée et une formation sanitaire pouvant être très poussée (surtout les prescripteurs).

3.5.1. Les mères -- la cible primaire

La stratégie promotionnelle envers les mères prendra la forme d'une double approche: l'approche éducative à travers les agents de santé et les agents d'animation des autres structures, et l'approche promotionnelle à travers les messages véhiculés par les média, la publicité dans les points de vente et les manifestations socio-culturelles populaires comme le théâtre et le chant. Cette approche prend en considération le faible taux d'alphabétisation et se concentre surtout sur l'emploi de la communication orale et du matériel audio-visuel.

La stratégie promotionnelle devra être multi-dimensionnelle c'est-à-dire transmise par différents canaux à la fois afin de créer un climat propice et encourager les mères à une prise de décision envers l'achat et l'utilisation des SRO dès que l'enfant a la diarrhée. La stratégie promotionnelle vise à répondre aux besoins des mères à travers les ressources et les moyens de communication existants. La campagne de promotion est prévue de commencer en Mars 1990, une fois que la mise en place de KENEYAJI dans les points de vente aura été assurée.

3.5.1.1. Renforcement du face-à-face comme moyen de sensibilisation des mères aux SRO

La tradition orale étant un puissant moyen de communication, surtout en milieu rural, les séances de face-à-face seront favorisées comme moyen d'insérer la RVO dans le système informel du bouche-à-oreille. Le besoin d'information et d'éducation sur les SRO tel que perçu par les agents de santé ou rapporté par les mères elles-mêmes, sera satisfait à travers l'accroissement des opportunités d'organiser des face-à-face et l'amélioration de l'efficacité de cette communication directe.

Les opportunités de sensibilisation aux SRO, qui, jusqu'à présent, sont efficacement menées par les agents de santé, seront étendues à tous les agents des différentes structures d'animation, par ex: les centres d'alphabétisation, les ONG, l'Union Nationale des Femmes Maliennes (UNFM), l'Union Nationale des Jeunes Maliens (UNJM), et les autres ministères (éducation, information, agriculture). Ces agents, parallèlement aux agents de santé, aideront à répandre l'information sur les SRO, grâce à un matériel pratique d'animation qui contiendra l'essentiel sur la RVO, en même temps qu'un guide facilitant la tâche de l'animateur.

Ce matériel sera sous forme d'affiche ou de pagivolte illustrée, en matière résistante, apte à l'emploi répété lors des démonstrations. L'emploi généralisé de cette affiche aura l'avantage de communiquer le même message par les différents utilisateurs, quelque soit leur degré de formation. Elle sera développée et testée par la DSF en tenant compte non seulement des besoins des mères, mais aussi des différentes conditions d'utilisation. L'affiche sera imprimée en quantité suffisante (30 000 unités) pour couvrir les besoins des structures d'animation ayant un contact fréquent avec les mères.

L'affiche d'animation et la fiche d'instruction insérée dans le sachet, seront toutes les deux abondamment illustrées. Elles représentent le principal support imprimé/écrit visant à soutenir la communication orale auprès des mères.

3.5.1.2. Utilisation des manifestations socio-culturelles populaires pour communiquer le message SRO.

Le théâtre populaire en tant que spectacle a un très fort pouvoir captivant en tous milieux. D'autre part l'impression laissée par une représentation théâtrale se répercute de bouche à oreille longtemps après son déroulement. Ces facteurs-ci, ainsi que l'expérience réussie d'autres pays africains, encouragent à "monter une pièce" sur la RVO dans un but de sensibiliser la population et de promouvoir les SRO. Le thème de la pièce sera développé par la DSF qui le discutera avec la Direction Nationale des Arts et de la Culture (DNAC) qui à son tour élaborera le scénario et les jeux de scène nécessaires. Il sera prévu au moins une représentation dans chaque chef-lieu de région et dans le district de Bamako. Afin de laisser une impression mémorable concrète, on pourra envisager la distribution de feuilles d'instruction, ou encore d'échantillons ou même vendre des sachets KENEYAJI à la fin de chaque représentation. Il sera important d'étendre le "bruit promotionnel" causé par la représentation théâtrale en assurant le concours de la Radio-Télévision Malienne (RTM) qui filmera et diffusera la représentation.

