

POLITIQUES DE PROMOTION SANITAIRE MULTIMEDIA

Bernard SURUGUE

Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse)

1. INTRODUCTION

Lorsqu'il s'agit de promouvoir des choix qui engagent la santé humaine, des considérations d'ordre déontologique sont de règle. Bien des exemples mettent en évidence les effets pervers d'une information mal gérée ou d'une absence d'information dans n'importe quel domaine d'activité, cela est d'autant plus grave lorsque l'alimentation et la santé du jeune enfant sont en jeu. C'est pourquoi, on ne saurait être trop vigilant afin d'éviter toute dérive ou mauvaise utilisation de l'information. Cela requiert une conscience et un engagement affirmés de l'intérêt public. Le mandat d'un responsable de la promotion sanitaire consiste à garantir une médiation pertinente entre les producteurs d'informations et les consommateurs de cette information. Sa fonction est de valoriser les acquis de la Science et de la Technologie afin de les rendre accessibles à ceux qui en ont besoin. Il met en oeuvre et gère des mécanismes appropriés capables de :

- faciliter la circulation des flux d'information ;
- veiller au maintien de la qualité de l'information ;
- surveiller l'usage qui en est fait.

Cette médiation est conditionnée par la variété des objectifs à atteindre, l'état de l'art de la connaissance sur le sujet à valoriser, les audiences visées, les ressources humaines, techniques et financières, les dimensions institutionnelles, économiques et culturelles du cadre opératoire envisagé.

L'avancement des travaux présentés au cours de cet atelier, consacré à un sujet bien délimité, indique qu'il est utile de jeter dès à présent les bases d'un dispositif de promotion multimédia fondé sur l'analyse des besoins exprimés ou prévisibles. La mise en oeuvre d'un tel dispositif et le déclenchement des activités de promotion sont

des actes stratégiques conditionnés par des choix et des décisions politiques. Le dispositif général présenté comporte quatre phases séquentielles successives, mutuellement conditionnées. Il a pour but d'aider à la définition et à la remise en oeuvre de politiques de promotion sanitaire adaptées selon les différentes échelles d'intervention envisagées.

L'objectif est d'examiner, les conditions de mise en oeuvre de politiques de promotion sanitaire multimédia dévolues à la réussite de la transition progressive et harmonieuse entre une alimentation lactée et le plat familial au bénéfice du jeune enfant entre 6 et 24 mois. Par multimédia, on entend l'usage coordonné de tous les moyens et de tous les supports appropriés selon les différentes échelles d'interventions.

2. LES QUATRES PHASES DU DISPOSITIF DE PROMOTION SANITAIRE MULTIMEDIA

2.1. Phase 1 : Identification et analyse des besoins en promotion sanitaire multimédia

La phase d'identification et d'analyse des besoins en promotion sanitaire s'apparente à une étude de marché. L'enjeu est de mettre en adéquation l'état de l'art de la connaissance actualisée avec la satisfaction des besoins des utilisateurs. Les actions envisagées à ce niveau ont pour but :

- de définir et d'élaborer les messages à promouvoir ;
- d'assurer le suivi au quotidien des progrès accomplis, de l'actualité ;
- de formaliser avec les groupes de population concernés les besoins spécifiques et définir des méthodes et des outils appropriés capables de répondre à ces besoins ;
- d'explorer des méthodes et des techniques innovatrices adaptées capables d'améliorer l'impact des activités de promotion sanitaire ;
- d'identifier les besoins en information du grand public à travers les média disponibles ;
- de proposer des guides pratiques actualisés pour la formation et l'éducation ;
- de mobiliser les ressources humaines, techniques et financières ;
- d'impliquer d'avantage les professionnels de la communication dans les activités de promotion sanitaire.

L'état de l'art est détenu par la communauté scientifique et technique spécialiste du sujet, en l'occurrence les spécialistes de l'alimentation de sevrage du jeune enfant. C'est le noyau dur du dispositif sur lequel les différentes activités de promotion sanitaire

pourront se fonder. En matière de promotion de l'alimentation de sevrage, une première étape pourrait être la recherche.

2.1.1. Promotion de la recherche

La communauté d'intérêt scientifique et technique a besoin d'échanger, de partager, de confronter toute information utile à l'avancement de la connaissance et de reproduire des résultats valorisables auprès des utilisateurs. La tenue de cet atelier inter-pays y répond en partie, mais la formalisation durable d'un système d'informations scientifiques et techniques serait de nature à accélérer la communication entre spécialistes.

