PN-ACA-432

Health Education in Ghana

A Case Study of Institutional Capacity Building

January 1997

Hugh Waters
Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project

The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

SARA

Health Education in Ghana

A Case Study of Institutional Capacity Building

January 1997

Table of Contents

Acronyms iii
Summary 1
Introduction 2
The Process of Institutional Capacity Building 3
- Human Resource Development 4
- Partnerships Inside and Outside the MOH 5
- The Role of Technical Assistance 6

The Results of Capacity Building: Reinforcing the Gains Made 6
- Coordination of Health Education Themes 6
- Capitalizing on the Success of the Family Planning Program 7
- Exploiting Multiple Channels 7

Discussion and Lessons Learned 8
Endnotes 11
Persons Contributing to This Paper 13
Bibliography 15

Acronyms

CDD	Control of Diarrheal Diseases
CCG	Christian Counsel of Ghana
CYP	Couple Years Protection
DHMTs	District Health Management Teams
GHANAPA	Ghana Population and AIDS (Project)
GFPHIP	Ghana Family Planning and Health Information Program
GFPHP	Ghana Family Planning and Health Project
GNP	Gross National Product
GSMF	Ghana Social Marketing Foundation
HEU	Health Education Unit (formerly the HED—Health Education Division)
HHRAA	Health and Human Resources Analysis for Africa Project
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
IEC	Information, Education, and Communication
JHU/PCS	Johns Hopkins University Population Communication Services
KAP	Knowledge, Attitudes, Practices (survey)
MCH	Maternal and Child Health
MDPI	Management Development and Productivity Institute (Ghana)
MOH	Ministry of Health
NGOs	Non-Governmental Organizations
ODA	Overseas Development Association
ORS	Oral Rehydration Solution
ORT	Oral Rehydration Therapy
PPAG	Planned Parenthood Association of Ghana

TFR	Total Fertility Rate
UNFPA	United Nations Fund for Population Assistance
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

Summary

Since 1987, USAID/Accra and the Population Communication Services Project have supported the Health Education Unit in Ghana's Ministry of Health, initially through the Ghana Health and Family Planning Information Program (GFPHIP) and, since 1993, through the Ghana Family Planning and Health Project (GFPHP). Both projects have emphasized institutional capacity building within the HEU, and have sought to improve knowledge, attitudes, and use rates for family planning. There is considerable evidence that they have succeeded in both of these goals. In addition, the GFPHP has supported the HEU in taking on additional interventions for CDD, malaria prevention and treatment, and HIV/AIDS prevention.

This paper discusses the reasons behind the success of the capacity building component of these projects, and examines the approaches taken for the coordination of different health education interventions. For capacity building, two factors emerge as being particularly important.

- *Development of human resource capacities.* At the central level, the development of a skilled and dedicated ten person team has enabled successful management of diverse health education activities and decentralized campaigns. At the regional and district levels, recruitment, training and empowerment of regional health education officers and of District Health Management Teams has been a key prerequisite to successful campaigns in three regions.

- *Development of partnerships* within the MOH, with other ministries and NGOs, and with the private sector. Positive working relationships within the MOH have facilitated large scale training efforts and brought in the private sector for assistance in materials development and printing. NGOs, parastatals, and other ministries have played key roles in the success of campaigns.

The HEU has successfully taken on additional interventions, including HIV/AIDS and malaria prevention, and has implemented them on a national level. Even though plans for national coordination of separate interventions were not fully realized, the "new" interventions benefitted from the wide recognition and credibility established by the Family Planning Program. Focusing on the service provider as the common theme in the different messages has provided a comprehensible connection for the public.

The ability of the HEU to manage additional health education themes reflects the preceding years of institutional strengthening. The Health Education Unit now has both the technical and administrative capacity to lead a coordinated national IEC

campaign. The HEU also has the credibility to work with other national programs such as Family Planning and HIV/AIDS Control and Prevention—programs which in many other countries have bypassed health education units and conducted their own IEC activities, uncoordinated with other national programs.

While some of the characteristics of the GFPHIP and the GFPHP projects are specific to Ghana, the conclusions in this paper concerning institutional capacity building and the coordination of health education themes are of interest to USAID and Ministries of Health in other African countries.

Introduction

Ghana is divided into 10 regions and 110 administrative districts. Over two-thirds of the population live in rural areas. The population is predominately Muslim in the north of the country and Christian in the south. As reflected in the following statistics, Ghana faces the same serious demographic and health challenges affecting much of Africa.[1]

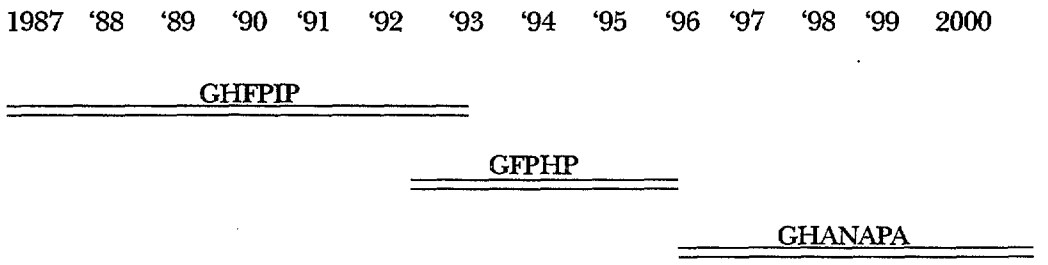
Population (1992)	16 million
Population growth rate (1992)	3.2%
Total Fertility Rate (1992)	6.4
Under five mortality (1992)	137 / 1,000
Exclusive breastfeeding 0–4 months (1989)	1.9%
ORT use (1991)	21%
GNP per capita (1991)	$400

The Ghana Health and Family Planning Information Program (GHFPIP) and its successor, the Ghana Family Planning and Health Project (GFPHP), have supported Ghana's population and health sectors. Both projects have been funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) and implemented by the Johns Hopkins University Population Communication Services Project (JHU/PCS). The GHFPIP began in 1987 and ended in 1993; its primary objectives were:

- to improve the attitudes and knowledge of service providers toward family planning;
- to increase awareness and acceptance of modern contraceptives among the general public; and
- to strengthen the institutional capability of the Ministry of Health and the Health Education Unit to manage comprehensive health communication programs.

The GFPHIP was remarkably successful in meeting these objectives. An intensive campaign in three regions improved knowledge and attitudes concerning family planning and service providers and contributed to a 90 percent increase in couple years protection in the three regions. Nationwide, CYP rose from 1,000 in 1987 to 15,000 at the end of 1991. Moreover, the project left in place an organization, the Health Education Unit, with well developed management and technical skills, including expertise in qualitative research, monitoring systems, and impact evaluations for IEC projects.

