



Life
Saving
Commodities
Improving access,
saving lives

**Création de la demande pour les produits de santé
infantile, néonatale, maternelle et reproductive**

UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION ADAPTABLE POUR L'AMOXICILLINE

JUILLET 2014



Remerciements

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development - USAID) basée au Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs - JHU CCP) tient à remercier Meg Galas (consultante indépendante) d'avoir préparé cette stratégie avec la contribution de Risha Hess (PSI), Melanie Stanley (CHAI), Vicki MacDonald (Abt Associates), Joanna Skinner (CCP), Kate McCracken (CCP), Angus Spiers (PSI), Tarryn Hasslam (PSI) et Andrew Shirmer (McCann). Le groupe de travail sur la pneumonie et la diarrhée de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitales pour les femmes et les enfants (UNCoLSC) a fourni une aide inestimable en termes de contributions, corrections et conseils techniques. La HC3 remercie Kathleen Fox, Kim Martin, Katie Kuehn et Mark Beisser d'avoir participé à la publication et à la mise en page. La HC3 souhaite aussi remercier Zarnaz Fouladi, Hope Hempstone et Stephanie Levy de USAID pour la qualité de leur soutien, de leurs conseils et de leur retour.

Citation suggérée :

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3). (2014). *Une stratégie de communication adaptable pour l'amoxicilline*. Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.

La création de la demande pour les activités liées aux produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive est assurée par la Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3) basée au Centre des programmes de communication de l'Université Johns Hopkins (Center for Communication Programs, CCP), avec le soutien du Fonds d'affectation du département de la SINMR et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development - USAID) en partenariat avec le sous-groupe de création de la demande de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (UNCoLSC), l'équipe de ressource technique en matière de performance et d'accès, notamment l'organisation Population Services International (PSI), le Consortium international pour la contraception d'urgence (ICEC), Jhpiego et d'autres partenaires.

Crédits photographiques

(par ordre d'apparition dans la partie Profils de public)

Sauf indication contraire, toutes les photographies de cette publication sont utilisées avec l'aimable autorisation de Photoshare (www.photoshare.org).

Bina : une femme chez un marchand de perles de Katmandou, au Népal, sourit au photographe. © 1988 Andrea Fisch

Neha : une mère tient son bébé dans les bras au Pakistan. © 2009 Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Communication Programs)

Kanta : au Bangladesh, un agent de santé communautaire du comité pour le développement rural du Bangladesh (Bangladesh Rural Advancement Committee - BRAC) inscrit un couple qui attend un enfant au programme MAMA afin qu'il reçoive des SMS ou des messages vocaux d'information pendant la grossesse et la première année de vie de l'enfant. © 2012 Cassandra Mickish/CCP

Issa : un pharmacien photographié à la pharmacie du dispensaire de Ségou, au Mali. © 2008 Rachel Hoy

Dr Simaret : en Éthiopie, un enfant pleure lorsqu'on lui prélève une goutte de sang au bout du doigt pour vérifier s'il souffre de paludisme. © 2011 Cameron Taylor

Mme Bekele : en Éthiopie, une accoucheuse traditionnelle (TBA) participe à une discussion sur son travail dans le cadre d'un réseau d'agents de santé ruraux et de comités de santé ruraux, chargé d'améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Dans la ville de Negele, la TBA participe à un programme sur la santé maternelle et infantile mis en œuvre par Save the Children en collaboration avec le Ministère de la Santé local. © 2005 Virginia Lamprecht

Table des matières

Acronymes	5
Introduction	6
But	7
Public visé	7
Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?	7
Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?	7
Treize produits d'urgence pour femmes et enfants	7
Création de la demande : Présentation	10
De quoi s'agit-il ?	11
Quel est le public concerné par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?	11
Définitions et concepts fondamentaux de la création de demande	12
Cadre conceptuel	13
Stratégie de communication adaptable : structure et conseils	14
Étape 1 : Analyser la situation	15
Étape 2 : Définir une vision	18
Étape 3 : Choisir les publics visés	19
Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)	20
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	21
Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation	24
Exemple d'une stratégie de communication pour l'amoxicilline	26
Étape 1 : Analyser la situation	27
Étape 2 : Définir une vision	31
Étape 3 : Choisir les publics visés	32
Étape 4 : Définir la stratégie des messages	35
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	42
Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation	47
Références	50
Coordonnées	53

Acronymes

ACT	Polythérapie à base d'artémisinine (Artemisinin-Based Combination Therapy)
ASC	Agent de santé communautaire
CCP	Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Communication Programs)
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CD	Comprimé dispersible
CIP	Communication interpersonnelle
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
EWEC	Toutes les femmes, tous les enfants (Every Woman Every Child)
GAPPD	Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea)
HC3	Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative)
M&E	Suivi et évaluation (Monitoring and Evaluation)
MICS	Enquête à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys)
MoH	Ministère de la Santé (Ministry of Health)
MS	Marketing social
OC	Organisation à base communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies, Nations Unies
PPP	Partenariat public-privé
SINMR	Santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive
SMS	Service de messagerie SMS (Short Message Service)
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UNCoLSC	Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women's and Children's Health)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (United Nations Children's Fund)
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development)

Introduction



But

Fournir des instructions pas à pas et un exemple de création d'une stratégie de communication dédiée à la création de la demande **d'amoxicilline** pour traiter la pneumonie infantile.

Public visé

Cette stratégie de communication adaptable (la « Stratégie ») vise plusieurs publics, dont les personnels des ministères de la santé, des organismes non gouvernementaux (ONG) et des organisations à base communautaire (OC). La Stratégie appuie les initiatives des professionnels de la communication qui travaillent directement sur les programmes de communication et de changement de comportement, ainsi que des personnels exerçant leur activité dans les domaines de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive (SINMR), qui ont recours à un composant de création de la demande pour la prise en charge des activités du programme.

Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?

Une stratégie de communication fournit une feuille de route pour les actions locales visant à faire évoluer les comportements, en assurant l'harmonisation des messages, des documents et des différentes activités. Elle garantit également que les activités et les produits permettent conjointement d'atteindre le but et les objectifs du programme. La stratégie de communication finale doit orienter la rédaction des supports de programmes, notamment des dossiers de plaidoyer, livrets client et outils de travail pour les prestataires de soins de santé, assurant ainsi un positionnement et des messages cohérents dans toutes les activités.

La stratégie de communication n'est toutefois pas un produit statique. Elle doit évoluer en fonction d'un environnement en perpétuel changement. Des adaptations peuvent être nécessaires pour répondre à des données et résultats nouveaux, à des événements inattendus, à des changements de priorités ou à des résultats imprévus. Les stratégies de communication sont essentielles pour tenter de résoudre les problèmes de priorités sanitaires ou de maladies émergentes ; elles permettent d'harmoniser les priorités, les approches et les messages entre toutes les organisations et les parties prenantes.

Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?

Cette stratégie fait partie d'un kit de mise en oeuvre de création de la demande pour les produits sous-utilisés d'importance vitale de la SINMR (« I-Kit ») (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch>). L'I-Kit comprend des stratégies de communication spécifiques aux produits, conçues pour une adaptation aisée à divers contextes nationaux et intégrées à des plans SINMR existants. L'I-Kit comprend également des ressources relatives à quatre principaux domaines transversaux en matière de création de la demande : la prise en compte du rôle lié au genre, un cadre théorique pour le choix des médias, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) ainsi que des nouveaux médias et l'exploitation des partenariats public-privé (PPP).

Cette stratégie n'a pas vocation à servir de modèle unique. C'est une base reposant sur des données probantes, permettant de réunir plus rapidement des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Où en sommes-nous ?
- Quelle est notre vision ?
- Comment allons-nous concrétiser notre vision ?
- Comment savoir si nous avons concrétisé notre vision ?

Dans l'idéal, à l'échelle nationale des équipes incluent un contenu spécifique aux produits, adapté au contexte national, dans des stratégies de communication SINMR existantes ou nouvelles concernant la création de la demande.

Il est important de signaler que la stratégie est axée sur la communication, généralement la composante de promotion d'un produit dans une approche de marketing social. Au besoin, il est possible d'intégrer la stratégie à un cadre de marketing social plus vaste et de l'étendre pour traiter le produit, le tarif et le lieu.

Treize produits d'urgence pour femmes et enfants














En 2010, en lançant la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant* (la Stratégie mondiale), le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a mis l'accent sur le manque d'accès aux produits d'importance vitale et son impact sur la santé des femmes et des

enfants à travers le monde. La Stratégie mondiale met en demeure la communauté internationale de sauver 16 millions de vies d'ici à la fin 2015 en élargissant l'utilisation appropriée et l'accès aux médicaments essentiels, au matériel médical et aux fournitures médicales dont le manque représente la principale cause de décès évitables pendant la grossesse, l'accouchement et l'enfance. Grâce au mouvement Every Woman Every Child (EWEC), au soutien de la Stratégie mondiale et aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants

(la Commission) a été créée en 2012 pour catalyser et accélérer la réduction du taux de mortalité des femmes et des enfants. La Commission a identifié 13 produits d'urgence dans le continuum de soins de la SINMR qui, avec un plus large accès et une meilleure utilisation, pourraient sauver la vie de plus de six millions¹ de femmes et d'enfants. Pour plus d'informations sur la Commission, consultez le site <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities> (en anglais).

¹Pour les estimations de vies sauvées, voir le Rapport des Commissaires de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (annexe) (http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Figure 1 : 13 produits d'importance vitale

Santé reproductive (Reproductive Health)			
 <p>Préservatifs féminins</p>	 <p>Implants contraceptifs</p>	 <p>Contraception d'urgence</p>	
<p>Prévient l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées : Un préservatif féminin est une gaine en polyuréthane qui couvre le col de l'utérus, le vagin et les parties génitales externes. Il assure une double protection: contre les IST (y compris le VIH) et contre les grossesses non souhaitées.</p>	<p>Prévient les grossesses non souhaitées : Les implants contraceptifs sont des bâtonnets en plastique fins et flexibles placés dans le bras d'une femme libérant une hormone progestative dans l'organisme. Ces contraceptifs sont fiables, très efficaces et se retirent facilement. Ils permettent d'éviter les grossesses pendant trois à cinq ans.</p>	<p>Prévient les grossesses non souhaitées : La pilule contraceptive d'urgence est le moyen contraceptif le plus largement utilisé dans les pays en voie de développement. Pour un effet optimal, elle doit être prise en une dose de 1,5 mg dès que possible après le rapport sexuel. Un produit de remplacement de 0,75 mg est également largement distribué.</p>	
Santé maternelle (Maternal Health)			
 <p>Oxytocine</p>	 <p>Misoprostol</p>	 <p>MgSO₄</p> <p>Sulfate de magnésium</p>	
<p>Hémorragie du postpartum : L'OMS recommande l'oxytocine comme l'utérotonique de choix en matière de prévention et de traitement des hémorragies du postpartum.</p>	<p>Hémorragie du postpartum : Dans les situations où il n'y pas d'accoucheuse expérimentée et où l'on ne dispose pas d'oxytocine (600 microgrammes par voie orale), l'administration de misoprostol est recommandée.</p>	<p>Éclampsie et pré-éclampsie sévère : L'OMS recommande le MgSO₄ comme le traitement le plus efficace pour les femmes atteintes d'éclampsie et de pré-éclampsie sévère.</p>	
Santé infantile			
 <p>Amoxicilline</p>	 <p>Sels de réhydratation orale</p>	 <p>Zinc</p>	
<p>La pneumonie : L'amoxicilline est un antibiotique qui permet de traiter la pneumonie chez les enfants âgés de moins de cinq ans. L'amoxicilline est conditionnée sous forme de plaquettes thermoformées de dix comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg.</p>	<p>Diarrhée : Les sels de réhydratation orale (SRO) sont une solution orale de glucose et d'électrolytes visant à prévenir la déshydratation due à la diarrhée. Ils sont conditionnés en sachets de poudre aromatisée de manière à plaire aux enfants, à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 l de liquide.</p>	<p>Diarrhée : La supplémentation en zinc permet de réduire la durée et la sévérité des épisodes diarrhéiques. Le zinc est disponible en comprimés sécables, dispersibles, de saveur masquée, de 20 mg ou en solution orale concentrée de 10 mg pour 5 ml.</p>	
Santé néonatale			
 <p>Antibiotiques injectables</p>	 <p>Corticoïdes prénataux</p>	 <p>Chlorhexidine</p>	 <p>Appareils de réanimation</p>
<p>Prévention de la septicémie néonatale : L'OMS recommande un traitement par benzylpénicilline et gentamicine, sous forme d'injection séparée, comme schéma thérapeutique de première intention pour le traitement de présomption des nouveau-nés présentant un risque d'infection bactérienne.</p>	<p>Prévention du SDR chez le prématuré : Les corticoïdes prénataux sont donnés à la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré pour éviter le syndrome de détresse respiratoire chez les bébés nés après un travail prématuré.</p>	<p>Prévention de l'infection du cordon ombilical : Le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique peu coûteux, utilisé pour les soins du moignon du cordon ombilical, et efficace contre les infections néonatales.</p>	<p>Traitement de l'asphyxie : L'asphyxie à la naissance, ou l'absence de respiration du nouveau-né à la naissance peuvent être traitées avec les appareils de réanimation.</p>

Création de la demande : Présentation



De quoi s'agit-il ?

La création de la demande améliore la sensibilisation et pousse certains publics en particulier à demander des produits ou des services de santé. Pour ce faire, des techniques de marketing social (MS) et de communication sur le changement social et comportemental (CCSC) sont utilisées. Il existe trois moyens de créer de la demande :

- **Attirer de nouveaux utilisateurs** : convaincre les membres du public visé d'adopter de nouveaux comportements, produits ou services.
- **Augmenter la demande parmi les utilisateurs existants** : convaincre les utilisateurs actuels d'augmenter ou de maintenir la pratique du comportement préconisé et/ou d'augmenter ou de maintenir l'utilisation des produits ou services préconisés.
- **Gagner des parts de marché avec des comportements compétitifs** (p. ex., convaincre les soignants de pratiquer immédiatement des soins au lieu d'attendre que la situation sanitaire ne se dégrade ou soit compromise) et d'utiliser des produits ou services (p. ex., convaincre les soignants d'utiliser des sels de réhydratation orale [SRO] et du zinc au lieu de médicaments contre la diarrhée).

Avec des programmes de création de la demande bien conçus et bien mis en œuvre, les pays peuvent augmenter l'utilisation des produits :

- en créant une demande éclairée et volontaire en matière de produits de santé et de services ;
- en aidant les prestataires de soins et les clients à interagir de manière efficace ;

- en faisant évoluer les normes culturelles et sociales susceptibles d'avoir une incidence sur les comportements collectifs et individuels relatifs à l'utilisation du produit ;
- en encourageant l'utilisation appropriée des produits aussi bien par les individus que par les prestataires de services.