Une autre manifestation culturelle avec une large possibilité de diffusion, serait un concours de chants qui s'est avéré très populaire lors d'une expérience précédente du PNLMD. Ce concours consistera à chanter une chanson sur le thème de la RVO. Il invitera tous les chanteurs et chanteuses populaires à développer et à chanter une chanson originale. Les trois meilleures chansons sélectionnées par un jury, seront récompensées et seront fréquemment diffusées à la radio, surtout durant la Semaine de L'Enfance prévue en Juin 1990.

3.5.1.3. Diffusion élargie du message RVO-KENEYAJI à travers les média.

La radio est le moyen de communication de masse le plus répandu parmi les ménages maliens. D'après l'enquête CAP, 65% des mères écoutent la radio. Afin de mettre à profit cette couverture médiatique qui s'étend jusqu'à l'ensemble du territoire, il est prévu d'élaborer des messages SRO appropriés qui seront diffusés aux heures d'écoute les plus importantes pour les mères, c-à-d le matin entre 8 et 10 heures.

Ces spots de deux minutes chacun, seront accompagnés d'une musique facilement reconnaissable (le générique) et seront déclamés ou chantés d'une manière enjouée, de telle manière que les mères auraient plaisir à répéter ou à fredonner "la chanson KENEYAJI."

La DSF devra travailler conjointement avec la RTM à l'élaboration des spots. Un calendrier de diffusion à partir de Mars 1990 et continuant tout au long de la saison de diarrhée, devra être établi

continuant tout au long de la saison de diarrhée, devra être établi aussitôt que possible entre la DSF et la RTM.

D'autre part, d'après un accord interministériel, le ministère de l'information octroie gratuitement au MSP-AS une tranche de 20 à 25 minutes tous les jours pour la diffusion d'un programme de santé publique. Cette offre sera mise à profit par la DSF pour réaliser et diffuser une série de causeries - débats dans les langues nationales sur le traitement de la diarrhée par la RVO et le rôle de KENEYAJI. Ces causeries-débats seront animées par un expert (par exemple un médecin ou quelqu'un du PNLMD) qui mènera une causerie auprès d'un groupe de mères (simulées).

La télévision qui pour le moment couvre surtout le milieu urbain, est en train d'étendre progressivement sa couverture aux autres régions du pays. Environ 25% des mères interrogées durant l'enquête CAP, disent regarder la télévision.

Un flash publicitaire de 30 secondes permettra rapidement d'associer KENEYAJI à la diarrhée et de visualiser le produit et son mode d'emploi. Vu la courte durée du flash, il faudra concentrer le message autour du produit et de ses avantages, par exemple: KENEYAJI sauve la vie de l'enfant qui a la diarrhée, KENEYAJI ranime l'enfant fatigué par la diarrhée, etc... Comme pour la radio, il faudra que la DSF et la RTM établissent un calendrier de diffusion des flash commençant à partir de Mars 1990.

D'une autre part, il faudra convaincre la RTM de filmer et de diffuser les événements importants ou "sensationnels" par exemple: la fabrication locale de KENEYAJI à l'UMPP, les représentations théâtrales, les conférences-débats à l'Assemblée Nationale, les réunions scientifiques sur le thème de la RVO, des "cas-miracles" d'enfants déshydratés sauvés par l'emploi du KENEYAJI, etc...

3.5.2. Les Prescripteurs

Les médecins, infirmiers d'état, pharmaciens, infirmiers de santé, aides-soignants et autres agents de santé communautaire ont tous un rôle influent important sur la mère. Par conséquent leur appui constant à éduquer et à sensibiliser les mères à la RVO est capital. La DSF a joué et continuera à jouer un rôle critique à former le personnel socio-sanitaire.