The GFPHP (1992–1996) was a bigger project than its predecessor, with an emphasis on social marketing, involvement of the private sector, cost recovery, and HIV/AIDS surveillance. The GFPHP built on the work of the earlier project, and added malaria and HIV/AIDS messages to what has been a successful family planning health education program led by the Health Education Unit in the MOH. The GFPHP project has itself been followed by the GHANAPA project (1995–2000), which is also funded by USAID with implementation by JHU/PCS. The timeline of the three projects below shows the continuity of support:



This paper examines the strategies used by the first two projects to build institutional capacity within the MOH—leading to capable and effective promotion of family planning by the Health Education Unit. Following a period of institutional strengthening, the HEU has incorporated messages for additional interventions, including HIV/AIDS prevention, into its programs. These issues—institutional strengthening and coordination of health education messages—are of interest to health and family planning professionals working in many African countries. This paper offers strategies for approaching these issues, based on USAID's experience in Ghana.

The Process of Institutional Capacity Building

From its beginning in 1987, the GFPHIP benefitted from strong leadership and ownership within the MOH. Dr. Charlotte Gardiner, Director of Maternal and Child Health and Family Planning in the Ministry, was also the Project Administrator. Dr. Charles Adboe, Director of Medical Services in 1987, served as Project Director, as has his successor, Dr. Moses Adibo. High level involvement in the project has been a sign of Ghana's commitment to family planning (Ghana was one of the

first African countries to adopt a family planning policy, in 1969), and has proved critical to the success of the project.

Another positive factor has been continuous leadership from within the Health Education Unit itself. Mrs. Martha Osei was Director of the HEU from 1987 until 1994, and Mrs. Mary Arday-Kotei was Deputy Director and Project Coordinator during the same time period. Together, they formed a solid and experienced team. The GFPHIP also hired a campaign coordinator and a project accountant, both of whose salaries were paid from project funds. The HEU recruited and trained additional young and talented staff from the National Service, resulting in a core team of ten trained professionals at the central level.

At the regional level, Health Education Officers were given official status as the coordinators for all MOH health education activities in the region. In the three regions where major family planning campaigns were launched, committees served as vehicles for incorporating other ministries and NGOs. Overall, several essential factors have contributed to institutional capacity building for health education within the MOH. These factors are described below.

Human Resource Development

Each of the members of the HEU at the central level, and the Regional Health Education Officers, have received training specific to IEC. The MOH, USAID, ODA, and UNFPA have all contributed to this training, including sending several staff members to Ibadan University in Nigeria for advanced diplomas in Health Education. Equally importantly, most trained staff are still in the positions for which they were trained, reflecting strong commitment and effective human resource management by the MOH. Training for all ten members of the HEU has continued under the GFPHP—including instruction in computer skills and management training at the Management Development and Productivity Institute (MDPI) of Ghana.

Starting in 1988, the GFPHIP also financed and organized training of the District Health Management Teams (DHMTs) from all 10 regions of Ghana. In coordination with the Training Division of the MOH, and with the DHMTs acting as master trainers, in 1988–1990 all district-level family planning service providers in all ten regions of the country received training in counseling and service provision techniques. Training of service providers prior to the beginning of the IEC campaigns had an important impact on the success of the campaigns (see "Lessons Learned" later in this paper).

Eleven individuals from the MOH, including most of the assistant health education officers, have participated in communications advance workshops run by the PCS Project in Baltimore. These workshops have provided training in the fundamentals

of communication strategies—audience analysis, research, monitoring, and evaluation. The PCS workshops have effectively prepared MOH staff to carry out the regional level IEC campaigns for family planning, HIV/AIDS, and malaria prevention and control.[2]

Partnerships Inside and Outside the MOH

A fundamental strategy of the GFPHIP was to foster coordination within the MOH, among different ministries, and with NGOs. With strong support from the Minister of Health, the HEU has been able to work with the Ministries of Social Welfare, Information, and Community Development and Mobilization; the Ghana Broadcasting Corporation; and the National Film and Television Institute. Campaign activities at the regional level have been effectively coordinated by committees representing different ministries and government agencies as well as NGOs.

The HEU has also worked closely with private advertising and communication research agencies. In fact, the HEU has downplayed its role in materials development and production, instead acting as a manager and taking advantage of competency within the private sector. For collaboration within the MOH, and with NGOs and the private sector, the HEU has initiated and overseen joint activities, reflecting managerial and technical self-confidence and independence of extensive donor involvement. However, there has not been unanimous support for this approach within the MOH, and collaboration with the private sector has been complicated by bottlenecks in funding flows. The Ministry of Finance has, at various times, held up funds destined for the MOH. The MOH has also held up funds intended for HEU activities both at the central level and in the regions in support of regional campaigns.

A recent example of public-private sector coordination is the "Healthy Choices" campaign to promote family planning. Jointly funded by the MOH/HEU and the Ghana Social Marketing Foundation (GSMF), this campaign focused on the service provider as a reliable source of family planning information. Television and radio commercials, print materials, and outdoor advertising featured public, private, and NGO service providers. The HEU took advantage of this publicity to also distribute its own educational materials and counseling guides.

The partnerships formed have tended to have a self-reinforcing effect: as other programs and organizations have seen the family planning health education efforts gaining momentum, they have been increasingly interested in collaboration. The HIV/AIDS prevention program, for example, has become a significant part of the HEU's health education activities. The leadership role of the HEU in health education is likely to continue. The GFPHP is assisting the MOH in the design of a new building, adjacent to the existing HEU, which will serve as the focal point for cata-

loging, distributing, and sharing ideas for health education materials in Ghana. The building should be complete by the third quarter of 1996.

The Role of Technical Assistance

Throughout the duration of the GFPHIP, expatriate technical assistance was short-term only (this has changed under the bigger GFPHP), and there was a great deal of continuity in the individuals providing technical assistance. Staff of the Johns Hopkins University Population Communication Services (JHU/PCS) Project made repeated visits to Ghana to assist in the development of IEC and private sector activities, and formed close working relationships with the HEU and collaborating organizations.

Under the GFPHP, first Mr. Win Morgan and more recently Mr. Bill Glass have managed the project as resident advisors in Ghana. While maintaining the effective working relationships established earlier, they have sought to further strengthen the management and planning capacities of the HEU. Health education activities funded by the GFPHP have been directly managed and implemented by the staff of the HEU, with the PCS resident advisors playing a supporting role. In general, there has been a positive and durable relationship between the PCS project and the HEU.

The Results of Capacity Building: Reinforcing the Gains Made

The Ghana Family Planning and Health Project started operations in 1993, seeking to follow-up and expand the work of the GFPHIP. One goal of the GFPHP was to incorporate messages on CDD, malaria prevention and treatment, and HIV/AIDS prevention into the successful public sector IEC program for family planning. In addition to widening the scope of messages, the GFPHP sponsored IEC campaigns in additional regions beyond the three regions supported by the GFPHIP.