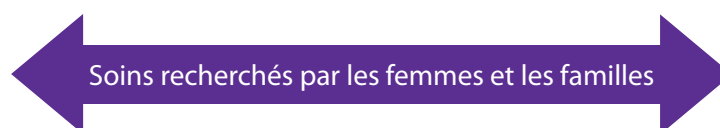
Pour être plus efficaces, les efforts de création de la demande doivent s'accompagner d'initiatives visant à améliorer la logistique et développer les services, augmenter l'accès aux produits et former et équiper les prestataires afin de répondre à la demande croissante en matière de produits et/ou de services. Sans ces améliorations conjointes, le public visé risque de se décourager, d'où une nouvelle diminution de la demande. Il est donc fortement recommandé de coordonner et de collaborer avec les partenaires qui conviennent pour mettre en place des programmes et des stratégies de communication permettant de créer de la demande.

Quel est le public concerné par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?

Pour réduire la morbidité et la mortalité infantile et maternelle en augmentant la demande et l'utilisation des produits de SINMR, il est indispensable d'avoir la collaboration des ménages, communautés et sociétés y compris les mères, les pères et autres membres de la famille, les agents de santé travaillant dans la structure et la communauté, les leaders et les décideurs. Certains produits sont plus particulièrement destinés aux prestataires en termes de demande et d'utilisation. Cependant, tout dépend des soins recherchés par les femmes et les familles.

Figure 2 : Publics concernés par la création de la demande

Pour les prestataires	Prestataire et utilisateur final
<input type="checkbox"/> Oxytocine	<input type="checkbox"/> Préservatifs féminins
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/> Implants
<input type="checkbox"/> Antibiotiques injectables	<input type="checkbox"/> Contraception d'urgence
<input type="checkbox"/> Corticoïdes prénataux	<input type="checkbox"/> Misoprostol
<input type="checkbox"/> Matériel de réanimation	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine
<input type="checkbox"/> Amoxicilline	<input type="checkbox"/> SRO
	<input type="checkbox"/> Zinc



Définitions et concepts fondamentaux de création de la demande

Communication pour le changement social et comportemental (CCSC). La CCSC stimule et facilite le changement de comportement et soutient l'élargissement du changement social afin d'améliorer les résultats sanitaires. La CCSC s'inspire d'une théorie écologique globale qui intègre tant le changement individuel que le changement familial, communautaire, environnemental et structurel. Une approche stratégique fondée sur la CCSC permet d'analyser un problème donné selon un processus systématique afin de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation du changement, puis de concevoir un ensemble complet et intégré d'interventions visant à soutenir et encourager les comportements positifs. Une stratégie de communication permet de concevoir les interventions et les campagnes de CCSC en assurant la définition des objectifs de communication, l'identification des publics visés et l'élaboration de messages cohérents pour l'ensemble du matériel et des activités.

Marketing social (MS). Le MS a pour objectif de développer et d'intégrer des concepts de marketing (produit, prix, lieu et promotion) à d'autres approches pour influencer les comportements présentant un avantage pour les individus aussi bien que pour les communautés, et ceci dans l'intérêt de la société. (http://socialmarketing.blogs.com/r_craiig_lefebvres_social/2013/10/a-consensus-definition-of-social-marketing.html [en anglais])

Réseaux et approches

Plaidoyer. Les processus de plaidoyer interviennent au niveau individuel, social et politique. Ils ont pour objectifs la mobilisation des ressources ainsi que l'engagement social et politique en vue de changements politiques ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement permettant d'encourager l'attribution de ressources équitables et de supprimer les obstacles à l'intégration de la politique.

Mobilisation communautaire. La mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel les individus, groupes ou organismes peuvent concevoir, réaliser et évaluer des activités sur une base participative et durable. Une mobilisation communautaire réussie permet de résoudre les problèmes au niveau communautaire en augmentant la capacité des communautés à identifier et à répondre avec succès à leurs besoins.

Éducation par le divertissement. L'ED est une stratégie ou un processus de communication reposant sur des données scientifiques. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des programmes pédagogiques délibérément ludiques qui retiennent l'attention du public afin d'informer sur un problème social, de favoriser l'ouverture d'esprit, de modifier les normes sociales et de changer les comportements.

Technologies de l'information et de la communication (TIC). Les TIC font référence aux technologies électroniques et numériques qui favorisent la communication et l'échange interactif de l'information. Les TIC recouvrent différents types de médias, dont les téléphones portables et les smartphones, les SMS et les médias sociaux comme Facebook et Twitter.

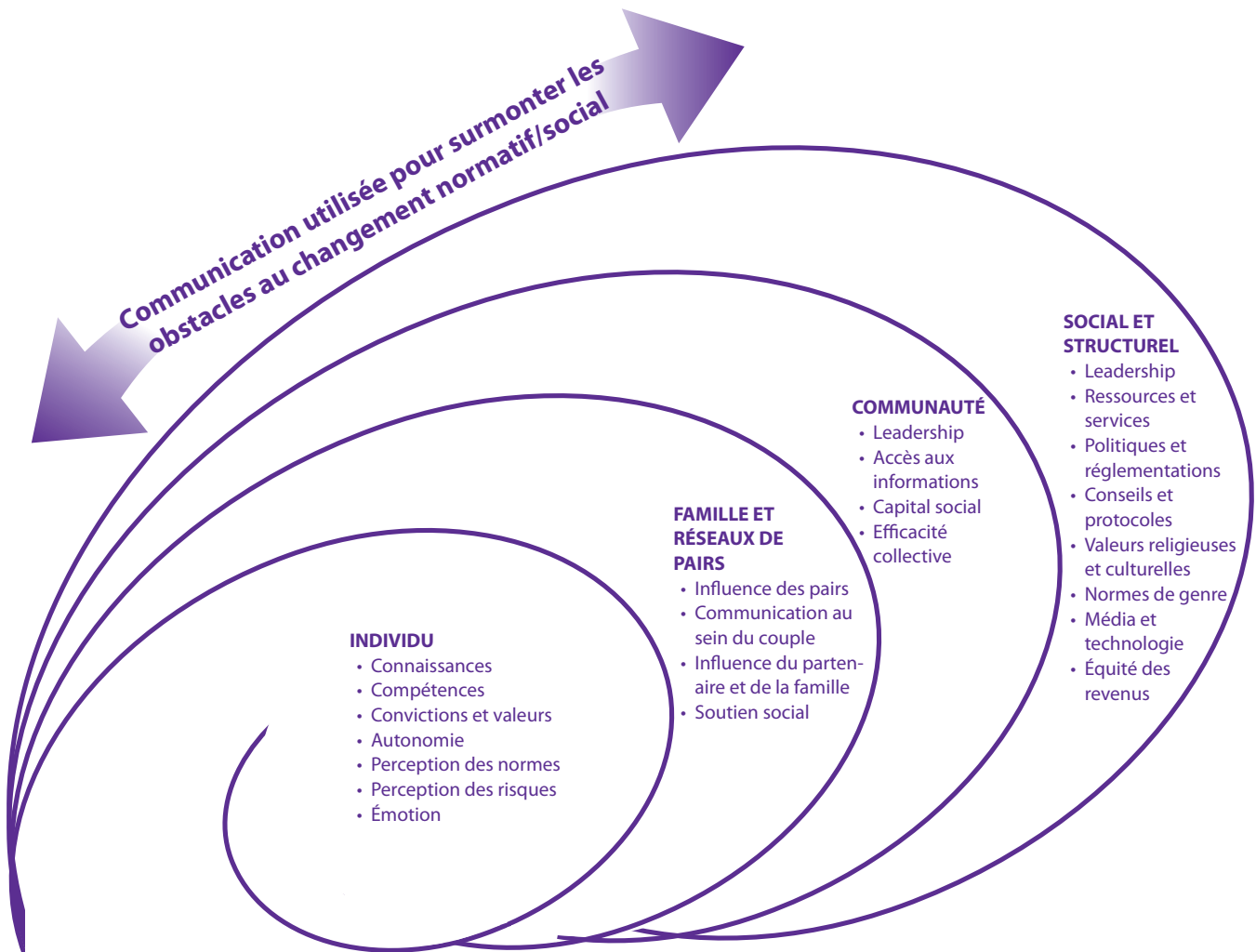
Communication interpersonnelle (CIP). La CIP fait référence à une communication entre deux personnes, notamment entre parent et enfant, conseiller et client, entre deux professionnels ou avec un responsable communautaire ou religieux.

Médias de masse et traditionnels. Les médias touchent les publics via la radio, la télévision et la presse écrite. Les médias traditionnels sont en général intégrés dans la communauté et proposent des spectacles de théâtre, de marionnettes, de musique et de danse. Une campagne dans les médias conçue et menée de manière efficace peut avoir un effet significatif sur les comportements, les attitudes, les croyances et les connaissances en matière de santé.

Cadre conceptuel

Cette stratégie repose sur le cadre socio-écologique. Dans ce modèle, les comportements associés à la demande de soins et de traitement s'inscrivent dans un réseau complexe d'influences socio-culturelles et les individus font partie d'un système de relations socio-culturelles (familles, réseaux sociaux, communautés, nations) influencées par leur environnement physique et influençant celui-ci (Bronfenbrenner, 1979 ; Kincaid, Figueroa, Storey et Underwood, 2007). Dans ce cadre conceptuel, les décisions et comportements des individus

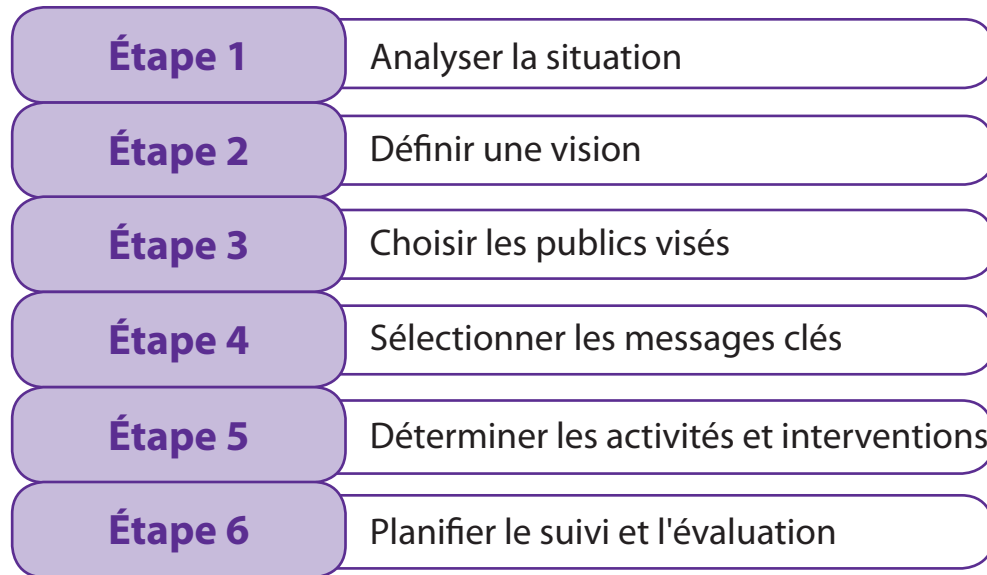
en matière d'augmentation de la demande et de l'utilisation sont supposés dépendre de leurs propres caractéristiques, ainsi que de leur contexte socio-environnemental. L'application de ce modèle à chaque étape de l'élaboration de la stratégie de communication permet d'assurer que tous les déterminants comportementaux sont pris en compte et effectivement traités.



Stratégie de communication adaptable : structure et conseils



Cette stratégie présente un processus en six étapes visant à orienter l'adaptation nationale en fonction de l'analyse de la situation locale et de la recherche formative :



L'explication de chaque étape est donnée ci-après. La section qui suit fournit un exemple illustrant chacune des étapes.

Qui doit participer à l'élaboration d'une stratégie ?

L'élaboration d'une stratégie de communication implique généralement de convoquer les différentes parties prenantes, dans l'idéal des représentants du gouvernement, des experts médicaux, des spécialistes du marketing ou de la communication et des membres des publics visés, pour évaluer les données existantes, évaluer les principaux publics et mettre au point les messages et les canaux de communication adéquats. Des représentants du secteur privé peuvent également faire partie des acteurs dans l'optique de constituer des partenariats public-privé, pouvant éventuellement renforcer un programme de création de la demande en fonction des besoins et des opportunités spécifiques à un pays.

Étape 1 : Analyser la situation

Qu'est-ce qu'une analyse de situation ?

L'objectif d'une analyse de situation est de mieux comprendre les difficultés et les obstacles d'un contexte spécifique influençant la demande et l'utilisation actuelles d'un produit SINMR prioritaire. Elle comprend notamment les personnes affectées et la perception de leurs besoins, les normes socio-culturelles, les contraintes et les facteurs favorables potentiels du changement individuel et collectif, ainsi

que l'accès et l'utilisation des médias par les publics visés. Elle évalue également le statut du produit d'importance vitale, notamment les politiques, les réglementations, la fabrication, les prix, les chaînes d'approvisionnement, la disponibilité, le niveau de connaissance (prestataire et utilisateur final) et le niveau d'utilisation (prestataire et utilisateur final). En résumé, l'analyse de situation répond à la question : « Où en sommes-nous ? »

L'analyse de situation doit également étudier les attitudes, valeurs, intérêts, aspirations et styles de vie des publics visés. Ces informations, dites psychographiques, favorisent une meilleure compréhension des motivations et freins aux décisions et actions des publics visés. Les données psychographiques définissent les publics visés de manière plus précise que les informations démographiques (sexe, âge, éducation, parité, etc.) et permettent de dresser un portrait plus complet de ceux-ci en tant qu'individus, de la manière dont ils s'inscrivent dans leur communauté et dont celle-ci les influence.

Pour quelles raisons mener une analyse de situation ?

Une analyse complète de la situation est essentielle, dans la mesure où elle fournit une représentation détaillée de l'état actuel du produit, des besoins et des obstacles qui permettront de prendre des décisions en matière de conception et de mise en œuvre de la stratégie, ce qui a, au final, un impact sur le niveau de réussite en matière de création de la demande et d'utilisation.

Comment mener une analyse de situation ?

Comme cela a été dit précédemment, la réalisation d'une analyse de situation implique généralement de convoquer les parties prenantes afin d'évaluer les données existantes et d'identifier les informations les plus importantes. Un synthèse globale des données probantes portant sur chacun des 13 produits sous-utilisés peut fournir une vision globale des informations disponibles et des leçons qui ont été tirées dans les autres pays (disponible en anglais à l'adresse <http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/evidence-synthesis>). Pour des données secondaires spécifiques à un pays, on pourra consulter des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) (<http://www.measuredhs.com/>), des enquêtes à indicateurs multiples (MICS) (http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html), les recherches quantitatives et qualitatives menées par les ONG ou des études de marché du secteur privé, le cas échéant, comme Nielsen (<http://www.nielsen.com/us/en.html>). Les directives et politiques SINMR peuvent également aider à analyser la situation.