La stratégie éducative et promotionnelle vise à renforcer l'effort de formation et de recyclage auprès des prescripteurs présents (en activité) et des prescripteurs futurs (en formation)

3.5.2.1. Renforcement du cursus de formation du traitement des maladies diarrhéiques dans les écoles socio-sanitaires.

Ceci implique une mise à jour ou une intégration d'un cours sur le traitement des maladies diarrhéiques dans le programme d'étude des

étudiants en médecine, pharmacie et infirmerie. Les nouvelles générations seront ainsi formées au traitement rationnel de la diarrhée dès le début de leur carrière professionnelle. La DSF prendra connaissance du statut actuel de la formation en LMD et organisera des conférences -débats avec les professeurs de médecine et de pharmacie afin de les mettre à jour sur le traitement des maladies diarrhéiques. La DSF offrira son assistance pour la révision du cursus avec les professeurs concernés.

3.5.2.2 Promotion de KENEYAJI à travers une équipe de délégués médicaux

Les laboratoires pharmaceutiques emploient des délégués (ou visiteurs) médicaux qui font la promotion constante de leur produits et influencent les prescriptions du personnel sanitaire. L'UMPP a récemment instauré un service commercial formé de quatre personnes responsables de la commercialisation de ses produits. Ce service était devenu nécessaire vu l'importance grandissante de la fonction de distribution et de vente. En plus de cette fonction, le directeur général adjoint prévoit une capacité de promotion qui, à la manière des délégués médicaux, fera la promotion des produits de l'UMPP. L'existence de cette force de promotion représente une occasion unique de lancer et d'établir KENEYAJI auprès du personnel socio-sanitaire.

Afin d'accroître l'efficacité des délégués médicaux de l'UMPP, un atelier de formation sur la RVO et sur les techniques de vente sera prévu juste avant le lancement de KENEYAJI. Les délégués médicaux utiliseront comme matériel de promotion:

Une brochure promotionnelle contenant les avantages de la RVO et de KENEYAJI par rapport au traitement irrationnel de la diarrhée par les antidiarrhéiques et les antibiotiques. Elle sera discutée et distribuée par les délégués médicaux lors de leur contact avec le personnel sanitaire. Cette brochure réalisée et testée par la DSF sera imprimée en quantités suffisantes pour couvrir, durant plusieurs cycles de promotion, tous les prescripteurs visités par les délégués.

Afin de maintenir le nom KENEYAJI constamment présent à la vue et à l'esprit du prescripteur, les délégués distribueront un ordonnancier KENEYAJI à chaque visite durant la saison diarrhéique.

Les visiteurs médicaux remettront aussi quelques échantillons de KENEYAJI à la fin de leur discussion, ouvrant un sachet, démontrant le mode d'emploi et attirant l'attention du prescripteur sur la fiche d'instruction contenue dans chaque sachet afin de faciliter l'utilisation par les mères.

3.5.3. Les Vendeurs

Les vendeurs représentent un maillon important dans la chaîne de communication avec les mères. Non seulement ils exécutent les ordonnances des prescripteurs, mais souvent jouent eux-mêmes le rôle de prescripteurs. L'enquête CAP révèle que plus de la moitié des mères se présente sans ordonnance. Il est donc essentiel d'obtenir l'appui des vendeurs.

3.5.3.1. Le lancement de KENEYAJI dans tous les points de vente sera favorisé par des tactiques d'incitation à l'achat:

Cette promotion sera limitée à la phase de lancement.

- Une offre d'unités gratuites correspondant à l'achat initial. Par exemple un carton gratuit pour un carton acheté
- Une facilité de crédit sous forme de P.A.V. (payé après vente) qui surmontera la résistance initiale du vendeur à déboursier son argent sur un nouveau produit.

Ce programme d'incitation à l'achat mené conjointement par la PPM et l'UMPP sera suivi d'un plan promotionnel d'incitation à la vente et d'encouragement de la demande.