Coordination of Health Education Themes

Originally, the HEU and the GFPHP planned a coordinated series of promotions in each of the country's ten regions for four different interventions: family planning, HIV/AIDS prevention, malaria control, and CDD. Each region was to focus on a campaign for one intervention for one year, and then continue with campaigns for other interventions. National TV and radio broadcasts would reinforce the regional campaigns.

Changes in the Government's procedures for allocating funds to the regions prevented the HEU from fully supporting the regional and district-level health education activities. Nonetheless, plans for nationwide coordination of these health education themes represent an innovative approach. In many countries these inter-

ventions are fragmented—implemented by different national disease-control programs—and are not organized by a strong health education division.

With support from the GFPHP, the HEU has overseen regional campaigns for HIV/AIDS and malaria prevention. Health Education activities for HIV/AIDS prevention have been intense, including TV and radio broadcasts in five languages and promotional activities involving over 100 districts in all of the country's ten regions. The GFPHP has also supported the MOH's promotion of malaria awareness, primarily through the print and broadcast media. The success of these campaigns is due in large part to the institutional strength and national reach of the HEU.

To support community-based health educators, the HEU has worked with the FPHP and several NGOs to design a health education toolkit. The toolkit contains materials and messages for CDD, malaria, family planning, HIV/AIDS, and sexually transmitted diseases. It describes important educational techniques. The HEU plans to widely distribute the toolkit, and to provide training in its use.

Capitalizing on the Success of the Family Planning Program

The recent promotion of different health education themes in Ghana has benefitted from the credibility and success of the HEU's family planning health education program. Identifying the appropriate strategy to add new interventions to an existing health education program is not an easy task. Simply combining health education messages risks losing the specificity and importance of messages as different as, for example, providing appropriate liquids to children with diarrhea and correct utilization of a condom. To maintain effectiveness, health education messages must maintain specificity. Coordination of diverse health education messages can take place, however, by tying them to a common and mutually reinforcing theme.

In Ghana, the wide-spread recognition of the family planning program has provided this theme. Under the slogan "Your Family Planning Advisor Cares," the positive image of the service provider can be extended to CDD, malaria, and HIV/AIDS. Intended audiences, already exposed to extensive family planning promotion, have a positive image of the family planning program and will be inclined to place more credibility in the overall health system to the extent that it is associated with family planning. The same personnel that are involved in promoting family planning are involved in the additional interventions—at the national and regional levels, in the health centers, and within the media.

Exploiting Multiple Channels

A distinctive feature of both the GFPHIP and the GFPHP has been the use of multiple health communication channels, coordinated by committees at the regional

and district levels. For family planning, multiple channels were used by campaigns that began in March 1990, in three of Ghana's ten regions (Central, Brong-Ahafo and Ashanti), after service providers were trained in these regions. Campaigns for family planning, HIV/AIDS prevention, and malaria control have followed in additional regions.

The campaigns have taken advantage of a spectacular variety of print materials and local and cultural influences. Activities have included the distribution of badges, posters, and leaflets; the involvement of local chiefs and traditional interpreters of chiefs' words; mobile film trucks; and demonstrations at festivals and celebrations.

Regional campaigns have been supplemented by radio and television spots broadcast by the national and regional media. The messages for family planning, malaria, and HIV/AIDS were developed in the course of two workshops organized by the Health Education Unit and held in Accra. The first of these workshops, in May 1993, focused on IEC strategic planning, including the delineation of target audiences for the different interventions. The second, in October 1993, resulted in the development and pretesting of messages for each of the priority interventions, as well as national and regional plans for coordinating the interventions.[3] An important element of the second workshop was the active participation of the National CDD, Malaria, and AIDS Control and Prevention Programs.

Discussion and Lessons Learned

The following conclusions emerge from this presentation of the approaches of the GFPHIP and the GFPHP in reinforcing the institutional strength of the Health Education Unit, and in supporting the HEU to coordinate health education themes.

- The continuity of personnel in the same positions within the HEU, and as regional Health Education Officers, has been an essential element of institutional strengthening. The HEU and the two projects have benefitted from high-level support within the MOH, which has enhanced the profile of the HEU and encouraged the continuity of staff members. The success of the HEU's programs reflects the actions of dynamic and dedicated individuals—a factor which cannot be exactly reproduced in any other country—but the HEU has also clearly benefitted from institutional support and sound human resource management.

- The continuity of individuals providing expatriate technical assistance has led to smooth working relationships and encouraged uninterrupted initiatives by the HEU. Moreover, key project personnel are officials within the MOH, and under the GFPHIP there were no long-term expatriate advisors, which lead to a sense of ownership on the part of the Government.

- The leadership demonstrated by the HEU and the MOH in forming collaborative relationships with other ministries, NGOs, and private sector agencies has been a key aspect of the institutional strengthening of the HEU, and has significantly contributed to the success of family planning IEC activities.

- The success of family planning campaigns in three regions in the 1990–1993 time period depended on the extensive training and research which began in 1987—demonstrating the importance of planning and preparation for IEC campaigns. Research conducted in one area of the country may well not be sufficient for designing messages for audiences in other areas. Expanding projects from pilot regions is, therefore, a time consuming and expensive process.

- A one week training course for service providers, combining family planning, CDD, malaria, and HIV/AIDS, may not provide enough time to cover any of these topics in sufficient detail. However, it is expensive, both in terms of money and time, to bring health personnel together for much longer periods of time. One approach to solving this problem, as yet untested, is to employ remote training techniques—training modules and cassettes within health centers where staff work. Another possibility is to use toolkits that describe health education techniques and contain the most important messages for different health and family planning interventions.

- The HEU has successfully taken on additional interventions, including HIV/AIDS and malaria prevention, and has implemented them on a national level. Even though plans for national coordination of separate interventions were not fully realized, the "new" interventions benefitted from the wide recognition and credibility established by the Family Planning Program. Focusing on the service provider as the common theme in the different messages provides a comprehensible connection for the public. In some situations, however, there may be limits to the credibility of any national program, and the direct association of other important national health priorities may be a risky strategy.

At the conclusion of the GFPHP and the beginning of the USAID-funded GHANAPA project, the HEU is at something of a crossroads. Recent changes of staff and problems with releasing funds for project activities at the central and regional levels have slowed communication activities in support of the national family planning, HIV/AIDS, CDD, and malaria prevention and control programs. Despite these challenges, the HEU has developed substantially as an institution with the support of the GFPHIP and GFPHP projects.

Discussion and Lessons Learned

The ability of the HEU to promote and coordinate additional health education themes has been facilitated to a great extent by the preceding years of institutional strengthening. The HEU now has both the technical and administrative capacity to lead a coordinated national IEC campaign. The HEU also has the credibility to work with other national programs such as malaria and HIV/AIDS Control and Prevention—programs which in many other countries have bypassed health education units and conducted their own IEC activities, uncoordinated with other national programs. In Ghana, the investment of financial and technical resources into strengthening the Health Education Unit has paid impressive benefits.