De nombreux participants ont exprimé leur besoin en information scientifique et technique concernant les technologies appropriées pour la fabrication des aliments de complément, l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant, les habitudes alimentaires, les critères d'acceptabilité alimentaires, les pratiques traditionnelles agricoles et culinaires, la sécurité alimentaire, les critères culturels, linguistiques et sociaux inhérents à la mise en oeuvre de programmes de promotion nutritionnelle.

2.1.2. Promotion de l'éducation et de la formation professionnelle sanitaires

Si l'enfant de 6 à 24 mois est l'utilisateur final d'une campagne de promotion qui concerne sa propre alimentation, il est vrai qu'il dispose de moyens réduits, mais non négligeables, pour exprimer ou manifester sa satisfaction ou son contraire. C'est bien sûr sa mère ou sa nourrice qui se trouve en première ligne pour lui prodiguer les soins et lui fournir une alimentation équilibrée. La sensibilisation des mères, des futures mères et l'éducation des jeunes filles sont à l'évidence des objectifs prioritaires d'une campagne de promotion sanitaire intégrée comprenant notamment la promotion de l'allaitement maternel et la promotion d'une alimentation de complément avec l'ensemble de ses implications pratiques. Le dispositif préconisé mettra en oeuvre le système scolaire, les médias, la sensibilisation du public, en particulier des jeunes filles et des femmes.

Des besoins en formation ont été identifiés au bénéfice des personnels de santé, y compris à la périphérie, des personnels des secteurs d'activité liés à la production agricole et alimentaire, des groupements associatifs, des responsables communautaires, des formateurs, etc. Des approches spécifiques couvrent ces besoins en agissant sur les conditions de travail et sur la formation professionnelle.

2.1.3. Promotion politique

Une priorité a été exprimée, en vue d'intégrer dans les stratégies de promotion de l'alimentation de sevrage, les groupes de population les plus démunis et de développer des mécanismes qui permettent de faire face aux situations d'urgence.

Les stratégies de promotion sanitaire sont par définition intersectorielles. La mise en oeuvre de stratégies appliquées à la promotion de l'alimentation de sevrage revêt à l'échelle de chaque pays un caractère interministériel qui se traduit par la définition de mécanismes de coordination dans chaque ministère technique concerné.

2.1.4. Promotion des normes et des directives

Il s'agit à ce stade, de consolider la réglementation, c'est à dire d'atteindre les structures et les personnels chargés de la législation, de la fabrication, du contrôle, de la commercialisation, de la vulgarisation des produits et des méthodes préconisées.

2.2. Phase 2 : Accès à la connaissance

L'accès à la connaissance est une revendication qui s'apparente à un droit. Il conditionne le progrès social et économique et il est étroitement conditionné par le niveau de développement de chaque pays. On observe depuis peu une accélération sensible de l'accès à l'information y compris dans certains PMA (pays moins avancés). Cela se produit de concert avec les avancées de la démocratie, avec la popularisation croissante d'outils informatiques, bureautiques, médiatiques et grâce aux moyens de télécommunications qui transcendent frontières politiques et clivages culturels. Les actions envisagées à ce niveau ont pour but :

- d'identifier les sources d'information utile en rapport avec les priorités définies pendant la première phase ;
- de sélectionner et de consolider la masse d'information utile constamment actualisée ;
- d'établir des réseaux et des lieux de consultation de référence ;
- de rendre accessible au plus grand nombre les sources de connaissance.

2.3. Phase 3 : Production multimédia

A ce stade, il s'agit de produire des outils spécialement conçus en fonction des groupes cibles pressentis. On ne peut pas éviter la discussion sur les capacités de perception des groupes cibles envisagés car en fait, c'est là que tout se joue. En effet, le respect et la prise en compte des habitudes et des pratiques alimentaires, les goûts (ceux de l'enfant), les règles culturelles et religieuses, les traditions agricoles, la connaissance des

tradipraticiens, etc, conditionnent largement l'impact potentiel de toute mesure de promotion sanitaire.

Ici l'esprit de créativité est de mise tant dans le choix des outils de médiation que dans les méthodes d'analyse et de traitement du contenu de l'information. Ceux-ci devront être à la fois performants, adaptés, accessibles et acceptés par les utilisateurs potentiels et coordonnés dans une logique de campagne promotionnelle. Les actions envisagées à ce niveau ont pour but :

- de produire des matériels multimédia : communiqués de presse, programmes radiophoniques et télévisuels, films, vidéo, expositions, affiches, brochures, dépliants, bases et banques de données, guides, manuels, etc. ;
- de préparer des campagnes de promotion multimédia ;
- d'inciter la production nationale, locale et individuelle.