Si les données existantes, notamment psychographiques et sur les moteurs sociaux et comportementaux, sur les publics visés sont insuffisantes, obsolètes ou insuffisamment approfondies, il peut être nécessaire de mener une recherche formative primaire supplémentaire sous la forme de groupes de discussion, d'entretiens ou de visites informelles dans les communautés et les foyers. Concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et autres moteurs comportementaux. De même, pour tous les publics (prestataires et utilisateurs finaux), il peut être particulièrement important de mener une recherche formative pour obtenir des données psychographiques réalistes.

Quels sont les questions essentielles ?

L'analyse de situation comporte deux sections principales :

- État de la santé et des produits
- Analyse du public et de la communication

État de la santé et des produits

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse de l'état de la santé et du produit s'appliquant à l'amoxicilline :

- Quel est le taux de pneumonie (infections respiratoires) chez l'enfant de moins de cinq ans ?
- Quel est le taux de mortalité par pneumonie chez l'enfant de moins de cinq ans ?

- Quelle proportion de cas de pneumonie chez l'enfant de moins de cinq ans est traitée par amoxicilline ?
- Quels sont les principaux traitements ou médicaments prescrits contre la pneumonie infantile ?
- Est-ce que le Ministère de la Santé recommande l'amoxicilline contre la pneumonie infantile ?
- L'amoxicilline est-elle largement disponible dans le pays ? Quelle est la disponibilité de l'amoxicilline par région/sous-région ?
- L'amoxicilline est-elle disponible dans le secteur public ? L'approvisionnement d'amoxicilline dans le secteur public est-il régulier et constant ?
- Quel est le prix de l'amoxicilline dans le secteur privé et public ?
- L'amoxicilline dispersible est-elle commercialisée dans le pays ? Quelles marques ? Quel prix ? Si elle n'est pas commercialisée dans le pays, quel est le processus à suivre (délai, obligations, etc.) ?
- De quelles réglementations ou politiques dépendent l'approvisionnement, la distribution et la disponibilité de l'amoxicilline ? De quelle façon peuvent-elles affecter la demande ou l'accès ?
- Quel niveau de prestataire (médecin, infirmier, pharmacien, agent de santé communautaire, etc.) est autorisé à prescrire/distribuer l'amoxicilline ?

Analyse du public et de la communication

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse du public et de la communication :

Connaissances et attitudes

- Quelle proportion de soignants connaît les signes et symptômes de la pneumonie infantile ? Les soignants savent-ils/croient-ils que la pneumonie infantile peut être traitée par des antibiotiques ?
- Quelle proportion de soignants recherche des soins dès les premiers signes/symptômes ? Quelles sont généralement les raisons d'une recherche de soins tardive ?
- Quelle proportion de prestataires (cliniciens, non cliniciens, communautaires) est en mesure de reconnaître les signes et symptômes de pneumonie infantile ?
- Quelle proportion de prestataires connaît le traitement adéquat contre la pneumonie infantile ?
- À quels obstacles sont confrontés les soignants qui recherchent/reçoivent un traitement ; d'autres publics d'influence, comme les belles-mères et les leaders communautaires, font-ils obstacle à la recherche de traitement ?
- Y a-t-il fréquemment des idées fausses ou une désinformation sur la pneumonie infantile ?

Considérations normatives et structurelles

- Les soignants recherchent-ils généralement un traitement en premier lieu auprès d'un prestataire autorisé à prescrire/distribuer l'amoxicilline ?
- Le paludisme est-il endémique ? Où ont lieu le diagnostic et le traitement du paludisme ?

Prestation de service

- Quelle proportion de pneumonie infantile est traitée dans le secteur privé et dans le secteur public ? Quels sont les obstacles et avantages perçus de l'accès au service dans chaque secteur ?
- Selon quelle probabilité un soignant qui recherche un traitement obtiendra un traitement correct contre la pneumonie infantile ? (diagnostic, ordonnance, médicament, dosage et durée corrects)

Médias et communication

- Les soignants sont-ils informés et/ou ont-ils les bonnes connaissances ou croyances sur les causes et le traitement de la pneumonie infantile ?
- Par quels canaux (médias et communication interpersonnelle) les prestataires et les soignants (et les publics d'influence) préfèrent-ils recevoir des informations médicales ?
- Quels canaux peuvent transmettre le niveau de communication permettant d'accroître les connaissances sur la pneumonie infantile et la demande d'amoxicilline ?
- Quels matériel et programmes de communication existent déjà sur les maladies infantiles ? Sur la pneumonie infantile ?
- Quelle est la capacité technique et organisationnelle des médias partenaires ?

Données psychographiques

- Quelles sont les valeurs des prestataires et des soignants ? Quelles sont leurs croyances fondamentales ?
- Quels sont les personnes et les éléments qui influencent les décisions et les comportements des prestataires et des soignants ?
- Quels sont les rêves des prestataires et des soignants ? Quelles sont leurs aspirations dans la vie ? De quoi rêvent-ils pour leurs enfants ?
- Quelles sont les plus grandes craintes des prestataires et des soignants ? Quelles peurs les empêchent de dormir la nuit ?
- Quelles sont les occupations quotidiennes des prestataires et des soignants ? Où se déplacent-ils ? Que font-ils ? Quels sont leurs loisirs et leurs habitudes ?
- Comment les prestataires et les soignants se perçoivent-ils eux-mêmes ? Comment souhaitent-ils être perçus ?

Comment utiliser l'analyse de situation

Au terme de l'analyse de situation, les gestionnaires de programme doivent être en mesure d'utiliser les données pour identifier les implications et obstacles majeurs. Pour quelles raisons l'amoxicilline n'est-elle pas utilisée ? Que pensent les utilisateurs potentiels (utilisateur final, prestataires de soins et éducateurs sanitaires) de ce produit ? Enfin, il convient de choisir quelques facteurs essentiels sur lesquels portera la stratégie de création de la demande. S'il est tentant de traiter tous les facteurs, les programmes de communication seront plus efficaces s'ils se concentrent sur les quelques facteurs ayant la plus grande influence compte tenu des ressources disponibles.

Il peut être utile d'organiser les informations recueillies, afin de dégager les informations les plus importantes, sous forme de simple tableau classé par public visé, comme ci-dessous.

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Utilisateur final/ membres de la communauté (par ex., femmes, hommes, soignants)			
Prestataires (y compris publics et privés, cliniciens et communautaires)			

Afin de conserver un cap pratique tout au long de l'élaboration de la stratégie, il peut également être utile de synthétiser les implications de ces informations. Le service Global Social Marketing de Population Services

International propose les questions suivantes pour orienter l'élaboration d'une analyse de situation et le choix de priorités stratégiques à traiter par la stratégie de création de la demande :

Quoi ?	Dans quel but ?	Et ensuite ?
Recueil de données : Principaux faits recueillis au cours de l'analyse de situation.	Analyse de données : Possibles implications de ces faits sur les stratégies de création de la demande.	Priorités stratégiques : Identifier les implications à retenir dans la stratégie de création de la demande. Les limiter à trois ou cinq afin d'orienter le plan.
Exemple du Somaliland :		
Les soignants recherchent un traitement contre la pneumonie infantile en premier lieu auprès des pharmacies et se font conseiller par les pharmaciens. Les mères arrêtent de donner le traitement à leur enfant dès qu'il se sent mieux, même si tout le traitement n'a pas été utilisé.	Les entretiens ont indiqué que les pharmaciens manquaient de connaissances sur le traitement à utiliser (médicament et posologie). Les pharmaciens signalent qu'ils remettent aux soignants le traitement que ceux-ci demandent.	Former les pharmaciens sur le traitement à utiliser (médicament et posologie) devient une priorité stratégique.

Source : Population Services International, s.d. The DELTA companion: Marketing Planning Made Easy. (http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/DELTA%20Companion.pdf)

Étape 2 : Définir une vision

La vision détermine une stratégie de communication en établissant les objectifs du programme. L'énoncé d'une vision présente l'orientation d'une stratégie et définit de façon claire et succincte l'incidence des activités de création de la demande sur le contexte général du produit et de la santé. La vision doit dépendre la représentation mentale d'un scénario envisagé pour l'avenir.

Elle doit être acceptée par les parties prenantes impliquées dans le processus de conception stratégique et donc, « partagée » par tous. Celle-ci prend la forme d'un énoncé rapide qui articule les aspects importants, illustre les volontés futures concernant le produit après la mise en œuvre réussie de la stratégie de création de la demande et clarifie l'objectif de la stratégie de création de la demande. La vision partagée garantit que toutes les parties prenantes travaillent dans la même direction et oriente la conception stratégique et le processus de développement.

En outre, une véritable vision doit être réaliste, concrète et réalisable en fonction des ressources disponibles. La vision doit également susciter l'inspiration, donner une orientation, communiquer de l'enthousiasme et encourager l'implication et l'engagement des parties prenantes dans cet objectif partagé.

Certaines organisations parlent d'« objectif » ou d'« objectif primaire ».

Voici un exemple d'énoncé de vision pour l'amoxicilline :

Les soignants des enfants de moins de cinq ans reconnaissent les symptômes et recherchent immédiatement des soins contre la pneumonie.

et

Des prestataires de soins diagnostiqueront et traiteront correctement la pneumonie avec de l'amoxicilline (comprimés dispersibles [CD]).

Étape 3 : Choisir les publics visés

Segmentation du public

La segmentation est le processus d'identification de groupes uniques de personnes, au sein de plus vastes populations, qui partagent des intérêts et besoins similaires concernant le produit. Si le groupe partage des attributs communs, les membres auront davantage tendance à répondre de la même manière à une stratégie donnée de création de la demande. La segmentation permet de réserver l'utilisation des ressources limitées aux populations qui affecteraient majoritairement l'augmentation de la demande. Elle garantit que les activités élaborées et mises en place sont les plus efficaces et les mieux adaptées à des publics spécifiques, se concentrant sur des messages et des supports personnalisés.

À partir des principaux résultats de l'analyse de situation, la première étape de segmentation consiste à répondre à la question, « Quels comportements doivent changer

pour accroître la demande et l'usage adapté de ce produit ? » La segmentation initiale repose souvent sur des données démographiques, comme l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'emploi et la résidence (urbaine/rurale). Les publics peuvent être resegmentés par données psychographiques : personnalité, valeurs, attitudes, intérêts et style de vie.

Les publics principaux sont les cibles à viser dans les messages. Il peut s'agir des personnes directement concernées et qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Ou bien des personnes susceptibles de prendre des décisions au nom de celles qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Les publics principaux peuvent ensuite être resegmentés en sous-catégories. Par exemple, en identifiant les segments spécifiques de femmes en âge de procréer qui partagent certains attributs, tels que les jeunes femmes non mariées, les femmes mariées ou les femmes à parité élevée.

	Principal public influencé	Niveau estimé de l'influence (faible, modéré, élevé)	Attitude envers l'amoxicilline ou des produits similaires
Public d'influence 1			
Public d'influence 2			

Les publics d'influence sont ceux capables d'influencer ou orienter, de manière directe ou indirecte, les connaissances et les comportements des publics principaux. Les publics d'influence peuvent inclure les membres de la famille et de la communauté, tels que les leaders communautaires, ainsi que les personnes qui définissent les normes sociales, influencent les politiques ou l'opinion de la population sur le produit. La hiérarchisation des publics d'influence par leur capacité d'influence estimée liée à la croissance de la demande et de la prise du produit est fondamentale. Par exemple, les partenaires masculins représentent un public d'influence potentiel, mais leur niveau d'influence (faible, modéré, élevé) peut dépendre du contexte local et/ou du produit, et doit être abordé avec les

parties prenantes. La création d'un tableau du type de celui ci-dessus peut être utile pour hiérarchiser les publics d'influence.

Les publics principaux ou d'influence pour la création de la demande peuvent également inclure des décideurs nationaux, régionaux ou communautaires, tels que des responsables juridiques et religieux, car ils jouent un rôle déterminant dans la levée ou la création d'obstacles à l'accès au produit ou la propagation de croyances erronées sur le produit. L'implication des décideurs et des personnalités influentes dans le domaine de la politique et des médias ainsi qu'une attention particulière accordée aux environnements juridique et politique sont essentielles pour garantir que les efforts de création

de la demande ne soient pas freinés par des barrières politiques et sociales. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns: An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : kit d'outils de plaidoyer - en anglais)* (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>) fournit des ressources pour favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Ainsi, les publics plaidoyers ne font pas partie de cette stratégie de communication.

Création des profils de public

Les profils de public sont la pierre angulaire d'une stratégie de communication. En premier lieu, ils permettent de personnifier chaque segment, pour ensuite orienter les messages et le calendrier des activités. Le profil doit incarner les caractéristiques du public spécifique, plus particulièrement l'histoire d'un individu imaginé au sein d'un groupe susceptible de représenter le public visé de manière neutre. La prise de décisions à partir d'un exemple représentatif et personnalisé d'un segment plutôt que d'un ensemble de statistiques ou d'une masse anonyme permet une connaissance plus intime de celui-ci et des stratégies de communication mieux définies et orientées. Par conséquent, le profil est important pour garantir l'adaptation du message aux membres du groupe sélectionné, afin d'avoir un écho et de les inciter à agir.

Les profils de public sont élaborés pour chaque segment à partir des informations recueillies au cours de l'analyse de situation. Le profil est constitué d'un paragraphe comprenant les données psychographiques détaillées telles que les comportements, motivations, émotions, valeurs et attitudes actuels, les sources d'information privilégiées et l'accès aux canaux de communication, ainsi que des informations sociodémographiques telles que l'âge, les revenus, la religion, le sexe et le lieu de résidence. Le profil doit illustrer les principaux obstacles au comportement souhaité liés au segment concerné. Il peut inclure le nom de cet individu, ou une photo permettant de le visualiser, et raconter son histoire. Il est important de ne pas oublier :

1. Les profils de public sont tous différents car il n'est pas toujours possible de disposer des mêmes données pour chaque segment de public.
2. Les meilleurs profils reposent sur une recherche qualitative.

3. Le profil doit être un « document vivant », régulièrement mis à jour lorsque de nouvelles informations sont disponibles.

Si les informations réunies lors de l'analyse de situation sont insuffisantes pour un segment, des recherches complémentaires peuvent être menées pour combler les lacunes identifiées. Par exemple, concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et les autres moteurs comportementaux susceptibles d'être utilisés pour mieux renseigner le profil du public et la conception stratégique.

Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)

La stratégie de conception des messages est l'un des éléments les plus importants d'une stratégie de communication. Elle oriente le reste du programme, assure la synergie, la cohérence et la coordination des objectifs partagés et garantit la clarté et l'harmonisation des messages entre tous les partenaires et parties prenantes. Une stratégie de conception du message pour chaque public principal et d'influence inclut : (a) des objectifs de communication, (b) un positionnement et (c) des messages clés. Comme cela a été dit précédemment, les profils de public permettent de déterminer si les objectifs, le positionnement et les messages clés sont adaptés ou non à ces individus.