Endnotes

1 Data are from the Population Reference Bureau (population size, growth rate, TFR); the 1989 *Ghana Demographic and Health Survey* (exclusive breastfeeding rate); and the 1993 *State of the World's Children* (under-5 mortality, ORT use).

2 One of the participants in the JHU workshops, Mr. Mark Asare, later received the Global Media Award from the Population Institute for best multimedia program on behalf of population.

3 The HEU, with assistance from JHU/PCS, has adopted a rigorous approach to the definition of audiences and the development of messages. Target audiences are defined based on extensive quantitative and qualitative research conducted in 1992 and before. Based on family planning criteria, these groups audiences are characterized as "Intenders," (including "Postponers," "Spacers," and "Limiters") and "Users". A personalized "vivid description" of each group, including age, education, preferences and lifestyle, is developed to enable message designers to best perceive the influences on the intended audience. Separate information on this audience segmentation approach is available from JHU/PCS.

Persons Contributing to This Paper

In addition to the references cited in the bibliography, this paper is based on interviews with the following individuals:

Mr. Samuel Tete Danquah, Regional Health Education Officer, Central Region, Ministry of Health, Ghana

Mr. Bill Glass, formerly Program Officer for Ghana and currently Country Representative for Ghana, Population Communication Services (PCS), Johns Hopkins University

Mr. Opia Mensah-Kumah, formerly Deputy Directory, Population Communication Services (PCS), Johns Hopkins University

Mr. Win Morgan, formerly Public Sector Advisor, Family Planning and Health Project, Ghana

Special thanks to Ms. Joan Tarasevich, Program Officer, JHU/PCS, for her support in seeing this paper through.

Previous Page Blank

Bibliography

Ghana Demographic and Health Survey, 1989.

HealthCom Project (1990), *ORT Plus: Combining Themes in Public Health Communication*, Final Report from the Honduras Primary Health Care Communication Project, 1983–1984. Academy for Educational Development, Washington, D.C.

Population Communication Services (1995), *Partners in Family Health Communication—Lessons Learned from the Ghana Health and Family Planning Information Program (1987–1993)*, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland.

Population Communication Services (1994), *Trip Report: Ghana Family Planning and Health Project—Message and Material Development Workshop, October 13–29, 1993*, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland.

Population Communication Services (1993), *Trip Report: Ghana Family Planning and Health Project—IEC Strategy Development Workshop, May 6–23, 1993*, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland.

UNICEF, *The State of the World's Children, 1993*. Oxford and New York: Oxford University Press for UNICEF.

Previous Page Blank

PN-ACA-432

Education Sanitaire au Ghana

Le Renforcement des Capacites Institutionnelles : Une étude de cas

janvier 1997

Hugh Waters
Projet de soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique (SARA)

Le projet SARA est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (AFR/SD/HRD)

16

SARA

Education Sanitaire au Ghana

Le Renforcement des Capacites Institutionnelles : Une étude de cas

janvier 1997

Table des matières

Sigles iii
Récapitulatif 1
Introduction 2
Le processus de renforcement des capacités institutionnelles 4
- Développement des ressources humaines 4
- Partenariats à l'intérieur et à l'extérieur du MSP 5
- Rôle de l'assistance technique 6

Les résultas du renforcement des capacités : consolider les gains acquis 7
- Coordination des thèmes d'éducation sanitaire 7
- Tirer parti de la réussite du programme de planification familiale 8
- Utiliser divers canaux de communication 9

Discussion et leçons apprises 9
Notes finales 13
Collaborateurs au présent document 15
Bibliographie 17

17

Sigles

CAP	Couple-années de protection
CCG	Christian Counsel of Ghana
DHMT	Equipes de gestion sanitaire de district
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités de population
GFPHIP	Programme ghanéen d'information sur la planification familiale et la santé
GFPHP	Projet ghanéen de planification familiale et de santé
GHANAPA	Projet de population et de SIDA au Ghana
GSMF	Ghana Social Marketing Foundation
HHRAA	Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique
ISF	Indice synthétique de fécondité
JHU/PCS	Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins
LMD	Lutte contre les maladies diarrhéiques
MDPI	Management Development and Productivity Institute (Ghana)
MSP	Ministère de la Santé publique
ODA	Overseas Development Association
ONG	Organisation non gouvernementale
PNB	Produit national brut
PPAG	Association de planification familiale du Ghana
SARA	Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique
SES	Service d'éducation sanitaire (auparavant la Division de l'éducation sanitaire)
SRO	Sels de réhydratation orale
TRO	Thérapie de réhydratation orale

UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise

19

Recapitulatif

Depuis 1987, l'USAID/Accra et le Projet des Services de Communication en matière de Population ont apporté un soutien au Service de l'Education sanitaire du Ministère de la Santé publique au Ghana, d'abord par le biais du Programme ghanéen d'information en santé et en planification familiale (GFPHIP) et, depuis 1993, par le biais du Projet ghanéen de planification familiale et de santé (GFPHP). Les deux projets ont accordé une très grande importance au renforcement des capacités institutionnelles au sein du Service de l'Education sanitaire (SES) et ont cherché à améliorer les connaissances, les attitudes et la prévalence de la planification familiale. Maintes preuves viennent montrer qu'ils ont réussi à atteindre les deux buts. De plus, le GFPHP a soutenu le SES pour qu'il s'occupe d'autres interventions la lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD), la prévention et le traitement du paludisme ainsi que la prévention du VIH/SIDA.

Le présent document discute des raisons expliquant cette réussite du volet renforcement des capacités de ces projets et se penche sur les approches empruntées pour la coordination des différentes interventions d'éducation sanitaire. En ce qui concerne le renforcement des capacités, deux facteurs se présentent revêtant une importance particulière :

- *Développement des capacités des ressources humaines.* Au niveau central, la mise en place d'une équipe de dix personnes chevronnées et engagées a permis de gérer efficacement les diverses activités d'éducation sanitaire et les campagnes décentralisées. Aux niveaux régional et local, le recrutement, la formation et l'habilitation de responsables régionaux de l'éducation sanitaire et d'équipes locales de gestion sanitaire ont été le fondement même des campagnes couronnées de succès dans trois régions.

- *Création de partenariats* avec le MSP, avec d'autres ministères et ONG et avec le secteur privé. Des relations de travail positives au sein du MSP ont facilité la réalisation d'activités de formation menées à grande échelle, encourageant également l'assistance du secteur privé pour la mise au point et l'impression de matériel. ONG, organisations parapubliques et autres ministères ont joué des rôles clés pour la réussite des campagnes.

Le SES a mené à bien d'autres interventions, notamment les activités de prévention du VIH/SIDA et du paludisme et les a déployées à l'échelle nationale. Si la coordination nationale d'interventions séparées n'a pas été pleinement réalisée tel qu'il avait été prévu, les «nouvelles» interventions n'en ont pas moins profité de ce que le Programme de planification familiale était déjà très connu et très crédible. Le fait de centrer les messages sur le prestataire de service, thème commun reliant les

différentes communications, a été un point de repère et une connexion pour le public.