2.4. Phase 4 : Dissémination, promotion, relation avec le public

Cette phase correspond au déclenchement des activités définies en phase 1 et développées au cours des phases 2 et 3. Cet acte stratégique est conditionné en fonction des différentes échelles d'intervention envisagées : instances internationales, Gouvernements (ministères de la Santé, de l'éducation, de la communication, de l'agriculture, du développement rural, des affaires sociales, etc.), maires, chefs de village, associations communautaires, centres de santé, écoles, etc.

L'objectif de phase 4 est d'atteindre les objectifs, déterminés en phase 1, en utilisant les outils prescrits selon une approche multimédiatique mettant en oeuvre, selon les circonstances, les moyens de communications disponibles : les réseaux satellitaires, le théâtre traditionnel, les écoles, les radios locales, etc.

3. PUBLICS CIBLES

En termes de communication, « l'unité » opérationnelle la plus pertinente d'une campagne de promotion est certainement en première ligne, la mère nourricière de l'enfant de 6 à 24 mois, l'enfant le bénéficiaire, l'harmonieuse et saine transition entre son alimentation lactée et le plat familial l'objet de celle-ci. Pour atteindre convenablement ces objectifs, des familles d'intermédiaires plus ou moins diversifiés sont à prendre en considération sans exclusive. Par exemple, si l'on considère le point de vue des Institutions publiques internationales, ce seront leurs Etats Membres qui constitueront les intermédiaires de première intention à travers leurs organes directeurs respectifs ; il s'agira alors de définir un cadre déontologique, législatif,

scientifique et technique de référence, puis d'inciter les Etats Membres à identifier leurs besoins en promotion sanitaire ainsi que les moyens pour y répondre.

A l'échelle d'un Etat, l'objectif est de définir et de mettre en oeuvre des politiques et des stratégies de promotion de la santé, à travers des mécanismes de concertation intersectoriels intégrant : Santé publique, Affaires sociales, Education, Agriculture, Développement rural, Communication, Décentralisation. Ces politiques doivent ensuite être relayées à travers les différentes familles d'intermédiaires jusqu'à l'extrême périphérie des provinces dans chaque pays, c'est à dire auprès du grand public.

Des approches spécifiques peuvent stimuler des communautés d'intérêt tels que la communauté :

- des bailleurs de fonds afin de coordonner la mobilisation des ressources humaines, techniques, technologiques et financières ;
- scientifique et technique afin de l'inciter à relever de nouveaux défis ;
- des enseignants et des formateurs pour produire des matériels didactiques plus performants ;
- des collectivités locales ;
- des autorités traditionnelles et religieuses ;
- des mouvements associatifs en particulier les associations de femmes.

4. COORDINATION

L'ensemble de ce dispositif est conçu pour adapter des messages destinés à des audiences spécifiques. Une constante coordination est indispensable ainsi qu'une évaluation des mesures appliquées. C'est en réalité ce dernier point, qui est probablement le plus difficile à assurer correctement car les mesures d'impact en matière de communication, de promotion ou d'information sont très aléatoires. Les effets d'une campagne de promotion peuvent être visibles seulement après des mois, parfois des années, mais toujours difficilement mesurables et a fortiori quantifiables. Cette fonction d'évaluation est exprimée dans le schéma de la figure 1 en tant que rétroaction de l'ensemble du dispositif. Même si cette fonction est délicate à assumer, des indications très utiles peuvent être fournies au moyen d'enquêtes et de sondages effectués sur des échantillonnages d'audience pertinents. Leur analyse permet d'ajuster au fur et à mesure les stratégies de promotion nouvelles.

Une mesure immédiate est suggérée pour créer une banque de données factuelles sélective et accessible en ligne. Un tel outil serait de nature à accélérer

considérablement la promotion d'une alimentation de sevrage équilibrée du jeune enfant.