(a) Objectifs

Les objectifs de communication sont des déclarations mesurables claires et concises de ce que le public visé doit savoir (penser), croire (ressentir) et faire (agir), ainsi que les délais requis pour le changement. Les objectifs « SMART » sont Spécifiques, Mesurables, réalisables, pertinents et Temporellement limités. Les objectifs de communication doivent découler de preuves disponibles sur les facteurs qui entraînent ou freinent l'adoption par les utilisateurs cibles et les publics d'influence.

(b) Positionnement

Le positionnement est au cœur de la stratégie de création de la demande et identifie les avantages les plus convaincants et spécifiques que le produit offre au public visé. Il constitue souvent l'accroche émotionnelle sur laquelle repose la stratégie de création de la demande. Un positionnement efficace va au-delà

des avantages fonctionnels du produit et interpelle le public visé sur les avantages émotionnels.

Il lui présente le comportement souhaité de façon à la fois persuasive et séduisante pour le public visé. Il donne une direction pour développer une identité marquante, définit l'élaboration des messages et permet de déterminer les canaux de communication à utiliser. Le positionnement garantit un message cohérent et l'effet cumulatif renforce toutes les activités planifiées.

Partie intégrante du positionnement, une **promesse clé** soulignant les principaux avantages associés au changement proposé est identifiée. Les changements de comportement, de politique et de normes sociales sont obligatoirement liés à la perception d'un avantage. L'avantage doit l'emporter sur le coût personnel du changement.

Un **support de promesse** associé, ou « reason to believe » en marketing, décrit les raisons pour lesquelles le public doit croire en la promesse. Il peut reposer sur des données, des témoignages de pairs, la déclaration d'une source fiable ou une démonstration. La promesse clé et le support de promesse doivent respecter un équilibre entre émotion et raison.

(c) Messages clés

Les messages clés résument les informations essentielles transmises aux publics dans l'ensemble des documents et des activités. Les messages dépassent les canaux et doivent se renforcer réciproquement à travers ceux-ci. Lorsque toutes les approches communiquent des messages clés itératifs et harmonisés, leur efficacité augmente. Des messages bien conçus s'adressent spécifiquement au public d'intérêt et reflètent clairement un déterminant et un positionnement comportementaux spécifiques. En outre, ils décrivent clairement le comportement souhaité, qui doit être « reproductible » pour le public. Les messages clés ne sont ni les textes des documents imprimés (accroches) ni les mots généralement utilisés pour définir une campagne (slogans). Des professionnels de la communication sont souvent embauchés pour traduire les messages clés en briefing de création, document destiné aux agences de communication créative ou aux équipes internes qui oriente le matériel de communication ou les prestations médiatiques, notamment les accroches et les slogans.

Les messages clés doivent toujours être :

- développés à partir d'une recherche formative locale ;
- issus de choix propres au contexte et stratégiques en matière de segmentation, de cible et de positionnement ;
- orientés vers les moteurs et obstacles connus au changement de comportement dans le contexte local ;
- prétestés auprès du public visé et affinés en fonction de son implication.

Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Les activités et interventions permettent la communication des messages clés via plusieurs approches et canaux de communication. Il est préférable que le choix des messages et des médias (canaux médiatiques) soit un travail collaboratif afin que les informations soient correctement transmises aux publics visés. Les activités doivent être soigneusement sélectionnés en fonction du type de message, de la capacité à toucher le public visé par une grande diversité de médias/canaux, mais également de délais du projet, de coûts associés et de ressources disponibles.

Il est utile de se reporter aux résultats de l'analyse de la situation afin d'orienter le choix des activités et interventions. Un cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes de création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/media-selection> [en anglais]) est un outil d'aide à la décision reposant sur la théorie de la communication. Le Tableau 1 présente une synthèse des types d'approches stratégiques possibles. Tout programme de création de la demande doit intégrer des activités dans un ensemble de zones d'intervention et de canaux de communication, communiquant des messages se renforçant mutuellement.

Il est également important de prendre en compte les liens avec des programmes et systèmes nouveaux ou existants, aussi bien liés directement à la demande que plus indirectement, mais avec un impact sur la demande ou la capacité d'être utilisé pour améliorer l'efficacité. Voici des exemples de domaines avec lesquels tisser des liens pour créer un programme de création de la demande pour l'amoxicilline :

- D'autres programmes de santé infantile qui ne portent pas sur l'amoxicilline.
- Des initiatives d'amélioration de la qualité des soins dispensés par les prestataires de services/ les cliniques.
- La formation préalable et continue existante ou les initiatives de formation continue en interne des prestataires en milieu hospitalier et non hospitalier.
- La gestion de la chaîne d'approvisionnement et la définition du marché.
- Approches du secteur privé [Pour un guide sur les PPP pour la création de la demande, voir l'outil (disponible à <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/public-private-partnerships> - en anglais) ; pour la chaîne d'approvisionnement, voir le kit d'outils d'engagement du secteur privé (disponible à http://www.everywomaneverychild.org/images/content/life-saving-commodities/Private_sector_engagement_A_%20toolkit_for_Supply_Chains_in_the_Modern_Context.pdf - en anglais)].
- Les programmes intersectoriels (par ex., pour l'éducation, l'autonomie économique, les transports).

Tableau 1 : Aperçu des approches stratégiques qui peuvent être utilisées pour la création de la demande

Plaidoyer : Le plaidoyer intervient au niveau individuel, social et politique. Il a pour objectif de mobiliser les ressources ainsi que l'engagement social et politique afin de réaliser des changements politiques et/ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement propice à tous les niveaux, notamment communautaire – par ex., approbation par le gouvernement traditionnel ou les autorités religieuses locales – pour demander plus de moyens, encourager la répartition équitable des ressources ainsi que l'élimination des obstacles à la mise en œuvre des politiques. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns: An advocacy toolkit (Sensibilisation aux produits d'importance vitale pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : un kit d'outils de plaidoyer - en anglais)* fournit des ressources pour utiliser la plateforme de la Commission destinées à favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Voir <http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>.

Médias communautaires : Les médias communautaires atteignent les communautés par le biais de points de diffusion établis localement. Ces points de diffusion comprennent des stations de radio locales et des bulletins/journaux communautaires, ainsi que des activités, telles que les rassemblements, des réunions publiques, les représentations folkloriques et des événements sportifs.

Mobilisation communautaire : La mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel des individus, groupes ou organisations au niveau communautaire peuvent planifier, mener à bien et évaluer des activités sur une base participative et durable afin d'améliorer leurs vies, de leur propre initiative ou stimulés par d'autres. Un effort de mobilisation communautaire réussie permet non seulement de résoudre les problèmes mais également d'accroître la capacité de la communauté à identifier et à répondre avec succès à ses propres besoins. Pour obtenir des conseils sur la mobilisation communautaire, voir *How to Mobilize Communities for Health and Social Change* (Comment mobiliser les communautés au changement social et sanitaire, Howard Grabman & Snetro, 2003), disponible sur http://www.jhuccp.org/resource_center/publications/field_guides_tools/how-mobilize-communities-health-and-social-change-20.

Conseil : Le conseil est basé sur la communication à deux et se fait souvent avec un communicateur de confiance et influent tel qu'un conseiller, un enseignant ou un prestataire de soins de santé. Les outils de conseil ou de travail sont aussi généralement produits pour aider les clients et les conseillers à améliorer leurs interactions, grâce à des prestataires de services formés à l'utilisation de ces outils.

Enseignement à distance : L'enseignement à distance fournit une plate-forme pédagogique qui ne nécessite pas la présence à un endroit précis. Les étudiants accèdent au contenu du cours via une radio ou via Internet et communiquent avec leurs enseignants et les camarades de classe par le biais de lettres, appels téléphoniques, textes SMS, forums de discussions ou sites Internet. Les cours d'enseignement à distance peuvent se concentrer sur la formation de spécialistes de la communication, mobilisateurs communautaires, éducateurs sanitaires et fournisseurs de services. Des informations supplémentaires sont disponibles sur « Global Health eLearning Center » (centre d'enseignement de la santé électronique mondial) et « PEPFAR eLearning Initiative » (initiative PEPFAR d'enseignement électronique).

Technologies de l'information et de la communication (TIC) : Les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont des plates-formes à évolution rapide qui font référence aux technologies électroniques et numériques, notamment l'informatique et les technologies de télécommunications, qui favorisent la communication et l'échange interactif d'informations. Les TIC recouvrent également les téléphones portables et les smartphones, l'utilisation des SMS et des médias sociaux comme Facebook, Twitter, LinkedIn, les blogs, les forums en ligne et les salles de conversation. Cette approche comprend aussi les sites Internet, les courriels, les serveurs listservs, l'eLearning, les eToolkits et les forums de discussion. Les médias numériques peuvent diffuser des messages adaptés au public visé à grande échelle tout en recevant la réaction du public et en encourageant des conversations en temps réel, combinant la communication de masse et les interactions interpersonnelles. A theory-based framework for media selection in demand generation programs (Cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes de création de la demande) (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/media-selection>) et Utilizing ICT in demand generation for RMNCH: Three Case Studies and Recommendations for Future Programming (Utilisation des TIC pour créer de la demande autour des produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive : trois études de cas et recommandations pour les programmes à venir) (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ict-case-studies>) sont des ressources utiles pour les gestionnaires de programme qui cherchent à utiliser les TIC dans les activités de création de la demande.

Communication interpersonnelle (CIP)/Communication avec les pairs : La communication interpersonnelle et la communication avec les pairs sont fondées sur une communication à deux. Cela pourrait être la communication pair à pair ou la communication avec un agent de santé communautaire (ASC), un leader communautaire ou un leader religieux.

Médias : Les médias touchent de larges publics de façon rentable grâce à la radio, à la télévision et à la presse écrite. Selon un examen des campagnes dans les médias, les campagnes qui respectent les principes de conception efficace et qui sont bien réalisées peuvent avoir un effet faible à modéré non seulement sur les connaissances en santé, les croyances et les attitudes, mais aussi sur le comportement (Noar, 2006). Compte tenu du potentiel immense de ces campagnes (plusieurs milliers de personnes touchées), un effet petit à modéré aura plus d'impact sur la santé publique qu'une approche de longue portée qui ne toucherait qu'un petit nombre.

Mobilisation sociale : La mobilisation sociale rassemble les secteurs concernés (organisations, décideurs, réseaux et communautés) afin de sensibiliser les individus et les groupes et les inciter à l'action, à la création d'un environnement favorable, ainsi qu'au changement social et comportemental.

Médias moyens : La portée des médias moyens est inférieure à celle des médias de masse ; ils englobent les affiches, brochures et panneaux d'affichage.

Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation (M&E - Monitoring and evaluation) constituent un enjeu stratégique de toute activité de programme, car ils fournissent des informations sur la progression du programme en termes d'atteinte des objectifs définis.

Si la planification de suivi et d'évaluation (M&E) doit être intégrée à la stratégie de communication, il ne s'agit pas d'élaborer un plan de suivi complet lors du développement de la stratégie, par ex., indicateurs, échantillons, outils, personnes chargées du suivi, fréquence de recueil de données. Au cours de celle-ci, il convient de se concentrer sur les indicateurs à intégrer dans le plan du programme. Les indicateurs M&E doivent être élaborés à partir d'une recherche formative et indiquer si les messages clés et les stratégies ont l'effet désiré sur le public visé.

Un plan complet M&E doit ensuite être bâti dans un document de programme distinct. L'élaboration d'un plan M&E doit spécifier les indicateurs à surveiller, les modalités et la périodicité du recueil des données, et le traitement appliqué aux données

suite à leur analyse. De nombreuses sources de données peuvent servir à recueillir des données M&E. Il est important d'évaluer le champ d'action et le contexte du programme afin d'appliquer la méthodologie la mieux adaptée, car les coûts, les moyens humains et les exigences technologiques de ces activités peuvent varier. Si certaines options M&E à coût réduit permettent d'identifier des tendances en matière de demande de services, elles sont peut-être incapables de fournir des résultats approfondis sur les conséquences des activités et la fonction du programme. Pour mesurer les causes et conséquences, il convient de mener des activités de recueil de données spécifiques au programme à des fins d'évaluation. Le Tableau 2 ci-dessous comporte des exemples d'options à coût réduit et à coût élevé.

Si le recueil de données M&E tend à focaliser l'attention, le processus d'analyse et d'étude des données collectées ne doit pas être en reste. Les données M&E doivent permettre d'informer sur les modifications du programme et l'élaboration de nouveaux programmes. Pour garantir la diffusion régulière des indicateurs M&E, il est préférable d'élaborer ces processus d'étude au sein d'activités de gestion de programme.

Tableau 2 : Exemples d'options à coût réduit et à coût élevé de M&E pour la création de la demande.

Option à coût réduit : L'option à coût réduit utilise des sources de données et des opportunités existantes pour acquérir des informations sur le programme et son rôle dans les changements en matière de demande ou d'adoption. Toutefois, elle permet uniquement d'identifier les tendances et n'offre pas la possibilité d'attribuer les changements à un programme ou une activité de programme en particulier.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût réduit :

- Les statistiques de service (informations issues du milieu hospitalier et des prestataires, telles que les fiches de référence et les registres de présence).
- Les statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience recueillie par les activités de médias).
- Les enquêtes omnibus (ajout de questions liées à l'exposition et l'impact d'un programme).
- Données auto-déclarées par les prestataires (enquêtes de petite taille auprès des prestataires sur les services fournis).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis).
- EDS (tendances de la prévalence et des méthodes de contraception — environ tous les cinq ans).

Option à coût élevé : Une option à coût élevé recourt à des enquêtes représentatives spécifiques au programme et d'autres méthodes de recueil des données pour acquérir des connaissances approfondies sur les effets du programme et son fonctionnement.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût élevé :

- Les statistiques de service (informations issues du milieu hospitalier et des prestataires, telles que les fiches de référence et les registres de présence).
- Les statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience recueillie par les activités des médias).
- Les données auto-déclarées par les prestataires (enquêtes auprès des prestataires sur les services fournis).
- Les grandes enquêtes nationales adaptées au programme (axées sur les problèmes liés aux connaissances, aux perceptions, à l'acceptation et à l'utilisation de l'amoxicilline contre la diarrhée).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis, reportage photo, visites d'observation).
- Les entretiens finaux des clients (ils évaluent la satisfaction des utilisateurs des services reçus, notamment la perception, l'expérience et les intentions)

Indicateurs

Les indicateurs M&E doivent inclure des indicateurs de processus, de portée et d'impact.

Indicateurs de processus	Indicateurs de portée du programme	Indicateurs de portée sur les comportements	Indicateurs d'impact sanitaire
Évalue dans quelle mesure les activités de création de la demande ont été implémentées telles que prévues.	Évalue les modifications d'opportunité des publics, la capacité et la motivation à utiliser l'amoxicilline et la corrélation entre ces changements et l'exposition au programme.	Évalue les changements de comportement des publics et la corrélation entre ces changements et l'exposition au programme.	Évalue les changements en matière de santé.
Exemple : Nombre de séances de CIP effectuées avec des soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans sur l'utilisation de l'amoxicilline contre la pneumonie infantile.	Exemple : Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans qui connaissent les signes et symptômes de la pneumonie infantile.	Exemple : Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de cinq ans qui ont utilisé de l'amoxicilline pour traiter la pneumonie infantile.	Exemple : Réduction de la mortalité par pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.