3.5.3.2. Sensibilisation des vendeurs à la RVO afin qu'ils recommandent KENEYAJI

Une série de conférences-débats sera organisée par les médecins-chefs des cercles et le coordinateur régional du PNLMD pour les vendeurs de chaque localité (cercle ou arrondissement). Les vendeurs seront sensibilisés à la RVO et à l'emploi de KENEYAJI. Ils seront aussi sensibilisés au rôle qu'ils peuvent jouer à sauvegarder la vie de l'enfant atteint de diarrhée.

Cette activité de sensibilisation sera complétée par une formation en RVO des gérants d'officines au sein du programme trimestriel de formation établi par la PPM. Le PNLMD coordonnera cette activité avec la PPM et prévoira la distribution des brochures KENEYAJI et tout autre matériel de point de vente, par exemple: affiche, auto-collants, etc....

3.5.3.3. Augmentation de la pression KENEYAJI par les délégués médicaux

Les délégués médicaux de l'UMPP inclueront les vendeurs dans leur tournée promotionnelle. Ils tâcheront d'accrocher l'affiche d'animation dans un endroit proéminent et bien visible. Au cours des prochaines tournées ils distribueront des auto-collants KENEYAJI et veilleront au renouvellement et à la livraison des commandes. Un programme d'incitation à la vente inclura l'offre de gadgets (stylos, T-shirt, etc..) reliée au volume de la commande.

3.5.4. Les leaders communautaires et religieux

Vu leur influence, il est important de renforcer le degré d'implication de toutes les organisations politico-administratives et des chefs religieux dans leur rôle d'information et d'éducation de la communauté. La DSF saisira l'opportunité des journées de rencontre avec l'Assemblée Nationale (télévisée et radio diffusée) pour confirmer l'appui des autorités au PNLMD. Il sera approprié de mentionner la mise sur le marché d'un **produit national** (KENEYAJI) pour la poursuite des objectifs de la DSF.

3.5.5. Les guérisseurs

La DSF tâchera de contacter l'association des guérisseurs agréés par la médecine traditionnelle et d'organiser une rencontre afin de sensibiliser les membres de cette association au problème de la diarrhée et à sa solution par la RVO. Eventuellement il sera procédé à la remise d'échantillons afin de familiariser les guérisseurs avec le produit et son mode d'emploi. La DSF considèrera aussi la possibilité de distribuer l'affiche d'animation, si elle s'avèrait utile aux guérisseurs.

3.5.6. Les ONG et les autres structures d'animation

Ces organisations représentent une ressource additionnelle de propagation du message RVO. La DSF organisera des rencontres avec les ONG et les autres structures comme l'UNFM, UNJM, en particulier les "pionniers", les éducateurs, l'AMUPI et les Missionnaires afin de les sensibiliser au programme LMD et les informer de l'existence de KENEYAJI. L'affiche d'animation sera offerte aux organisations appropriées qui se chargeront de l'intégrer dans leur système propre de formation et de la distribuer dans leur structure.

4. MESSAGE PROMOTIONNEL

Le groupe réuni au sein de l'atelier de marketing social des SRO, n'a pas eu le temps d'aborder le thème du message promotionnel. La DSF devra préciser sa stratégie de communication envers chaque cible et ensuite la traduire en message promotionnel. Il est évident que chaque cible est différente et qu'il faut utiliser le langage et les moyens de communication appropriés à chacune d'entre elles.

Si le langage peut être différent, il doit toutefois conduire au même comportement de la part de chaque cible c'est-à-dire ne pas donner lieu à confusion lorsque les différentes cibles entrent en contact.

Le message promotionnel doit être construit en fonction des promesses du produit, capables de satisfaire les besoins et espérances de la cible. Il est évident qu'il faudra employer un

langage positif mettant en valeur les qualités du produit, la facilité d'emploi et les avantages que la cible tire de son utilisation vis-à-vis d'autres produits ou traitements.