La capacité du SES à gérer d'autres thèmes d'éducation sanitaire reflète les années précédentes de renforcement institutionnel. A présent, le Service d'Education sanitaire dispose de la capacité technique et administrative nécessaire pour diriger une campagne d'IEC coordonnée sur l'ensemble du pays. Le SES jouit également de la crédibilité nécessaire pour travailler avec d'autres programmes nationaux tels que la planification familiale ainsi que la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA—alors que dans de nombreux autres pays ces programmes ont court-circuité les services d'éducation sanitaire et ont réalisé leurs propres activités d'IEC, non coordonnées avec d'autres programmes nationaux.

Si certaines des caractéristiques des projets GFPHIP et GFPHP s'appliquent tout particulièrement au Ghana, les conclusions dans ce document sur le renforcement des capacités institutionnelles et la coordination des thèmes d'éducation sanitaire n'en intéresseront pas moins les missions USAID et les Ministères de la Santé dans d'autres pays africains.

Introduction

Le Ghana est divisé en 10 régions et 110 districts administratifs. Plus des deux tiers de la population vit dans les zones rurales. La population est essentiellement musulmane dans le nord du pays et chrétienne dans le sud. Tel qu'en témoignent les statistiques suivantes, le Ghana doit relever les mêmes défis démographiques et sanitaires que la majeure partie de l'Afrique.[1]

Population (1992)	16 millions
Taux de croissance de la population (1992)	3, 2 %
Indice synthétique de fécondité (1992)	6,4
Mortalité des moins de cinq ans (1992)	137/1000
Allaitement exclusif 0–4 mois (1989)	1,9 %
Utilisation de la TRO (1991)	21 %
PNB par habitant (1991)	$400

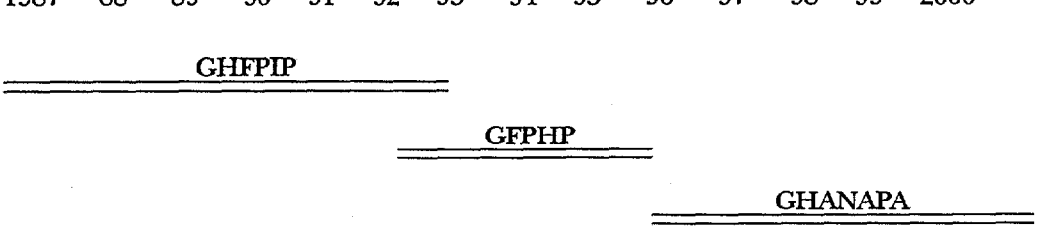
Le Programme ghanéen d'information en santé et en planification familiale (GHFPIP) et son successeur, le Projet ghanéen de planification familiale et de santé (GFPHP) ont soutenu les secteurs de la population et de la santé au Ghana. Les deux projets ont été financés par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et réalisés par le Projet des Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins (JHU/PCS). Le GHFPIP a commencé en 1987 et s'est terminé en 1993. Ses principaux objectifs étaient les suivants :

21

- Améliorer les attitudes et les connaissances des prestataires de services face à la planification familiale ;
- Augmenter chez le grand public la connaissance et l'acceptation de contraceptifs modernes ; et
- Renforcer la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé publique et du Service de l'éducation sanitaire pour qu'ils puissent gérer des programmes complets de communication sanitaire.

Le GFPHIP a réussi à atteindre ces objectifs de manière remarquable. Une campagne intensive dans trois régions a permis d'améliorer les connaissances et les attitudes face à la planification familiale et aux prestataires de services et a contribué à un accroissement de 90 pour cent dans le couple-années de protection (CAP) dans les trois régions. A l'échelle nationale, le CAP est passé de 1000 en 1987 à 15 000 à la fin de 1991. Qui plus est, le projet a laissé derrière lui une organisation, le Service d'éducation sanitaire, doté de compétences techniques et de gestion bien développées dont une expertise en recherche qualitative, systèmes de suivi et évaluations de l'impact pour des projets d'IEC.

Le GFPHP (1992–1996) était un projet de plus grande envergure que son prédécesseur. Il faisait une place importante au marketing social, à la participation du secteur privé, au recouvrement des coûts et à la surveillance du VIH/SIDA. Le GFPHP s'inspire des travaux du projet précédent et a ajouté des messages sur le paludisme et le VIH/SIDA au programme réussi d'éducation sanitaire en planification familiale exécuté sous la direction du Service d'éducation sanitaire du MSP. Le projet GFPHP est lui même suivi par le projet GHANAPA (1995–2000) également financé par l'USAID et mis en oeuvre par JHU/PCS. Les calendriers d'exécution des trois projets ci-après indique la continuité du soutien :



Le présent document examine les stratégies utilisées par les deux premiers projets en vue de renforcer les capacités institutionnelles au sein du MSP—pour arriver à une promotion capable et efficace de la planification familiale de la part du Service d'éducation sanitaire. Suivant une période de renforcement institutionnel, le SES a incorporé à ses programmes des messages pour des interventions supplémentaires, notamment la prévention du VIH/SIDA. Ces questions, à savoir le renforcement

22

institutionnel et la coordination des messages d'éducation sanitaire, peuvent intéresser les professionnels de la santé et de la planification familiale travaillant dans un grand nombre de pays africains. Le présent document offre des stratégies sur la manière de traiter ces questions s'inspirant pour cela de l'expérience de l'USAID au Ghana.

Le processus de renforcement des capacités institutionnelles

Dès qu'il a été démarré en 1987, le GFPHIP a pu profiter d'une solide direction et d'un sens d'appartenance au sein du MSP. Le Docteur Charlotte Gardiner, Directrice de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale au sein du Ministère était également l'administratrice du Projet. Le Docteur Charles Adboe, Directeur des Services médicaux en 1987 a été Directeur du projet ainsi que son successeur, le Docteur Moses Adibo. La participation d'un personnel de haut niveau au projet témoignait bien de l'engagement du Ghana face à la planification familiale (le Ghana était l'un des premiers pays africains qui a adopté une politique de planification familiale en 1969). Cet engagement s'est avéré d'importance capitale pour la réussite du projet.

La continuité dans la direction du projet venant du Service d'éducation sanitaire a été un autre facteur positif. Mme Martha Osei a occupé le poste de Directrice du SES de 1987 à 1994 et Mme Mary Arday-Kotei a été la Directrice adjointe et coordinatrice du Projet pendant la même période. Ensemble, elles formaient une équipe solide comptant une bonne expérience. Le GFPHIP a également recruté un coordinateur de campagne et un comptable pour le projet dont les salaires ont été prélevés sur les fonds du projet. Le SES a recruté et formé un personnel complémentaire jeune et talentueux auprès du Service national mettant ainsi sur pied une équipe-noyau de dix professionnels formés au niveau central.