Les points clés à considérer lors de l'élaboration d'indicateurs comprennent :

Ventilation des données par groupes : Pour améliorer l'utilité des données M&E, les indicateurs doivent être ventilés par groupes afin de permettre une analyse plus approfondie des performances du programme. Il est conseillé de désagréger les indicateurs par facteur, comme le sexe, l'âge, la situation géographique, etc.

Biais : Voici des biais statistiques courants que doivent connaître les programmeurs lors de la conception, la mise en œuvre et l'interprétation du M&E :

- *Le biais d'autosélection* : par exemple, un soignant qui a précédemment recherché et reçu un

traitement contre la pneumonie d'un enfant pourrait être plus intéressé et disposé à répondre à une enquête sur la pneumonie infantile qu'un autre soignant qui n'a jamais été confronté à ce cas.

- *Le biais de désirabilité sociale* : suite à l'exposition à des initiatives de promotion sanitaire, les publics visés peuvent se sentir contraints de donner les « bonnes réponses » aux questions, notamment en faisant état de leurs attitudes positives à l'égard d'un produit alors qu'ils n'en sont pas totalement convaincus. Comme les interventions pour créer de la demande tendent à définir des normes sociales positives, le biais de désirabilité sociale constitue un véritable défi pour le M&E.

Exemple d'une stratégie de communication pour l'amoxicilline



Étape 1 : Analyser la situation

Reportez-vous à la page 15 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 1 » du I-Kit (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step1/>) où vous trouverez d'autres ressources.

État de la santé et des produits

**La majorité des informations de cette section constituent une analyse au niveau mondial à des fins d'illustration. L'analyse de la situation de chaque pays doit se concentrer sur le contexte local.*

Contexte sanitaire

D'après les estimations, 1,36 million d'enfants meurent tous les ans d'une simple pneumonie². La majorité de ces décès (60 pourcent) surviennent dans 10 pays seulement : Inde, Nigéria, République démocratique du Congo (RDC), Pakistan, Éthiopie, République Unie de Tanzanie, Ouganda, Bangladesh, Kenya et Niger. Une attention et un investissement supplémentaires sont nécessaires pour développer à grande échelle un traitement efficace contre la pneumonie et la diarrhée, qui jusqu'à présent, ont fait l'objet de peu de considération et de financement. Des outils diagnostiques et des traitements abordables existent.

La pneumonie est une infection des poumons, qui se remplissent de pus et de liquide, ce qui gêne la respiration et limite l'absorption de l'oxygène. Dans les pays en voie de développement, les bactéries pathogènes *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) et *Streptococcus pneumoniae* sont deux des causes les plus fréquentes de pneumonie ; cette maladie peut avoir une cause virale, bactérienne ou fongique. Les agents pathogènes responsables de la pneumonie sont transmis par voie aérienne, par voie sanguine ou dans la filière génitale pendant l'accouchement (UNICEF, 2006). Parmi les facteurs de risque rendant les enfants plus vulnérables à cette infection, se trouvent les suivants : malnutrition et carence en zinc, maladies évitables par la vaccination (p. ex., rougeole et coqueluche), infection par le VIH et la tuberculose, diarrhée, faible poids à la naissance, allaitement maternel non exclusif pendant les six premiers mois de vie, pollution de l'air intérieur, manque d'hygiène et surpeuplement (OMS, 2013).

Le diagnostic de pneumonie est confirmé par des radiographies et des analyses biologiques. Toutefois, dans les milieux défavorisés, la pneumonie est fréquemment diagnostiquée du fait des symptômes cliniques. Les symptômes cliniques majeurs de pneumonie sont la fièvre, la toux et une respiration rapide ou dyspnée. Les cas de pneumonie sévère sont diagnostiqués lorsque les enfants présentent à l'inspiration un enfoncement ou une rétractation de la cage thoracique ou un stridor (bruit aigu) en plus des symptômes de fièvre, toux et respiration rapide ou dyspnée. Le diagnostic de respiration rapide ou de dyspnée est posé par comptage du nombre d'inspirations par minute ; le seuil de diagnostic de respiration rapide dépend de l'âge de l'enfant (voir le tableau ci-dessous). Dans le tableau ci-dessous, la pneumonie et la pneumonie sévère sont classées en fonction des signes et des symptômes (UNICEF, 2006).

Classification et traitement de la pneumonie en fonction des signes et symptômes

Signes	Grade	Traitement
Respiration rapide (voir ci-dessous) Rétractation de la cage thoracique Stridor (chez l'enfant au repos)	Pneumonie sévère	Aller d'urgence à l'hôpital pour obtenir des antibiotiques injectables et de l'oxygène si nécessaire. Administer la première dose de l'antibiotique approprié.
Respiration rapide (voir wci-dessous)	Pneumonie non sévère	Prescrire l'antibiotique approprié. Conseiller à la mère d'autres mesures utiles et lui préciser sous quel délai elle devra revenir avec l'enfant pour le suivi.
Pas de respiration rapide	Autre maladie respiratoire	Conseiller à la mère d'autres mesures utiles et lui préciser sous quel délai elle devra revenir avec l'enfant si les symptômes persistent ou s'aggravent.

Qu'appelle-t-on respiration rapide ?

Si l'enfant est âgé de...	Sa respiration est rapide si vous comptez...
2 à 12 mois	50 respirations ou plus par minute
12 mois à 5 ans	40 respirations ou plus par minute

Source : UNICEF, 2006.

²Cette stratégie fournit des orientations sur l'augmentation de la demande d'amoxicilline spécifiquement dans le traitement de la pneumonie infantile. Dans ce document, les termes « pneumonie » et « pneumonie infantile » sont synonymes.

La pneumonie non sévère chez l'enfant de moins de 5 ans peut être traitée par de simples antibiotiques. Ces derniers, notamment l'amoxicilline, permettent de prévenir la plupart des décès attribuables à la pneumonie et ne coûtent qu'entre 0,21 \$ et 0,42 \$ environ par schéma thérapeutique. Malgré l'existence de ce traitement simple et peu coûteux, de nombreux enfants dans le besoin en sont privés : 30 pourcent seulement des enfants atteints de pneumonie reçoivent un antibiotique (UNICEF, 2011).

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommandent trois stratégies essentielles pour réduire les décès par pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans :

1. Garantir que tous les soignants reconnaissent les signes potentiels de pneumonie chez les enfants, à savoir la toux et une respiration rapide ou une dyspnée (UNICEF, 2006).
2. S'assurer que tous les enfants présentant des signes de pneumonie sont correctement diagnostiqués par des professionnels de santé expérimentés. L'OMS précise que les soins adéquats sont ceux fournis par un prestataire qui est en mesure de diagnostiquer et traiter correctement la pneumonie, ce qui inclut notamment les prestataires travaillant en milieu hospitalier et en centre de santé, ainsi que des ASC formés et des prestataires travaillant en cliniques privées (UNICEF, 2006).
3. S'assurer que tous les enfants dont la pneumonie a été diagnostiquée sont placés rapidement sous un antibiotique efficace (UNICEF, 2011).

Dans les zones où le paludisme est endémique, les symptômes de pneumonie peuvent être confondus avec ceux de paludisme chez l'enfant. La fièvre est un symptôme commun au paludisme et à la pneumonie. Tandis que la fièvre ou des antécédents de fièvre chez l'enfant sont souvent des critères cliniques suffisants pour diagnostiquer et traiter le paludisme, un diagnostic de paludisme reposant sur la fièvre n'exclut pas la recherche des symptômes de pneumonie. En outre, chez l'enfant la pneumonie et le paludisme peuvent provoquer des symptômes de toux et de respiration rapide. Dans une zone où le paludisme est endémique, un enfant souffrant de fièvre, de toux et de respiration rapide ou de dyspnée peut être atteint des deux maladies (UNICEF, 2004). Dans les zones de paludisme endémique, il est préférable d'inciter les soignants et les prestataires à rechercher des symptômes de pneumonie ; les prestataires sont formés à la recherche d'infection concomitante.

Des programmes pilotes et de recherche démontrent l'efficacité de certaines approches pour développer l'utilisation de traitements tels que l'amoxicilline et un nombre croissant de pays développent des programmes de gestion des cas à base communautaire intégrés. Toutefois, ceux-ci nécessitent un fort appui des systèmes pour toucher la majorité des enfants nécessitant. Des programmes complets et ambitieux conçus pour s'appuyer sur ces projets initiaux sont essentiels pour atteindre l'objectif 4 du Millénaire (réduire des deux-tiers le taux de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans d'ici à la fin 2015).

Situation du produit

Les directives les plus récentes de l'OMS en matière de médecine pédiatrique recommandent comme traitement de référence l'amoxicilline en cas de pneumonie non sévère chez l'enfant de moins de cinq ans. L'OMS recommande la posologie suivante d'amoxicilline chez les enfants atteints de pneumonie :

- Si la prévalence de VIH est inférieure à cinq pourcent : 40 mg/kg/dose, deux fois par jour, pendant trois jours.
- Si la prévalence de VIH est supérieure à cinq pourcent : 40 mg/kg/dose, deux fois par jour, pendant cinq jours.

[Source : Every Woman Every Child, s.d. <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/305-amoxicillin--product-profile-> - en anglais]

En dépit de la grande disponibilité et du prix relativement abordable des antibiotiques à large spectre, seulement 27 pourcent des enfants souffrant de pneumonie dans les pays en voie de développement bénéficient d'un traitement antibiotique approprié (UNICEF, 2006). Dans la plupart des cas, ils sont traités avec des médicaments inadaptés et inefficaces, car les agents de santé ne connaissent pas ou n'acceptent pas les protocoles de traitement conventionnels et ne suivent pas les recommandations nationales relatives au traitement efficace de la pneumonie infantile. Les gestionnaires de programme signalent que les prestataires de soins de santé ignorent souvent que la formulation pédiatrique de l'antibiotique recommandé pour le traitement de la pneumonie est disponible à un prix abordable (PSI, 2013).

Des études ont démontré que le schéma thérapeutique reposant sur le cotrimoxazole est aussi efficace contre la pneumonie que le traitement à base d'amoxicilline, à coûts identiques ; le cotrimoxazole est toutefois de plus en plus réservé au traitement des infections opportunistes liées au VIH et les recommandations préconisent de ne pas l'utiliser dans les programmes de gestion des cas de pneumonie (OMS, 2011).

Des kits de traitement préconditionnés contre la pneumonie sont désormais disponibles dans certains pays, comme le Myanmar, l'Ouganda et Madagascar. Les kits préconditionnés contiennent le nombre de comprimés ou le volume de sirop nécessaire au traitement complet d'un enfant, sous forme adaptée à la population pédiatrique (ex., aromatisé, dispersible). Les emballages contiennent des modes d'emploi illustrés pour faciliter la compréhension des posologies et le respect des schémas thérapeutiques par les soignants et les ASC.

L'OMS a récemment recommandé de recourir à des antibiotiques dispersibles, formulation la plus pratique chez l'enfant. L'amoxicilline est conditionnée sous forme de plaquettes thermoformées de 10 comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg. Le coût moyen d'un traitement varie de 0,23 \$ à 0,44 \$ par enfant âgé de 2 à 11 mois, et de 0,46 \$ à 0,63 \$ par enfant de 12 à 59 mois. Une préparation minimale est requise avant la prise d'un CD : il pourra être avalé immédiatement et facilement après avoir été dissous dans un petit volume d'eau. Cela évite de casser ou d'écraser les comprimés avant de les donner à l'enfant. En outre, les comprimés dispersibles sont aromatisés, ce qui masque le goût d'antibiotique et facilite l'administration aux enfants. La forme dispersible n'est cependant pas disponible partout et des demandes d'autorisation ont été déposées dans de nombreux pays.

Analyse du public et de la communication

Selon une synthèse mondiale récente des données probantes sur la création de la demande, 37 articles soumis à comité de lecture, articles non publiés et rapports entre 2003 et 2013 traitent spécifiquement de la création de la demande d'amoxicilline pour traiter la pneumonie infantile. Les données probantes provenaient principalement de pays d'Afrique subsaharienne ; quelques études concernaient l'Asie (HC3, 2013).

Trois déterminants principaux de la demande et de l'utilisation de l'amoxicilline étaient identifiés dans cette recherche :

Le manque de connaissances des soignants est un obstacle fréquent à la recherche rapide de soins contre la pneumonie, notamment la méconnaissance des signes et symptômes, des différences entre le paludisme et la pneumonie, de la sévérité des symptômes et des avantages des antibiotiques (Bedford, 2012a-c ; Mulholland, Smith, Carneiro, Becher, & Lehmann, 2008 ; Ogunlesi, Runsewe-Abiodun & Olanrewaju, 2010 ; Taffa & Chepngeno, 2005 ; entre autres). Dans de nombreux pays, les croyances culturelles jouent un rôle prépondérant dans les décisions prises par les soignants. Par exemple, selon plusieurs études menées au Kenya et en Inde, des soignants peuvent croire que la pneumonie a des causes surnaturelles ou d'autres causes non médicales, et par conséquent, qu'elle ne peut pas être traitée par des médicaments modernes (Bedford, 2012a-c ; Irimu et al., 2008 ; entre autre). Bien que de nombreux auteurs aient souligné la nécessité d'adopter des stratégies de formation et de communication à même de défaire ces croyances culturelles bien ancrées, aucune méthode ou stratégie idéale n'a été clairement définie. Par exemple, le simple fait de substituer aux croyances traditionnelles des phénomènes scientifiques a peu de chance de faire écho au sein du public visé.

Manque d'informations médicales au niveau communautaire. Une étude de Mulholland et ses collaborateurs (2008) a relevé l'accès inéquitable aux messages sur la santé infantile, notamment dans les zones les plus reculées, où ceux-ci n'étaient pas reçus par les mères. Au Kenya, les soignants ont ressenti une pénurie générale d'éducation sanitaire au niveau de la communauté concernant la pneumonie, la prise en charge médicale à domicile, le moment de la recherche de soins et le coût du traitement. Lorsque celle-ci était disponible, les principaux messages sont apparus confus et difficiles à mémoriser (Bedford, 2012a). Au Niger, au Nigeria et en Ouganda, le manque de connaissances et d'implication des hommes dans les soins infantiles a constitué un obstacle à la recherche de soins contre la diarrhée, la pneumonie et le paludisme

(Bedford, 2012b, 2012c ; Mbonye, 2003). Toutefois, au Nigeria et au Kenya, les soignants autres que les mères, notamment les hommes et d'autres membres de la famille, pensaient que l'éducation sanitaire ne concernait que les femmes (Bedford, 2012a ; Ebuehi et Adebajo, 2010).