Il est vital de répondre à l'anxiété des mères qui disent que "la diarrhée tue", "la diarrhée fatigue l'enfant", etc. en employant les mots et le ton approprié, par exemple: "KENEYAJI sauve la vie de l'enfant", "KENEYAJI ranime l'enfant qui a la diarrhée", etc...

Les prescripteurs eux, ont besoin d'un langage plus rationnel et d'un discours scientifique soutenu par des preuves. Ces preuves scientifiques sont d'autant plus importantes qu'elles sont destinées à causer un changement d'habitude chez le prescripteur. Celui-ci a durant des années prescrit des antidiarrhéiques tout en étant convaincu du bien fondé de son action. Il sera difficile de lui faire admettre l'irrationalité de son traitement habituel sans force de preuves convaincantes.

L'Education de la Santé/DSF devra s'assurer le concours de personnes spécialisées dans la promotion médiatique et dans la promotion médicale.

5. LES INDICATEURS D'EVALUATION

Les indicateurs d'évaluation seront appliqués en fonction des objectifs fixés pour les 3 prochaines années.

5.1. Une étude CAP des mères sera prévue en janvier 1991 pour évaluer le progrès réalisé envers l'atteinte des objectifs de 1990, à savoir:

- Le taux d'identification des SRO chez les mères, objectif 1990 = 60%
- Le taux d'utilité des SRO chez les mères, objectif 1990 = 40%
- Le taux d'utilisation des SRO chez les mères, objectif 1990 = 37%

5.2. Une étude CAP des prescripteurs prévue pour la même période déterminera le taux de prescription des SRO,

- Objectif 1990 = 75%

5.3. Une vérification des registres de la PPM en ce qui concerne son réseau, et une vérification ponctuelle sur le terrain en ce qui concerne les dépôts et officines privés devront permettre d'évaluer le pourcentage de disponibilité de KENEYAJI dans les points de vente,

- Objectif 1990 = 50%

5.4. Le chiffre de vente sera vérifié à travers le registre de production et de vente de l'UMPP,

- Objectif 1990 = 800000 unités.

6. PLAN D'ACTION

Les stratégies marketing de KENEYAJI discutées au sein de l'atelier, ont été condensées sous le plan d'action suivant. Les coûts sous la colonne du budget ont été estimés approximativement, ils devront être finalisés par la DSF aussitôt qu'ils seront connus.

6. PLAN D'ACTION

	<u>ACTIVITE</u>	<u>RESPONSABILITE</u>	<u>DATE</u>	<u>QUANT.</u>	<u>BUDGET</u>
6.1.PRODUIT	Elaborer maquette feuille d'instruction	PNLMD/EPS	Nov. '89		
	Imprimer la feuille	UMPP/LMD	Jan. '90	1 million	5800000
	Elaborer maquette de l'étiquette du carton de 50 sachets	PNLMD/EPS	Nov. '89		
	Imprimer l'étiquette	UMPP/LMD	Jan.'90	20000	900000
6.2.PRODUCTION	Assurer petit matériel de production manquant.	UNICEF	Jan. '90	voir rap. Hygino	
	Compléter formation du personnel de production.	UMPP/LMD	Jan. '90		
	Commencer production	UMPP	Fev. '90	1er lot de 5000	
	Evaluer besoins futurs de production.	UMPP/PPM/ PNLMD	Sep. '90		
	Determiner limites de capacité de production	UMPP	Sep. '90		
	Décider la politique de réapprovisionnement en matières premières et emballages	UMPP	Oct. '90		