Au niveau régional, les responsables de l'Education sanitaire ont reçu le statut officiel de coordinateurs de toutes les activités d'éducation sanitaire du MSP dans la région. Dans les trois régions où d'importantes campagnes de planification familiale ont été déployées, c'est au niveau des comités que s'est faite l'intégration d'autres ministères et ONG. En général, plusieurs facteurs essentiels ont contribué au renforcement des capacités institutionnelles pour l'éducation sanitaire au sein du MSP. Ces facteurs sont décrits ci-après.

Développement des ressources humaines

Chacun des membres du SES au niveau central ainsi que les responsables régionaux de l'éducation sanitaire ont reçu une formation spécifique en IEC. Le MSP, l'USAID, l'ODA et le FNUAP ont tous contribué à cette formation et ont notamment envoyé plusieurs membres du personnel à l'Université d'Ibadan au

23

Nigéria pour qu'ils puissent recevoir des diplômes de niveau avancé en éducation sanitaire. Il est tout aussi important de noter que la plupart du personnel formé occupe encore les positions pour lesquelles il a été formé, ce qui montre bien le niveau d'engagement et la bonne gestion des ressources humaines de la part du MSP. La formation de tous les dix membres du SES a continué dans le cadre du GFPHP—notamment en informatique et en gestion/management à Management Development and Productivity Institute (MDPI) du Ghana.

Dès 1988, le GFPHIP a également financé et organisé la formation des Equipes de gestion sanitaire des districts (DHMT) de toutes les dix régions du Ghana. En coordination avec la Division de la Formation du MSP et avec les Equipes DHMT faisant fonction de formateurs en chef, une formation a pu être donnée en 1988–1990 en matière de counseling et techniques de prestation de service à tous les prestataires de services de planification familiale au niveau district dans toutes les dix régions du pays. La formation des prestataires de services avant le début des campagnes d'IEC a eu un important impact sur la réussite des campagnes (voir «leçons apprises» dont il est question par la suite dans ce document).

Onze personnes du MSP, dont la plupart des assistants pour l'éducation sanitaire, ont participé à l'atelier sur les nouvelles communications en santé organisé par le projet PCS à Baltimore. Ces ateliers enseignent les éléments fondamentaux des stratégies de communication—étude des publics, recherche, suivi et évaluation. Les ateliers de PCS ont bien préparé le personnel du MSP à réaliser des campagnes d'IEC régionales pour la planification familiale ainsi que pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme.[2]

Partenariats à l'intérieur et à l'extérieur du MSP

Une stratégie fondamentale du GFPHIP consistait à encourager la coordination au sein du MSP, entre différents ministères et avec des ONG. Soutenu solidement par le Ministère de la Santé, le SES a pu travailler avec les Ministères du Bien-être social, de l'Information et du Développement et Mobilisation communautaires ; la Corporation de radio et télédiffusion du Ghana et de l'Institut national du Film et de la Télévision. Les activités des campagnes au niveau régional ont été coordonnées efficacement par des comités représentant divers ministères et organismes publics ainsi que des ONG.

Le SES a également travaillé en étroite collaboration avec des agences publicitaires et de recherche en communication du secteur privé. De fait, le SES a minimisé son rôle en matière de mise au point et réalisation de matériel préférant être un gestionnaire et profiter des compétences du secteur privé. En collaboration avec l'ensemble du Ministère, avec des ONG et le secteur privé, le SES a initié et supervisé des activités conjointes, faisant preuve de confiance technique et en

24

gestion et ne dépendant pas trop des bailleurs de fonds. Toutefois, cette approche n'a pas été soutenue par tous au sein du MSP et la collaboration avec le secteur privé a été rendue difficile par des goulots d'étranglement dans les flux de financement. A plusieurs reprises, le Ministère des Finances a bloqué des fonds destinés au MSP. Le MSP a également bloqué des fonds destinés à des activités du SES tant au niveau central que dans les régions pour les campagnes régionales.

La campagne «Choix sains» est un exemple récent de coordination publique-privée en vue de promouvoir la planification familiale. Financée conjointement par le MSP/SES et la Fondation du marketing social du Ghana (GSMF), cette campagne était axée sur le prestataire de services présentant celui-ci comme une source fiable d'information sur la planification familiale. Les promotions à la télévision et à la radio, les publicités imprimées et l'affichage à l'extérieur présentaient des prestataires de services des secteurs public et privé ainsi que des ONG. Le SES a su profiter de cette publicité pour distribuer également son propre matériel éducatif et ses guides de counseling.

Les partenariats forgés tendaient à avoir un effet de renforcement mutuel : alors que d'autres programmes et organisations voyaient à quel point l'éducation de la planification familiale était dynamique, ils s'intéressaient de plus en plus à collaborer. Par exemple, le programme de prévention du VIH/SIDA occupe à présent une place importante dans les activités d'éducation sanitaire du SES. Fort probable d'ailleurs que le SES continuera à être au premier plan de l'éducation sanitaire. Le GFPHP est en train d'aider le MSP à planifier la construction d'un nouveau bâtiment adjacent au SES existant qui sera le centre pour cataloguer, distribuer et partager des idées sur le matériel d'éducation sanitaire au Ghana. Le bâtiment devrait être achevé au troisième trimestre de 1996.

Le rôle de l'assistance technique

Tout au long du GFPHIP, l'assistance technique expatriée n'a été qu'une assistance dans le court terme (cette situation a changé dans le cadre du GFPHP plus grand) et on a assisté à une très grande continuité au niveau des personnes fournissant cette assistance technique. Le personnel des Services de Communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins (JHU/PCS) a fait de nombreuses visites au Ghana pour concourir à la formulation d'activités d'IEC et d'activités avec le secteur privé et a établi d'étroites relations de travail avec le SES et les organisations collaborantes.

Dans le cadre du GFPHP, d'abord M. Win Morgan et plus récemment M. Bill Glass ont géré le projet en tant que conseillers résidents au Ghana. Maintenant les bonnes relations de travail établies auparavant, ils ont cherché à renforcer davantage les capacités de gestion et de planification du SES. Les activités

25

d'éducation sanitaire financées par le GFPHP ont été gérées et exécutées directement par le personnel du SES. Les conseillers résidents de PCS ont joué un rôle de soutien. En général, la relation entre le projet PCS et le SES a été positive et durable.

Les résultats du renforcement des capacités : consolider les gains acquis

Le Projet de planification familiale et de santé au Ghana a démarré ses opérations en 1993 cherchant à suivre et à élargir les activités du GFPHIP. Un des objectifs du GFPHP était d'intégrer les messages sur la LMD, la prévention et le traitement du paludisme et la prévention du VIH/SIDA au programme réussi d'IEC pour la planification familiale réalisé par le secteur public. Le GFPHP a non seulement élargi la portée des messages mais a aussi parrainé des campagnes d'IEC dans d'autres régions que les trois régions soutenues par le GFPHIP.