Manque d'accès aux soins, du fait de l'éloignement géographique, du coût et de la disponibilité de l'amoxicilline. Les antibiotiques, y compris l'amoxicilline, sont généralement largement disponibles ; sous forme dispersible, recommandée par l'OMS, ils sont toutefois encore absents dans de nombreux pays. Au Kenya et en Inde, on a observé que l'éloignement des structures sanitaires et l'impossibilité d'assumer le coût du traitement empêchaient les soignants de rechercher des soins. De même, plus les revenus étaient importants, plus la recherche de soins était élevée (Burton et al., 2010 ; Mathew et al., 2011 ; Mbagaya et al., 2005 ; Mulholland et al., 2005 ; Taffa & Chepngeno, 2005). En Sierra Leone et en Ouganda, la qualité des structures sanitaires étant perçue comme mauvaise, les soignants ne recherchaient pas de traitement approprié (Concern Worldwide, 2010 ; Hildenwall et coll., 2009 ; Kallander et coll., 2008 ; Mbonye, 2003). C'est pourquoi, au Kenya, au Nigeria, en Sierra Leone et en Ouganda, les soignants se sont le plus souvent rendus dans des structures sanitaires privées (Amuyunzu-Nyamongo et Nyamongo, 2006 ; Mbagaya et al., 2005 ; entre autres).

Exemple d'organisation des informations

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Utilisateur final/ membres de la communauté (par ex., femmes, hommes, soignants)	<p>Les soignants en charge d'enfants de moins de cinq ans ne connaissent pas les signes et symptômes, ni le degré d'urgence du traitement.</p> <p>Dans de nombreuses cultures, les soignants croient que les causes de la pneumonie sont surnaturelles et qu'on ne peut pas traiter cette maladie.</p>	<p>Le manque de connaissance des signes et symptômes de la pneumonie retarde la recherche de traitement.</p> <p>L'éloignement des structures sanitaires, le coût du transport, la perception de la qualité des services, le coût du traitement.</p> <p>Croyances culturelles dans les causes et le traitement de la pneumonie.</p>	<p>L'efficacité du traitement et le rétablissement de l'enfant peuvent faire reculer des croyances culturelles.</p>
Prestataires (publics et privés, cliniciens et communautaires)	<p>Les prestataires non cliniciens ne connaissent pas le traitement à utiliser (médicament et posologie).</p> <p>Les agents de santé communautaires ne sont pas autorisés à utiliser des antibiotiques dans de nombreux pays et contextes.</p> <p>Dans les zones d'endémie du paludisme, la fièvre est associée principalement à cette maladie, au risque de faire oublier le diagnostic de pneumonie.</p>	<p>Éloignement des hôpitaux et des prestataires qualifiés.</p> <p>Les prestataires communautaires peuvent ne pas connaître les signes et symptômes de la pneumonie et le traitement à utiliser ; le traitement peut être retardé.</p>	<p>L'amélioration des diagnostics et des traitements, notamment du diagnostic d'infections concomitantes dans les zones de paludisme endémique, contribuera à accroître la confiance des patients dans les prestataires.</p> <p>Davantage d'enfants recevront le traitement approprié et guériront.</p>

Étape 2 : Définir une vision

Reportez-vous à la page 18 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 2 » du I-Kit (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step2/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Exemple de vision

- Les soignants des enfants de moins de 5 ans reconnaissent les symptômes et recherchent immédiatement des soins contre la pneumonie.
- Des prestataires de soins diagnostiquent et traitent correctement la pneumonie avec de l'amoxicilline (CD).

Étape 3 : Choisir les publics visés

Reportez-vous à la page 18 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 3 » du I-Kit (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step3/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Les segments Publics principaux et Publics d'influence

Publics principaux

- *Public principal 1* : soignants d'enfants de moins de 5 ans
- *Public principal 2* : ASC
- *Public principal 3* : prestataires non cliniciens, notamment propriétaires et personnel de pharmacies et de magasins locaux (publics et privés) ; selon le pays, les prestataires non cliniciens peuvent constituer un public d'influence
- *Public principal 4* : prestataires cliniciens (publics et privés) ; selon le pays, les prestataires cliniciens peuvent constituer un public d'influence

Publics d'influence

- *Public d'influence 1* : famille élargie/belles-mères/membres de la communauté

Bien que les représentants et décideurs des systèmes de santé constituent potentiellement des publics d'influence importants, ils ne sont pas intégrés dans cette stratégie de communication. Les principaux messages de plaidoyer sur l'amoxicilline se trouvent dans *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children and Newborns: An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : kit d'outils de plaidoyer - en anglais)* qui fournit des ressources pour utiliser la plateforme de la Commission afin de favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Voir <http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>.

Profils des publics

Public principal 1 : soignants en charge d'enfants de moins de cinq ans



Bina, 21 ans, jeune mère vivant dans la banlieue de Katmandou, au Népal

Bina a deux enfants, de quatre mois et 3 ans. Elle vit avec sa famille à proximité de nombreux autres parents ; leur opinion influence très largement la façon dont Bina soigne ses enfants. Elle s'occupe bien de ses enfants et cultive un petit jardin. Son mari est ouvrier et c'est son salaire qui fait vivre la famille. Une femme ASC vient en visite dans le quartier plusieurs fois par an ; Bina l'admire car elle est instruite et voyage. L'ASC a récemment expliqué qu'en cas de respiration rapide, les enfants devaient être conduits rapidement au centre de santé. Par le passé, la fille aînée de Bina, malade, avait une respiration rapide, et sa mère voulait la conduire chez le médecin. Des amis et voisins lui ont dit que les médicaments occidentaux ne pouvait rien contre une respiration rapide ; elle a donc utilisé un remède traditionnel et sa fille s'est rétablie lentement. Même si Bina admire l'ASC, elle ne sait pas ce qu'elle devra faire si ses enfants sont de nouveau malades.



Neha, 29 ans, mère de trois enfants en zone rurale d'Haripur, au Pakistan

Neha vit avec son mari, ses trois enfants, âgés de deux mois, 3 et 5 ans, sa belle-mère et son beau-frère. Elle doit faire la cuisine pour la famille, nettoyer la maison et la cour, élever ses enfants et s'occuper de sa belle-mère. Son mari est agriculteur et lorsqu'il en a l'occasion, il travaille dans la construction pour avoir un revenu complémentaire. Neha cuisine sur un feu de bois et de bouse ; elle cuisine à l'intérieur lorsqu'il fait froid. Elle pense que la fumée du feu peut faire tousser ses enfants et provoquer des problèmes respiratoires. Sa fille de 3 ans a récemment eu de la fièvre et avait la respiration rapide, mais Neha et son mari pensaient que ce n'était pas grave et n'ont pas recherché des soins immédiatement. Au bout d'un jour ou deux, elle a demandé conseil à l'ASC, qui n'a pas pu poser de diagnostic et l'a envoyée à la clinique. Du fait de la distance et de l'attente importante, Neha hésitait à aller à la clinique. Mais lorsque sa fille a commencé à avoir des difficultés respiratoires, elle a demandé à son mari de se rendre à la clinique. Il était contre, mais il a accepté. Le médecin a diagnostiqué un paludisme et a fourni le traitement. L'état de la fillette s'est aggravé. Ils sont retournés à la clinique et un autre médecin a diagnostiqué une pneumonie et a remis à Neha une ordonnance d'amoxicilline. Elle avait peur de poser trop de questions et ne savait pas comment donner le traitement à sa fille.

Public principal 2 : agents de santé communautaires



Kanta, 43 ans, agent de santé communautaire au Bangladesh

Kanta est ASC en zone rurale au nord du Bangladesh. Elle a trois enfants, âgés de 5, 8 et 10 ans. Elle a été choisie par les leaders communautaires pour suivre une formation d'éducateur sanitaire ; une NGO lui verse désormais une petite rémunération et elle reçoit chaque trimestre la visite d'un superviseur. Elle se rend chez les habitants et organise des réunions publiques portant principalement sur la santé infantile, le paludisme, la diarrhée et la pneumonie. Les femmes ont confiance en Kanta ; elle est maintenant reconnue et bien accueillie dans les villages. Les femmes sont toutefois souvent opposées à l'achat d'antibiotiques en cas de pneumonie, car elles pensent que cette maladie a des causes surnaturelles et ne peut pas être soignée. Elle apprécie le traitement préconditionné car la prise du médicament est simple à expliquer et la posologie est facile à retenir.

Public principal 3 : prestataires non cliniciens



Issa, 29 ans, employé dans une pharmacie de Bamako, au Mali

Issa gère une petite pharmacie aux environs de Bamako, au Mali. Son père, pharmacien qualifié, possède plusieurs pharmacies dans la région. Issa est très fier des connaissances qu'il a acquises auprès de son père sur les causes et le traitement de maladies fréquentes. Il sait que la communauté respecte son savoir et qu'il est souvent la première personne consultée par les familles pour un avis médical. Il a suivi une formation sur le traitement des maladies infantiles dans le cadre de plusieurs programmes d'ONG, notamment sur la prescription de polythérapies à base d'artémisinine (ACT) contre le paludisme et d'amoxicilline contre la pneumonie ; il apprécie les outils fournis par les ONG pour expliquer les posologies aux parents. Issa sait que l'amoxicilline est le traitement à utiliser en cas de pneumonie, mais de nombreux clients lui demandent un traitement contre le paludisme dès lors que leur enfant a de la fièvre, même si l'enfant tousse et a une respiration rapide, car ils ont confiance dans le traitement antipaludéen. Comme il gagne davantage d'argent en vendant des ACT et qu'il ne veut pas faire d'erreur de diagnostic, il vend ce que les clients lui demandent. Des représentants de laboratoires pharmaceutiques assurent également des formations, lui offrent des cadeaux, notamment des objets promotionnels pour décorer sa boutique, des stylos et des blocs-notes. Ces représentants sont bien informés, amicaux et lui proposent des incitations à la prescription de leurs médicaments ; Issa suit donc régulièrement leurs conseils.

Public principal 4 : prestataires cliniciens



Dr Simaret, MBBS, 38 ans, médecin dans les environs d'Addis-Abeba, en Éthiopie

Le Dr Simaret exerce dans l'une des structures sanitaires les plus actives à proximité d'Addis-Abeba, en Éthiopie ; elle dirige une petite clinique privée le soir et les week-ends. Elle se tient informée en assistant à des conférences et en suivant des formations proposées par le gouvernement ; elle est membre de l'association locale des médecins. Le Dr Simaret est très concernée par ses patients, en particulier les jeunes mères, et tient à leur faire bénéficier des meilleurs soins possibles. Cependant, en voyant en consultation plus de 50 patients par jour, elle ne peut pas passer autant de temps qu'elle le souhaiterait à éduquer ses patients. La pneumonie est l'une des maladies qu'elle traite le plus fréquemment et même si les agents sanitaires recommandent aux mères de consulter immédiatement, les enfants arrivent souvent en consultation plusieurs jours après la déclaration de la maladie. Elle a récemment appris que les nouvelles recommandations privilégient l'amoxicilline, mais elle n'est pas convaincue que ce soit le meilleur traitement ; en effet, elle prescrit depuis longtemps d'autres antibiotiques et des sirops contre la toux dans les cas de pneumonie. Le Dr Simaret craint que si elle suit les nouvelles recommandations et que les enfants ne guérissent pas complètement, sa réputation en souffrira ; sa clinique privée pourrait alors perdre des patients.

Public d'influence 1 : membres de la famille élargie et de la communauté



Mme Bekele, 57 ans, belle-mère vivant à Asella, en Éthiopie

Mme Bekele est très fière que son fils soit marié, père de deux enfants et puisse faire vivre sa famille grâce à son emploi. Sa belle-fille est respectueuse et tient bien la maison ; elles s'entendent bien. Mme Bekele a élevé quatre enfants, tous en bonne santé, en demandant à sa propre belle-mère conseils et remèdes et elle souhaite maintenant que sa belle-fille lui demande son avis au lieu de dépenser de l'argent en consultations médicales. Elle pense que la toux et les problèmes respiratoires sont le fait du mauvais œil et que sa belle-fille doit faire en sorte que ses enfants ne soient pas atteints. Mme Bekele tient à préserver la réputation de sa famille et ne veut pas que sa belle-fille sorte trop souvent de la maison car cela engendrerait des médisances dans le voisinage. Mme Bekele regarde la télévision et parle chaque matin avec ses amis à l'église ; ils parlent tous de leur famille.

Étape 4 : Définir la stratégie des messages

Reportez-vous à la page 20 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 4 » du I-Kit (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step4/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Public principal 1 : soignants d'enfants de moins de 5 ans

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans qui :

1. Reconnaittent les signes et symptômes de pneumonie infantile et recherchent d'urgence un traitement auprès d'un prestataire de soins.
2. Comprennent que la pneumonie infantile peut être mortelle, mais qu'elle peut être traitée par des antibiotiques.
3. Savent où trouver un traitement de qualité contre la pneumonie infantile.
4. Reçoivent un diagnostic et un traitement appropriés de la part d'un prestataire de soins qualifié.

Positionnement

Les mères bienveillantes savent que la toux, la fièvre et une respiration rapide sont des signes de pneumonie chez l'enfant ; elles sont suffisamment autonomes pour aller chercher au plus vite un traitement afin que leur enfant puisse guérir.

Promesse clé

La toux, la fièvre et une respiration rapide sont des signes de maladie grave pouvant être guérie grâce à un traitement immédiat fourni par un prestataire de soins.

Déclaration de soutien

Le Ministère de la Santé recommande d'utiliser des antibiotiques pour guérir les enfants de moins de 5 ans atteints de pneumonie.

Messages clés

Les informations vitales et les messages clés doivent être simples, faciles à comprendre et à mémoriser, surtout lorsqu'il s'agit de la posologie et de la durée du traitement.

Exemples de messages clés :

- Chez le jeune enfant, toux et respiration rapide sont des signes de pneumonie, une maladie grave ; les mères ou les soignants doivent rechercher immédiatement un traitement médical.
- Si l'enfant a de la fièvre, les mères ou les soignants doivent demander au prestataire de rechercher des signes de pneumonie (surtout dans les zones où le paludisme est endémique).
- Chez le jeune enfant, la toux et une respiration rapide peuvent être guéries par des antibiotiques ; les mères ou les soignants doivent tout de suite consulter un prestataire pour obtenir un traitement.
- Dans cette communauté, les mères demandent immédiatement un traitement à un prestataire de soins lorsqu'un enfant tousse et a une respiration rapide.
- Le traitement contre la toux, la fièvre et une respiration rapide chez l'enfant est fiable, abordable et efficace.

Un examen global des données probantes (HC3, 2013) a identifié peu d'éléments permettant de déterminer précisément les messages des campagnes de communication qui avaient davantage permis d'augmenter la recherche de traitement contre la pneumonie ou la demande d'amoxicilline/d'antibiotiques pour traiter la pneumonie. Mais d'après les données probantes dont on dispose, l'expérience des programmes et les campagnes réussies sur le traitement du paludisme, le groupe de travail sur la pneumonie et la diarrhée de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (UNCoLSC) a indiqué que les éléments essentiels des messages clés destinés aux soignants étaient les suivants :

- Reconnaissance des symptômes.
- Recherche immédiate d'un traitement.