<u>ACTIVITE</u>	<u>RESPONSABILITE</u>	<u>DATE</u>	<u>QUANT.</u>	<u>BUDGET</u>
6.3. DISTRIBUTION				
Evaluer stock existant dans centres de santé (arrondis.)	DLP	Dec. '89		1000000
Réapprovisionnement des centres de santé en rupture de stock:				
Redistribution	DLP	Jan. '90	Excédent	
Acheter à l'UMPP	PPM	Mars '90	D'après besoins de 3 mois	
<u>PPM</u> : Mise en place initiale de 5 cartons/grandes officines 3 cartons/pour les autres	PPM	Mars '90	12500 <u>7500</u> 20000	
<u>Privés de Bamako</u> : mise en place initiale de 3 cartons par privé (30)	UMPP	Mars '90	4500	
<u>Privés ruraux</u> : mise en place initiale de 2 cartons per dépôt privé dans la moitié des dépôts (140).	PPM	Avril '90	14000	
<u>ONG</u> : Organiser rencontre OCAONG pour informer du lancement et inciter à l'achat de KENEYAJI	PNLMD	Mars '90		
Evaluer diffusion des sachets chez les <u>commerçants</u>	DLP/LMD UMPP	Jan '91		250000

26

<u>ACTIVITE</u>	<u>RESPONSABILITE</u>	<u>DATE</u>	<u>QUANT.</u>	<u>BUDGET</u>
6.4. PROMOTION				
6.4.1. Mères				
Radio:				
- Causeries : planifier, réaliser séance de 15 minutes groupant expert et mères.	DSF	Jan '90	cassettes	500000
Diffuser séance	DSF/RTM	Mar '90	2 fois/ mois	?
- Spots publicitaires (2 minutes) chantés & parlés	DSF/RTM	Fev '90	1 spot	150000
-Diffusion spots	RTM	Mars '90	quotidien	?
-Diffusion de concours (chant, théâtre)	DSF/RTM	à chaque occasion	cassettes	100000
Télé:				
-Réaliser 1 flash publicitaire de 30 sec. animé, gai avec enfants	DSF/RFM	Fév '90	1 spot	1000000
-Diffuser flash	DSF/RTM	Mars '90	quotidien	?
-Diffuser événements importants (conférence-débats à l'Assemblée, réunions scientifiques, théâtre etc.)	DSF/RTM	à chaque événement		
Théâtre:				
-Développer thème et discuter avec DNAC	PNLMD	Dec '89		
-Réaliser scénarios et jeu de scène/sketch.	DNAC	Mars '90	1 sketch	350000
- Représentations de la troupe dans chefs-lieux de région.	PNLMD/DNAC	Mai/Juin '90	8 rep.	1000000

<u>ACTIVITE</u>	<u>RESPONSABILITE</u>	<u>DATE</u>	<u>QUANT.</u>	<u>BUDGET</u>
-Filmer représentation pour diffusion à la télé.	RTM	Juin '90		150000
Concours de chants:				
-Organiser concours entre artistes	DSF/DNAC	Juin '90		
-Allocation de prix aux 3 meilleurs durant Semaine de l'Enfance				1000000
-Diffusion à la radio	RTM	Juin '90		
Imprimés:				
-Elaborer et tester matériel éducatif visuel (affiche) pour démonstration en groupe dans structures d'animation, UNFM/UNJM, Centres de santé, ONG, autres ministères (éducation, agriculture).	DSF	Jan '90		200000
-Imprimer l'affiche	DSF	Mars '90	30,000	9000000
-Distribuer dans les centres d'animation de tous les partenaires.	DSF/Dir.Reg. PPM/UNFM Education/ONG	Avril '90		500000
6.4.2. <u>Leaders Communautaires</u>				
Organiser rencontres et remises d'affiches et d'échantillons	DSF/Med.Chefs DRSP	Mars à Sep. '90		
6.4.3. <u>Prescripteurs en formation</u>				
Organiser conférences-débats avec professeurs de médecine et de pharmacie sur LMD.	DSF/écoles	Juin '90		