Coordination des thèmes d'éducation sanitaire

Au départ, le SES et le GFPHP avaient prévu une série coordonnée de promotions dans chacune des dix régions du pays pour quatre interventions différentes : planification familiale, prévention du VIH/SIDA, lutte contre le paludisme et LMD. Chaque région devait se concentrer sur une intervention pendant une année et ensuite continuer avec des campagnes traitant d'autres interventions. Les émissions télévisées et radiophoniques nationales renforceraient les campagnes régionales.

Les changements dans les méthodes d'octrois budgétaires de l'Etat aux différentes régions n'ont pas permis au SES de soutenir pleinement les activités d'éducation sanitaire aux niveaux régional et des districts. Toutefois, les plans de coordination nationale de ces thèmes d'éducation sanitaire représentent une approche novatrice. En effet, dans maints autres pays, ces interventions sont fragmentées et mises en oeuvre par différents programmes nationaux de lutte contre des maladies spécifiques et ne sont pas organisées par une solide division d'éducation sanitaire.

Bénéficiant d'un soutien du GFPHP, le SES a supervisé des campagnes régionales pour la prévention du VIH/SIDA et du paludisme. Les activités d'éducation sanitaire pour la prévention du VIH/SIDA ont été intenses avec notamment des diffusions en cinq langues à la télévision et à la radio et des activités promotionnelles faisant participer plus de 100 districts dans toutes les dix régions du pays. Le GFPHP a également soutenu les activités de connaissance et sensibilisation au paludisme réalisées par le MSP, surtout par le biais des médias imprimés et de la radio-télédiffusion. La réussite de ces campagnes est due en grande partie aux solides capacités institutionnelles et à la portée nationale du SES.

26

Les résultats du renforcement des capacités : consolider les gains acquis

Au niveau des centres de santé, la coordination des thèmes d'éducation sanitaire a été facilitée par la formation intégrée des agents de santé. Dans le cadre du GFPHIP, les prestataires de services de tout le pays ont reçu une formation portant sur les techniques de planification familiale. Bénéficiant d'un soutien du GFPHP, ils ont pu participer à des stages de formation supplémentaires d'une semaine, axés sur les derniers progrès concernant les méthodes de planification familiale ainsi que sur la LMD, le VIH/SIDA et le paludisme.

Afin de soutenir dans leur travail les éducateurs de santé communautaires, le SES a travaillé avec le FPHP et plusieurs ONG pour concevoir une «trousse» d'éducation sanitaire avec du matériel et des messages sur la LMD, le paludisme, la planification familiale, le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles. D'importantes techniques éducatives y sont décrites. Le SES prévoit de distribuer largement la trousse et d'apporter une formation portant sur son utilisation.

Tirer parti de la réussite du programme de planification familiale

La promotion récente des différents thèmes d'éducation sanitaire au Ghana a profité de la crédibilité et de la réussite du programme d'éducation sanitaire pour la planification familiale réalisé par le SES. Il n'est pas facile de trouver la stratégie qui convient pour ajouter de nouvelles interventions à un programme existant d'éducation sanitaire. Le simple fait de combiner des messages d'éducation sanitaire risque de faire perdre la spécificité et l'importance de messages aussi différents que ceux traitant par exemple des liquides qu'il faut donner aux enfants souffrant de la diarrhée et de ceux sur l'utilisation correcte d'un condom. Si l'on veut qu'ils restent efficaces, les messages d'éducation sanitaire doivent maintenir leur caractère spécifique. Toutefois, on peut coordonner les divers messages d'éducation sanitaire en les liant par un thème qui les renforce mutuellement.

Au Ghana, ce thème a été fourni par le programme de planification familiale bien connu de tous. Grâce au slogan «votre prestataire de service se soucie de vous», l'image positive de ce praticien peut être empruntée et appliquée à la lutte contre les maladies diarrhéiques, le paludisme et le VIH/SIDA. Les publics visés déjà exposés à une importante promotion de la planification familiale ont une image positive du programme de planification familiale et accorderont probablement une plus grande crédibilité au système de santé en général s'il est associé à la planification familiale. Le même personnel qui participe à la promotion de la planification familiale est présent dans le cadre des autres interventions—aux niveaux national et régional, dans les centres de santé et par le biais des médias.

27

Utiliser divers canaux de communication

L'utilisation de multiples canaux de communication sanitaire coordonnée par les comités régionaux et de district a été une des caractéristiques distinguant le GFPHIP et le GFPHP. S'agissant de la planification familiale, de multiples canaux ont été utilisés par les campagnes qui ont débuté en mars 1990 dans trois des dix régions du Ghana (région centrale, Brong-Ahafo et Ashanti) après la formation des prestataires de services dans ces régions. Des campagnes pour la planification familiale, la prévention du VIH/SIDA et la lutte contre le paludisme ont suivi dans d'autres régions.

Les campagnes ont su profiter de la très grande variété de matériel imprimé et d'influences locales et culturelles. Distribution de badges, affiches et dépliants, participation de chefs locaux et d'interprètes des mots des chefs, cinéma mobile et démonstrations lors de festivals et célébrations étaient au titre des nombreuses activités déployées.

Les campagnes régionales ont été complétées par les émissions radiophoniques et télévisées des stations nationales et régionales. Les messages sur la planification familiale, le paludisme et le VIH/SIDA ont été formulés lors des deux ateliers organisés par le Service de l'éducation sanitaire et tenus à Accra. Le premier de ces ateliers en mai 1993 se concentrait sur la planification de stratégies d'IEC notamment la segmentation de publics cibles pour les différentes interventions. Le second en octobre 1993 a été l'occasion de formuler et de prétester des messages pour chacune des interventions prioritaires ainsi que des plans nationaux et régionaux pour coordonner ces interventions.[3] La participation active des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les maladies diarrhéiques, le paludisme et le SIDA constituait un élément important du second atelier.

Discussion et leçons apprises

Les conclusions suivantes se dégagent de cette présentation des approches utilisées par le GFPHIP et le GFPHP pour renforcer les capacités institutionnelles du Service d'éducation sanitaire et pour aider le SES à coordonner les thèmes d'éducation sanitaire.

- La continuité du personnel aux mêmes positions au sein du SES et en tant que responsables régionaux de l'éducation sanitaire était un élément essentiel du renforcement institutionnel. Le SES et les deux projets ont bénéficié d'un soutien de haut niveau au sein du MSP ce qui a rehaussé le profil du SES et a encouragé le personnel à rester aux mêmes postes. La réussite des programmes du SES tient aux actions prises par des personnes dynamiques et dévouées—facteur qui ne pourra toujours être

28

reproduit dans tous les pays—mais il ne fait nul doute que le SES a également profité du soutien institutionnel et d'une solide gestion des ressources humaines.