Messages clés (suite)

Pour le choix des messages clés, le groupe de travail sur la pneumonie et la diarrhée recommande une recherche formative sur la qualité des diagnostics et des prescriptions obtenus par les soignants qui recherchent un traitement.

- Si l'on peut considérer que les soignants qui recherchent un traitement obtiendront un diagnostic et un traitement corrects, les messages doivent mettre l'accent sur la recherche d'un traitement.
- Si l'on craint que les symptômes ne soient pas reconnus et que le diagnostic soit erroné, les messages doivent mettre l'accent sur la recherche de signes de pneumonie.

Dans les zones où le paludisme est endémique, il peut être courant désormais que les parents aillent chercher un traitement lorsque leurs enfants ont de la fièvre. Cependant, il n'est pas aussi fréquent que les prestataires recherchent des symptômes de pneumonie. Le message clé destiné aux soignants doit donc être le suivant : « Si votre enfant a de la fièvre, consultez immédiatement un praticien pour savoir s'il s'agit d'une pneumonie ou de paludisme. » Enfin, le groupe de travail sur la pneumonie et la diarrhée recommande d'utiliser le terme « pneumonie » au lieu de mentionner les symptômes de pneumonie dans les contextes où les symptômes de pneumonie sont facilement reconnus par les soignants.

Public principal 2 : agents de santé communautaires

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage d'ASC qui :

- Sont capables de reconnaître les symptômes de pneumonie chez le jeune enfant (et, si la situation le permet, de distribuer de l'amoxicilline sous forme dispersible en traitement de première intention en cas de suspicion de pneumonie).
- Orientent les soignants vers des prestataires qualifiés en cas de pneumonie sévère du jeune enfant.
- Font preuve de connaissances suffisantes en terme de diagnostic et de traitement (posologie et durée) par amoxicilline en cas de suspicion de pneumonie chez le jeune enfant.

Positionnement

Dans les zones où les ASC sont autorisés à prescrire/distribuer des antibiotiques :

- Des agents de santé respectés savent que la toux, la fièvre et une respiration rapide ou difficile sont des signes de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans et ils gagnent la confiance des membres de la communauté car ils traitent efficacement la pneumonie infantile en utilisant de l'amoxicilline.

Dans les zones où les ASC ne sont pas autorisés à prescrire/distribuer des antibiotiques :

- Des agents de santé respectés savent que la toux, la fièvre et une respiration rapide ou difficile sont des signes de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans et ils gagnent la confiance des membres de la communauté car ils orientent les soignants vers un traitement approprié.

Promesse clé

Les ASC qui offrent un traitement ou un conseil (selon s'ils sont autorisés ou non à traiter par antibiotiques) fiable et efficace en présence de pneumonie chez des enfants de moins de 5 ans sont considérés comme des leaders bien informés dans leur communauté et leurs voisins reviendront régulièrement leur demander des conseils ou des médicaments.

Déclaration de soutien

L'amoxicilline est le traitement recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé contre la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.

Messages clés

Dans les pays où les ASC sont autorisés à distribuer des antibiotiques, le message clé est d'utiliser de l'amoxicilline lorsqu'un enfant présente les symptômes d'une pneumonie :

- Lorsqu'un enfant présente des symptômes de pneumonie, toux, fièvre et respiration rapide ou difficile, l'amoxicilline est le traitement recommandé car elle est efficace et abordable.

Dans les pays où les ASC ne sont pas autorisés à distribuer des antibiotiques, le message clé est d'envoyer l'enfant se faire immédiatement traiter :

- Lorsqu'un enfant présente les symptômes d'une pneumonie, toux, fièvre et respiration rapide ou difficile, les soignants doivent être orientés immédiatement vers une clinique pour obtenir un traitement antibiotique abordable qui permettra de guérir la pneumonie.

Les messages clés destinés aux ASC doivent mettre l'accent sur la connaissance du traitement efficace, en adéquation avec les recommandations nationales, et sur les conseils et orientations judicieux vers des prestataires qualifiés, en soulignant qu'une bonne réputation sera bénéfique à leur travail.

Voici quelques exemples illustratifs :

- La toux, la fièvre et une respiration rapide chez un enfant de moins de 5 ans sont des symptômes de pneumonie qui doivent être traités par de l'amoxicilline (sous forme dispersible).
- Les agents de santé doivent systématiquement conseiller aux soignants de se procurer immédiatement un traitement si leur enfant tousse et a une respiration rapide.

Messages clés (suite)

- Faire une recherche de signes de pneumonie lorsqu'un enfant de moins de 5 ans tousse, a de la fièvre ou une respiration rapide.
- Les agents de santé doivent rechercher des signes de pneumonie car les symptômes sont identiques à ceux du paludisme mais le traitement est différent (dans les zones où le paludisme est endémique).
- L'amoxicilline est le traitement recommandé en cas de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans par le Ministère de la Santé et l'OMS (ou d'autres sources fiables d'informations médicales, comme l'association nationale des pédiatres, etc.).
- Les enfants de moins de 5 ans atteints de pneumonie peuvent bénéficier d'un traitement efficace et abordable grâce à l'amoxicilline.
- Les agents de santé doivent bien préciser aux soignants que le traitement doit être pris en totalité.

Public principal 3 : prestataires non cliniciens (pharmaciens)

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de prestataires non cliniciens (pharmaciens) qui :

1. Font preuve d'une connaissance précise des symptômes et du traitement de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans, notamment de la posologie et de la durée de traitement par amoxicilline.
2. Recommandent correctement et vendent de l'amoxicilline en traitement de première intention en cas de suspicion de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
3. Orientent les soignants vers des prestataires qualifiés en cas de suspicion de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.

Positionnement

Les prestataires bien formés savent que la toux, la fièvre et une respiration rapide ou difficile sont des signes de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans et ils gagnent le respect de leurs clients car ils proposent un traitement efficace et abordable par amoxicilline contre la pneumonie infantile.

Promesse clé

Les prestataires qui proposent un traitement adéquat et efficace contre la pneumonie infantile et orientent correctement les malades auront une clientèle fidèle.

Déclaration de soutien

L'amoxicilline est le médicament recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé dans le traitement de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.

Messages clés

Les messages clés destinés aux prestataires non cliniciens doivent mettre l'accent sur l'amélioration de leur connaissance des signes et symptômes de la pneumonie infantile et du traitement adéquat par amoxicilline. Les prestataires non cliniciens doivent être encouragés à orienter les soignants vers des hôpitaux et des centres de santé pour obtenir un diagnostic et un traitement adéquats, en soulignant que les clients seront fidèles aux prestataires qui proposent les traitements et conseils adéquats.

Voici quelques exemples illustratifs :

- La toux, la fièvre et une respiration rapide sont des symptômes de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Il a été scientifiquement prouvé que l'amoxicilline était le traitement efficace en cas de suspicion de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans. Faire une recherche de signes de pneumonie lorsqu'un enfant tousse, a de la fièvre ou une respiration rapide (pour les prestataires non cliniciens expérimentés).
- Si les soignants veulent obtenir un traitement contre la fièvre de leur enfant, les prestataires doivent également rechercher d'éventuels signes de pneumonie. Les symptômes des deux maladies sont identiques, mais le traitement est différent (dans les zones où le paludisme est endémique).
- Le Ministère de la Santé recommande l'amoxicilline pour traiter la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans (selon le contexte national).
- Les clients font confiance aux prestataires qui proposent un traitement adéquat et les orientent correctement ; ils les recommandent à leur famille et à leurs amis.
- Les prestataires doivent bien préciser aux soignants que le traitement par amoxicilline doit être pris en totalité pour traiter la pneumonie infantile.

Des données probantes issues de programmes de marketing social laissent supposer que pour les prestataires non cliniciens, en particulier les propriétaires de pharmacies et de magasins de médicaments, avoir une bonne réputation est aussi important que faire des profits. Les programmes de communication et les messages clés doivent tenter de répondre au souhait des prestataires d'être reconnus comme professionnels bien informés et à leur besoin de gérer une affaire florissante.

Public principal 4 : prestataires cliniciens

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de prestataires cliniciens qui :

1. Font preuve de connaissances précises des symptômes et du traitement de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
2. Peuvent diagnostiquer correctement la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans et prescrivent en première intention de l'amoxicilline selon une posologie et une durée correctes.

Positionnement

Les médecins et les prestataires cliniciens qui proposent un traitement correct et efficace à base d'amoxicilline contre la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans seront respectés et auront la confiance des membres de leur communauté.

Promesse clé

L'amoxicilline est un traitement efficace et abordable contre la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.

Déclaration de soutien

L'OMS et le Ministère de la Santé préconisent aux prestataires de traiter la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans avec de l'amoxicilline.

Messages clés

Les messages clés destinés aux prestataires doivent mettre l'accent sur l'amélioration de leur connaissance et de leur pratique dans la prise en charge de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans. Les messages doivent souligner que l'amoxicilline est le traitement recommandé. Dans les zones où le paludisme est endémique, les messages clés doivent insister sur la recherche de signes de pneumonie, étant donné que le paludisme et la pneumonie peuvent avoir le même tableau clinique.

Voici quelques exemples illustratifs de messages clés pour les prestataires cliniciens :

- Il a été scientifiquement prouvé que l'amoxicilline était un traitement efficace contre la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
- L'amoxicilline est le traitement de première intention recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé dans le traitement de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
- L'amoxicilline est un traitement efficace et abordable de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
- La toux, la fièvre et une respiration rapide ou difficile sont des symptômes de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans, pouvant être traités efficacement avec de l'amoxicilline.
- Lorsque des enfants présentent de la fièvre, les prestataires doivent rechercher d'éventuels signes de pneumonie, car les symptômes sont similaires à ceux du paludisme, mais le traitement est différent (dans les zones où le paludisme est endémique).
- Les prestataires doivent bien préciser aux soignants que le traitement par amoxicilline doit être pris en totalité.
- Les prestataires qui proposent de l'amoxicilline, traitement approprié de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans, gagneront la confiance et la fidélité de leurs clients.
- Les prestataires doivent systématiquement conseiller aux soignants de rechercher immédiatement un traitement lorsque les enfants toussent et ont une respiration rapide ou difficile.

Une recherche formative spécifique au pays est nécessaire pour comprendre les motivations des prestataires et les obstacles à la prescription de l'amoxicilline en cas de pneumonie afin de créer des messages pertinents qui seront correctement reçus par le public visé.

Public d'influence 1 : membres de la famille élargie et de la communauté

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de membres de la communauté/famille élargie qui :

1. Savent que la toux, la fièvre et une respiration rapide sont des symptômes de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
2. Pensent que la pneumonie infantile est une maladie grave et que les enfants doivent être conduits immédiatement chez un prestataire de soins pour obtenir un traitement.
3. Aident leur famille à obtenir un traitement contre la pneumonie infantile.
4. Encouragent l'utilisation d'amoxicilline contre la pneumonie infantile par rapport à d'autres remèdes ou traitement.

Positionnement

Les membres de la famille élargie/les leaders communautaires gagnent en respect et en influence lorsqu'ils protègent la santé des enfants de leur communauté ; ils encouragent donc les mères de jeunes enfants à rechercher immédiatement un traitement auprès de prestataires de soins expérimentés lorsque les enfants toussent, ont de la fièvre ou une respiration rapide ou difficile.

Promesse clé

Vous pouvez aider les enfants de votre famille/communauté à être résistants et en bonne santé en recherchant rapidement des soins lorsqu'ils toussent, ont de la fièvre et une respiration rapide ou difficile, signes de pneumonie.

Déclaration de soutien

- *Pour les membres de la famille* : une respiration rapide et de la fièvre peuvent être interprétées à tort comme symptômes de paludisme, alors qu'ils peuvent être les signes d'une maladie plus grave appelée pneumonie.
- *Pour les leaders communautaires* : En recommandant un traitement efficace et avéré contre la pneumonie infantile, les leaders communautaires relayent ce que les experts nationaux de la santé préconisent.

Messages clés

Les messages clés pour les familles élargies et les membres de la communauté doivent mettre l'accent sur les avantages de la recherche d'un traitement.

Les messages clés peuvent inclure :

- Les leaders communautaires respectés/les belles-mères bien informées encouragent les soignants à se rendre dans une structure sanitaire lorsque de jeunes enfants toussent, ont de la fièvre et une respiration rapide ou difficile, signes de pneumonie.
- La toux, la fièvre et une respiration rapide sont les signes d'une maladie grave chez le jeune enfant mais qui peut être soignée. Encouragez les jeunes mères de votre famille/communauté à consulter un prestataire de soins pour obtenir un traitement.
- Il existe des médicaments efficaces contre la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Des médicaments efficaces contre la pneumonie de l'enfant de moins de 5 ans sont abordables. Aidez les jeunes mères de votre famille/communauté en leur disant de consulter un prestataire.
- Assistez les jeunes épouses/les familles à obtenir un traitement contre la pneumonie infantile auprès des prestataires.

Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Reportez-vous à la page 21 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 5 » du I-Kit (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step5/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Des suggestions d'approches et d'activités, ainsi que des exemples illustratifs sont présentés ici comme choix possibles pour communiquer les informations sur la recherche de soins et le traitement par amoxicilline aux principaux publics et publics d'influence. Ces suggestions sont un point de départ, et une collaboration étroite avec les professionnels de la communication créative peut aider à assurer que la conception et la réalisation sont innovantes et convaincantes.

Pour planifier une campagne de communication visant à promouvoir l'utilisation de l'amoxicilline :

1. Vérifier que l'amoxicilline est régulièrement disponible dans les secteurs publics et privés et que son prix est abordable. Si la disponibilité du produit fait défaut, la campagne de communication doit être élaborée en coordination avec des stratégies d'amélioration de la disponibilité.
2. Dans de nombreux pays, il n'est pas possible de promouvoir le médicament par l'intermédiaire des médias. Vérifier que les messages relayés par la télévision, les spots radio et d'autres médias sont autorisés/validés avant de préparer une campagne complète.