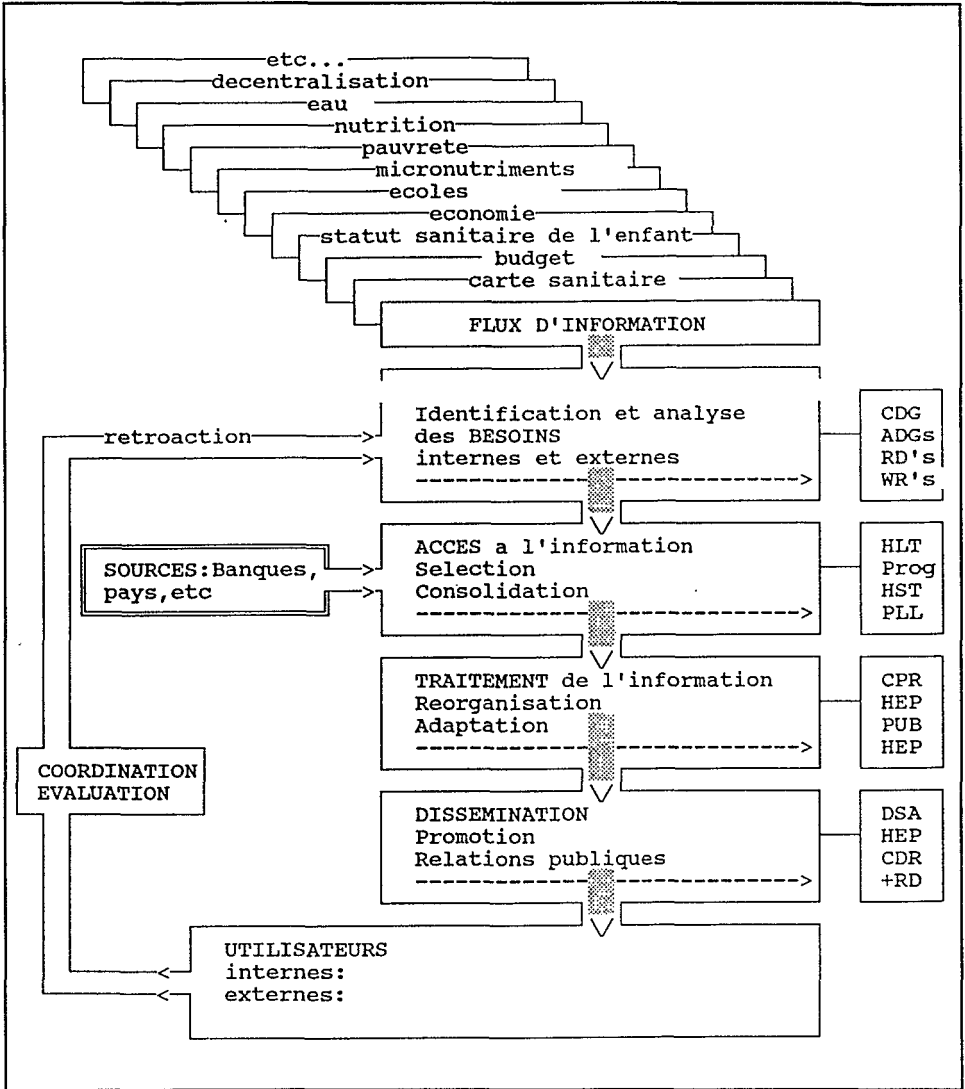


Figure 1
Dispositif de promotion sanitaire multimedia.

Le contenu de cette banque de données pourrait, dans un premier temps, intégrer l'information scientifique et technique relative à la composition en nutriments des produits qui interviennent dans la fabrication des aliments de complément destiné à

l'enfant de 6 à 24 mois. Ce type d'information devrait être d'accès facile et rapide pour les spécialistes dans les pays. Cette information de base pourrait être ensuite, reconditionnée et complétée dans chaque pays, pour être assimilable par les communautés locales auprès desquelles cette information devrait être largement diffusée.

Et si des efforts sont consacrés pour mieux répondre à l'un des besoins du nourrisson et du jeune enfant, il serait bon d'associer et si possible d'intégrer dans une telle initiative, des réponses possibles à d'autres besoins essentiels tels que : paludisme, rougeole, maladies diarrhéiques, vaccinations, etc.

5. CONCLUSION

Ce survol, bien que trop rapide, démontre qu'un besoin urgent, de promotion sanitaire multimédia appliquée à l'alimentation de sevrage est attesté à tous les niveaux. Selon les échelles d'interventions envisagées et selon les pays, des travaux sont nécessaires pour élaborer cas par cas des politiques appropriées.

Comme conclusion à cette présentation succincte, je voudrais simplement, exprimer toute l'humilité que j'éprouve en proposant des méthodes de promotion à un public de culture africaine pour lequel communiquer est un art.