- La continuité au niveau du personnel fournissant une assistance technique expatriée a conféré une grande stabilité dans les relations de travail et les initiatives du SES que n'est venue déranger aucune interruption. Qui plus est, le personnel clé du projet sont des représentants officiels du MSP et il n'existait pas de conseillers expatriés à long terme dans le cadre du GFPHIP, aussi existait-il au sein du gouvernement un sentiment d'appartenance face à ces activités.

- L'initiative prise par le SES et le MSP en vue d'établir des relations de collaboration avec d'autres ministères, ONG et organismes du secteur privé représentait un aspect essentiel du renforcement institutionnel du SES qui a contribué énormément à la réussite des activités d'IEC pour la planification familiale.

- La réussite des campagnes de planification familiale dans trois régions pendant la période 1990–1993 dépendait des importantes activités de formation et de recherche démarrées en 1987—montrant combien sont importantes la planification et la préparation des campagnes d'IEC. La recherche faite dans une région du pays risque de ne pas être suffisante pour concevoir des messages pour des publics d'autres régions. Aussi, l'expansion des projets au-delà des régions pilotes relève-t-elle d'un processus cher et qui prend beaucoup de temps.

- Un stage de formation d'une semaine pour les prestataires de services, combinant la planification familiale, la LMD, le paludisme et le VIH/SIDA risque de ne pas être suffisant pour couvrir tous ces thèmes avec suffisamment de détails. Mais il revient cher du point temps et argent de réunir un personnel sanitaire pendant des périodes plus longues. Une des approches à la résolution de ce problème, non encore testée, serait d'utiliser des techniques de télé-enseignement—modules de formation et cassettes pédagogiques dans les centres de santé où travaille le personnel. Une autre possibilité consisterait à utiliser des «trousses» qui décrivent les techniques d'éducation sanitaire contenant les messages les plus importants pour les différentes interventions de santé et de planification familiale.

- Le SES a réussi à prendre en charge des interventions supplémentaires notamment la prévention du VIH/SIDA et du paludisme et les a réalisées à l'échelle nationale. Si les plans de coordination nationale des

différentes interventions n'ont pas été entièrement réalisés, il n'en reste pas moins que les «nouvelles» interventions ont pu profiter du fait que le programme de planification familiale était très connu et jouissait d'une bonne crédibilité. Le fait de centrer les messages sur le prestataire de services qui a été un thème commun a fourni un point de repère et une connexion pour le public. Toutefois, il faut savoir qu'il pourrait y avoir des limites à la crédibilité d'un programme national et l'association directe avec d'autres priorités sanitaires importantes sur le plan national pourrait s'avérer une stratégie risquée.

Alors que se termine le GFPHP et que débute le projet GHANAPA financé par l'USAID, le SES se trouve à une croisée des chemins. Les changements récents au niveau du personnel et les problèmes de versement des fonds pour les activités du projet aux niveaux central et régional ont ralenti les communications qui soutiennent les programmes nationaux de planification familiale, de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA, les maladies diarrhéiques et le paludisme. En dépit de ces problèmes, le SES a connu un développement institutionnel important avec le soutien des projets GFPHIP et GFPHP.

Toutes les années précédentes de renforcement institutionnel ont grandement facilité, au sein du SES, les capacités de promotion et de coordination de thèmes supplémentaires d'éducation sanitaire. A présent, le SES dispose des compétences techniques et administratives nécessaires pour mener une campagne d'IEC coordonnée à l'échelle nationale. Le SES est également connu pour sa capacité à savoir travailler avec d'autres programmes nationaux tels que les programmes de prévention et de lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA, programmes qui dans de nombreux autres pays ont court-circuité les services d'éducation sanitaire et ont réalisé leurs propres activités d'IEC, non coordonnées avec d'autres programmes nationaux. Au Ghana, l'investissement de ressources financières et techniques dans le renforcement du Service d'éducation sanitaire a rapporté des gains fort appréciables.

Notes finales

1 Les données proviennent du Population Reference Bureau (dimension de la population, taux de croissance, ISF); l'Enquête démographique et de santé du Ghana de 1989 (taux d'allaitement exclusif); et State of the World's Children de 1993 (mortalité des moins de cinq ans, utilisation de la TRO).

2 Un des participants des ateliers de JHU, M. Mark Asare, a reçu par la suite le prix «Global Media Award» du Population Institute pour le meilleur programme multimédiatique traitant des questions de population.

3 Le SES, avec l'assistance de JHU/PCS a adopté une approche rigoureuse à la définition des publics et à la formulation de messages. Les publics cibles sont définis en fonction d'une importante recherche quantitative et qualitative faite en 1992 et avant. En fonction de critères se rapportant à la planification familiale, ces publics sont caractérisés comme «intéressés» (à savoir intéressés à attendre, espacer ou limiter les naissances) et «utilisateurs». Un «description vivante» et personnalisée de chaque groupe, y compris l'âge, l'éducation, les préférences et le style de vie est faite pour que les concepteurs de message perçoivent le mieux possible les influences sur le public escompté. Une information séparée sur cette approche à la segmentation des publics peut être obtenue auprès de JHU/PCS.

Personnes qui ont collaboré à ce document

Outre les références citées dans la bibliographie, ce document s'inspire d'interviews tenues avec les personnes suivantes :

M. Samuel Tete Danquah, responsable régional de l'éducation sanitaire, région centrale, Ministère de la Santé, Ghana

M. Bill Glass, ancien responsable de programme pour le Ghana et actuellement Représentant résident du Ghana, Services de communication en matière de population (PCS), Université Johns Hopkins

M. Opiah Mensah-Kumah, ancien directeur adjoint, Services de communication en matière de population (PCS), Université Johns Hopkins

M. Win Morgan, ancien conseiller pour le secteur public, Projet de planification familiale et de santé, Ghana.

Il convient de faire une mention spéciale de Mme Joan Tarasevich, responsable de programme, JHU/PCS pour les commentaires et la revue qu'elle a bien voulus faire du présent document.

Bibliographie

Enquête démographique et de santé du Ghana, 1989.

Projet HealthCom (1990), **ORT Plus: Combining Themes in Public Health Communication,** Rapport final du Projet des Communications pour les soins de santé primaires au Honduras, 1983–1984. Académie pour le développement de l'éducation. Washington, D.C.

Services de communication en matière de population (1995), **Partners in Family Health Communication—Lessons Learned from the Ghana Health and Family Planning Information Program** (1987–1993), Université Johns Hopkins, Baltimore, Maryland.

Services de communication en matière de population (1994), Rapport de mission : **Ghana Family Planning and Health Project—Message and Material Development Workshop,** 13–29 octobre 1993 Université Johns Hopkins, Baltimore, Maryland.

Services de communication en matière de population (1993), Rapport de mission : **Ghana Family Planning and Health Project—IEC Strategy Development Workshop**, 6–23 mai 1993, Université Johns Hopkins, Baltimore, Maryland.

UNICEF, **The State of the World's Children,** 1993. Oxford and New York: Oxford University Press for UNICEF.

33