24

<u>ACTIVITE</u>	<u>RESPONSABILITE</u>	<u>DATE</u>	<u>QUANT.</u>	<u>BUDGET</u>
6.4.4. <u>Prescripteurs en activité</u>				
Organiser conférences-débats (incluant matériel) avec gérants d'officines dans toutes les régions et Bamako.	DSF/Med.chefs	Mai-Dec '90		4000000
Réaliser, tester et imprimer la brochure promotionnelle sur rôle et avantages de KENEJAJI, à distribuer par visiteurs médicaux UMPP.	DSF	Avril '90	5000	2000000
Imprimer ordonnanciers avec logo de KENEYAJI	DSF	Mai '90	9000	
Produire échantillons pour remise par visiteurs médicaux	UMPP	Avril '90	5000	
6.4.5. <u>Vendeurs</u>				
Offrir unités gratuites à l'achat initial	UMPP/PPM	Mar '90	40000	1200000
Distribuer par visiteurs médicaux:				
- Affiches de démonstration	PPM/UMPP	Mar '90	400	
- Auto-collants avec logo KENEYAJI de (aussi dans centres de santé)	DSF/PPM UMPP	Mar '90	5000	1500000
- Gadget (stylos, T-shirts etc.) relié au volume d'achat.	DSF/PPM UMPP	Oct '90	500	1000000

<u>ACTIVITE</u>	<u>RESPONSABILITE</u>	<u>DATE</u>	<u>QUANT.</u>	<u>BUDGET</u>
6.4.6 <u>Réseau commercial de l'UMPP</u>				
Cours de formation pour visiteurs médicaux en connaissance RVO et techniques de vente et commercialisation	DSF/UMPP	Fev '90		200000
Intégration de la pro- motion des SRO dans l'ensemble de la pro- motion pour tous les pro- duits de l'UMPP	UMPP/DLP DSF	Mars '90		1000000
Total Budget Estimé			F.CFA	<u>3310000</u>

AnnexeLISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE MARKETING SOCIAL DES SRO

<u>Noms et Prénoms</u>	<u>Fonction</u>	<u>Services</u>
Mr. Djibril SEMEGA	Chef Section Nutrition	Division Santé F.
Dr. Alou KEITA	Directeur Technique	U.M.P.P.
Mme TAMBOURA Safiatou THIAM	Section Animation	Education pour la Santé./DSF
Melle Fatoumata DIALLO	Etudiante	Ecole de Médecine et de Pharmacie
Dr. BOCOUM Suzanne MAIGA	Chef de Division	Division Santé F.
Dr. SIDIBE Aïssata BA	Chef PNLMD	Division Santé F.
Mme TONY Fatimata MAIGA	PNLMD	Division Santé F.
Mr. Abderahmane MAIGA	Directeur Adjoint	D.N.P.F.S.S.
Mme. DIALLO	Réseau Commercial	P.P.M.
Mme. TOURE Fatoumata	Chef Section Pharmacie	Division Labo-Pharmacies.
Dr. Sékou DRAME	Section Education pour la Santé	Division Santé Familiale.
Mr. Moctar HAIDARA	Section Collectivités Rurales	Direction Nationale des Affaires Sociales.
Mr. Abdoulaye BOCOUM	Assistant Social	Education pour la Santé./DSF
Mme DICKO Mariam SIDIBE	Tech. Dév. Com.	Division Santé F.
Dr. SANGARE Madina BA	Chef Section SMI/PF	Division Santé F.
Dr. Héma CISSE	Chef Division Labo-Pharmacies	D.L.P.
Mme. Suzanne PRYSOR-JONES	Représentante Régionale	PRITECH
Mr. Camille SAADE	Spécialiste en Marketing	PRITECH

Autres Personnes Rencontrées

- Mr. Bakary Nana COULIBALY	Dir. Gén. Adjoint	U.M.P.P.
- Mr. Mario FERRARI	Administrateur de Programme	UNICEF
- Mme. Kadidiatou LY		UNICEF
- Mr. Dennis BRENNAN	Directeur	USAID
- Mr. Neil WOODRUF	Health Officer	USAID
- Mr. Michael QUALLS	TAC Officer	USAID
- Mme. Judy BENINATI	Représentante	PRITECH
- Mme. Linda MORALÉS	Consultante	PRITECH