Médias			
Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Forme abrégée pour les médias	Créer des spots TV/radio pour promouvoir la reconnaissance des symptômes et la recherche de traitement (par ex., montrant clairement les symptômes de la pneumonie, s'adressant à des publics d'influence et recherchant immédiatement un traitement).	Améliorer la connaissance des symptômes, renforcer la croyance en la curabilité de la pneumonie par des médicaments et inciter à une recherche immédiate de traitement.	Soignants Communautés
	Spots publicitaires TV/radio sur des comprimés d'amoxicilline dispersibles à un prix abordable (si la loi le permet).	Améliorer la connaissance des CD et accroître la perception de coût abordable.	Prestataires Soignants Communautés
Forme longue pour les médias	<ul style="list-style-type: none"> Créer des séries dramatiques pour TV/radio en plusieurs épisodes (intégration à d'autres problèmes médicaux de l'enfant). Produire des émissions avec appel en direct. <p><i>Ceci peut être une occasion d'aborder les croyances culturelles, mais une recherche formative de haut niveau serait indispensable.</i></p>	Dépeindre (plutôt que décrire) les comportements souhaités dans la langue et le contexte locaux, stimuler le dialogue social et la communication familiale et modifier les normes sociales.	Soignants Prestataires Communautés
Supports imprimés	Développer/adapter des brochures à emporter et/ou des affiches sur les symptômes et le diagnostic de la pneumonie, la recherche urgente d'un traitement et la localisation du traitement disponible.	Améliorer la connaissance des symptômes de la pneumonie infantile, indiquer où trouver des traitements de qualité, comment utiliser les comprimés dispersibles (s'ils sont disponibles) et quelles posologies utiliser en fonction de l'âge.	Soignants Prestataires Communautés
Médias numériques et santé mobile	<ul style="list-style-type: none"> Produire des SMS visant à améliorer la reconnaissance des symptômes et donnant des informations sur les détaillants et les points de service de santé. Héberger une ligne d'assistance téléphonique « Santé des enfants » pour que les prestataires non cliniciens consultent des prestataires expérimentés (téléphone et/ou SMS). Si le contexte le permet, lancer des plates-formes sur Facebook et autres médias sociaux adaptés pour la communication et l'assistance entre pairs (ex., prestataires en réseau de franchise sociale, pharmaciens, mères). 	Améliorer les prescriptions et stimuler le dialogue social.	Soignants Prestataires

Services au niveau clinique

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Services cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des séances d'éducation sanitaire dans les salles d'attente des cliniques pour promouvoir la reconnaissance des symptômes et faire savoir que la pneumonie se soigne. Produire des vidéos pour les salles d'attente des cliniques sur la reconnaissance des symptômes et la recherche immédiate d'un traitement. Diffuser les informations aux prestataires pour accroître la sensibilisation à l'efficacité de l'amoxicilline et fournir des données probantes par le biais de réseaux ou d'associations de professionnels. Créer un programme de certification avec reconnaissance des prestataires ayant suivi une formation (franchisés). Former les prestataires au conseil individuel pour convaincre les clients de rechercher un traitement rapidement. Créer/adapter des outils professionnels qui mettent l'accent sur le diagnostic et le traitement appropriés de la pneumonie. Établir un système de « supervision et de soutien » qui reconnaît les prestataires les plus performants et aide les autres. 	<p>Accroître la connaissance des symptômes de pneumonie.</p> <p>Améliorer la prescription et le traitement par les cliniciens, avec retentissement sur les détaillants de la communauté.</p> <p>Améliorer la recherche de traitement en identifiant les points d'accès.</p> <p>Reconnaître/identifier les prestataires qualifiés.</p>	Soignants Communautés
Franchisage social/ promotion des services	<p><i>Tous les services cliniques ci-dessus, dans un réseau de cliniques privées</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Instaurer un réseau de prestataires de franchisage social avec des normes de qualité définies. Ajouter des services dans un réseau établi de franchisage social ayant une réputation de soins de qualité élevée. Promouvoir le logo de la franchise à travers les médias des apps médias spécifiques aux emplacements en guise de symbole de soins de qualité élevée. 	<p><i>Tous les objectifs ci-dessus</i></p> <p>Établir des franchises reconnues qui proposent un traitement adéquat et abordable contre la pneumonie.</p>	Soignants Prestataires cliniciens
Enseignement numérique/ à distance	<ul style="list-style-type: none"> Créer des programmes d'apprentissage/de certification à distance sur le traitement adéquat de la pneumonie. Établir un système de « supervision et soutien » destiné aux diplômés des programmes d'enseignement numérique/à distance afin de surveiller la qualité et de récompenser les meilleurs éléments. Créer des clips vidéo courts et des outils professionnels donnant des exemples de conseils, diagnostic et traitement, notamment de prescription d'amoxicilline, pouvant être diffusés via matériel imprimé, vidéos, smartphones et tablettes. 	Améliorer les connaissances et les compétences.	Prestataires cliniciens

Pharmacies

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Représentants médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Créer/adapter des outils professionnels qui mettent l'accent sur le traitement approprié de la pneumonie. • Rendez-vous réguliers dans les pharmacies et les magasins de médicaments, avec utilisation d'outils professionnels et formations courtes (10 minutes) pour éduquer les propriétaires et le personnel sur le traitement de la pneumonie par amoxicilline. • Programme de récompenses et de reconnaissance (supervision et soutien) pour améliorer les diagnostics et le traitement par le personnel de pharmacies et les détaillants. • Dans les zones urbaines, formations ou formations continues avec des pharmaciens qualifiés invités pour informer sur les dernières recommandations nationales et celles de l'OMS ; messages sur la recommandation de l'amoxicilline, la reconnaissance des signes évocateurs de pneumonie et l'orientation des soignants. • Produire des outils de conseil pouvant être utilisés par les pharmaciens/le personnel pour interroger les mères sur les symptômes de leur enfant et recommander des produits. • Créer un programme de certification avec reconnaissance des pharmaciens ou du personnel ayant suivi une formation (franchisés ou détaillants). • Former les pharmaciens/le personnel au conseil individuel afin de convaincre les clients de rechercher un traitement rapidement et/ou de suivre le traitement jusqu'à la fin. • Établir un système de « supervision et de soutien » qui reconnaît les prestataires/détaillants les plus performants et aide les autres. 	<p>Augmenter la prescription/ les ventes d'amoxicilline.</p> <p>Améliorer la connaissance de l'amoxicilline auprès du personnel des pharmacies et des magasins de médicaments, leur connaissance des symptômes de pneumonie et du traitement à suivre.</p> <p>Améliorer les orientations en cas de pneumonie compliquée ou sévère.</p> <p>Améliorer les techniques de conseil prestataire-client pour accroître la capacité à diagnostiquer la pneumonie et à prescrire le traitement adéquat.</p>	Prestataires non cliniciens (propriétaires et personnel de pharmacies et de magasins de médicaments)
Franchisage social avec supervision et soutien	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des réseaux de pharmacies et de magasins de médicaments pour traiter la pneumonie par amoxicilline ; utiliser un logo représentant un symbole de soins de qualité élevée permettant aux soignants de savoir où obtenir un traitement/conseil adéquat. • Utiliser toutes les stratégies recommandées dans la section Représentants médicaux ci-dessus. • Proposer des prix préférentiels sur les produits à base d'amoxicilline aux membres du réseau afin d'accroître leurs marges. • Promouvoir le réseau par le biais des ASC ou autres médias. • Utiliser les représentants médicaux en supervision et soutien, pour vérifier la qualité du diagnostic et du traitement fournis par les membres. 	<p>Augmenter la prescription/ les ventes d'amoxicilline.</p> <p>Améliorer les connaissances.</p> <p>Améliorer les techniques de conseil prestataire-client.</p> <p>Établir un réseau reconnu de pharmacies ou magasins de médicaments proposant un traitement adéquat et abordable contre la pneumonie.</p>	Prestataires non cliniciens (propriétaires et personnel des pharmacies et des magasins de médicaments)
Enseignement numérique/à distance	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec des associations nationales de pharmaciens pour créer des programmes d'apprentissage/de certification à distance sur le traitement adéquat contre la pneumonie, avec certifications et crédits de formation continue. • Former les représentants médicaux à conduire des entretiens individuels courts visant à compléter les programmes d'apprentissage à distance et présentiels destinés au personnel de pharmacies et de détaillants. • Créer des clips vidéo courts et des outils professionnels donnant des exemples de conseils, diagnostic et traitement, notamment de prescription d'amoxicilline, pouvant être diffusés via matériel imprimé, vidéos, smartphones et tablettes. 	Améliorer les connaissances et les compétences.	Prestataires non cliniciens (propriétaires et personnel de pharmacies et de magasins de médicaments)

Services et sensibilisation à base communautaire

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Sensibilisation et développement des capacités des ASC	<ul style="list-style-type: none"> Recruter et former des ASC pour des activités de conseil communautaire et le traitement ou l'orientation des malades atteints de pneumonie, entre autres domaines médicaux. Fournir un stock initial de traitements préconditionnés (CD d'amoxicilline dans les dosages appropriés) aux ASC afin qu'ils puissent fournir le produit à leur communauté. Instaurer des réunions régulières de réapprovisionnement avec des séances courtes de formation continue. Établir un système de supervision et soutien des ASC, avec feedback et suivi de la qualité. Développer et produire un programme d'enseignement à distance par radio pour les travailleurs communautaires qui favorise les comportements positifs et les relations avec les communautés et les cliniques d'orientation. Mettre en place des groupes d'ASC auditeurs radio et/ou de soutien entre pairs pour les programmes d'enseignement à distance. Développer/adapter les documents et les outils de travail pour un public qui ne sait pas bien lire, afin de fournir des directives sur les conseils et l'orientation concernant le traitement de la pneumonie. Concevoir des logos, des badges, des boutons et autres articles en appui du positionnement central et de la promotion de la qualité. 	<p>Améliorer les connaissances et les compétences des ASC.</p> <p>Fournir des occasions d'enseignement par des pairs.</p> <p>Assurer l'orientation et une éducation de qualité.</p> <p>Promouvoir la reconnaissance de la marque/de services de qualité.</p> <p>Stimuler le dialogue social.</p>	ASC
Dialogues au sein de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> Conduire des réunions au sein de la communauté sur la reconnaissance des symptômes, l'incitation à la recherche d'un traitement et la sollicitation de diagnostic/analyses. Demander à des prestataires de la clinique publique ou de la clinique en franchisage social la plus proche de conduire des séances éducatives. Utiliser les réunions communautaires pour faire la promotion des différents médias et obtenir des inscriptions aux services SMS. Organiser des groupes de discussion pour les soignants, les leaders communautaires et les grand-mères/belles-mères. Utiliser des événements communautaires comme opportunités de promotion et d'éducation. 	<p>Améliorer le traitement de la pneumonie par amoxicilline.</p> <p>Augmenter la perception de disponibilité et de prix abordable de l'amoxicilline.</p> <p>Augmenter l'accès aux soins de qualité élevée.</p> <p>Augmenter la recherche rapide de traitement auprès de prestataires qualifiés.</p>	Soignants ASC Famille élargie Communautés
Champions	Désigner les mères satisfaites dont les enfants ont été effectivement traités par des antibiotiques (en particulier l'amoxicilline) comme partisanes de la recherche de traitement.	<p>Faire savoir que la pneumonie se soigne.</p> <p>Augmenter la recherche rapide de traitement.</p> <p>Réduire les mythes et préjugés sur le traitement adéquat de la pneumonie.</p>	Soignants Famille élargie Communautés

Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)

Reportez-vous à la page 23 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 6 » du I-Kit (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step6/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Les exemples d'indicateurs suivants sont utilisés pour mesurer la mise en œuvre et les effets des projets ; des sources de données sont indiquées.

Soignants :

- Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans qui pensent que la pneumonie infantile peut être traitée par l'amoxicilline (source de données d'évaluation : enquête omnibus ou enquête représentative nationale).
- Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans qui connaissent les signes et symptômes de la pneumonie infantile (source de données d'évaluation : enquête omnibus ou enquête représentative nationale).
- Nombre de cas de pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans pour lesquels un prestataire qualifié a été contacté (source de données d'évaluation : statistiques de service).
- Proportion de soignants qui recherchent des soins en présence de pneumonie infantile (source de données d'évaluation : EDS ou enquête représentative nationale).
- Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans qui signalent que leur conjoint(e), belle-mère, famille élargie les a encouragés à rechercher un traitement contre la pneumonie infantile ou à utiliser de l'amoxicilline pour traiter cette maladie (source de données d'évaluation : enquête omnibus ou enquête représentative nationale).
- Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans qui confirment savoir auprès de quel prestataire qualifié rechercher un traitement contre la pneumonie infantile (source de données d'évaluation : enquête omnibus ou enquête représentative nationale).
- Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans qui signalent pouvoir assumer le coût d'un traitement contre la pneumonie infantile par un prestataire qualifié (source de données d'évaluation : enquête omnibus ou enquête représentative nationale).

Prestataires :

- Nombre de prestataires cliniciens ayant reçu une formation (formation initiale/formation continue) sur les recommandations (actualisées) concernant le traitement adéquat de la pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans (source de données de suivi : statistiques de programme).
- Nombre de prestataires cliniciens ou de détaillants prescrivant de l'amoxicilline en cas de suspicion de pneumonie infantile (source de données de suivi : enquête client mystère).
- Nombre de foyers visités par des agents de santé communautaires qualifiés, en lien avec la pneumonie infantile (source de données de suivi : données auto-déclarées par les prestataires).
- Nombre d'orientations par des prestataires non cliniciens pour suspicion de pneumonie infantile (source de données de suivi : données auto-déclarées par les prestataires ; fiches d'orientation).
- Proportion de prestataires non cliniciens et cliniciens qui peuvent signaler correctement le traitement adéquat de la pneumonie chez l'enfant de moins de cinq ans (source de données d'évaluation : données ou enquêtes auto-déclarées par les prestataires).

Le groupe de travail sur la pneumonie et la diarrhée a validé une liste globale d'indicateurs de performance pour la diffusion à grande échelle du traitement de la diarrhée et de la pneumonie. Ces indicateurs doivent être intégrés aux plans de M&E concernant les programmes de pneumonie infantile.

Indicateurs de performance : Traitement de la pneumonie					
Indicateur	Définition	Métrique	Méthode	Sources existantes à exploiter	Alignement sur d'autres actions de suivi
Recherche de soins de la pneumonie	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec suspicion de pneumonie au cours des deux semaines précédentes et recherche de soins hors foyer.	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec suspicion de pneumonie au cours des deux semaines précédentes et recherche de soins hors foyer. Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans avec suspicion de pneumonie au cours des deux semaines précédentes.	Enquête auprès des ménages dans la population	EDS MICS	Countdown 2015 Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée
Disponibilité de l'antibiotique recommandé au niveau national pour traiter la pneumonie	Proportion de sources adéquates de traitement par le ou les antibiotiques recommandés au niveau national en stock le jour de l'enquête.	Numérateur : Nombre de sources adéquates de traitement par les antibiotiques recommandés au niveau national en stock le jour de l'enquête. Dénominateur : Nombre total de sources adéquates de traitement.	Évaluation des structures sanitaires/audit des détaillants	Évaluation des structures de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants	UNCoLSC
L'amoxicilline, recommandée au niveau national en traitement de première ou deuxième intention contre la pneumonie	L'amoxicilline est le traitement de première ou deuxième intention contre la pneumonie dans les recommandations nationales.	S/O	Revue de documentation	Recommandations thérapeutiques nationales	
Politique autorisant un prestataire local communautaire à distribuer des antibiotiques recommandés au niveau national contre la pneumonie	Une politique permet à un prestataire local communautaire de transporter et distribuer les antibiotiques recommandés au niveau national contre la pneumonie.	S/O	Revue de documentation	Politique du Ministère de la Santé	Countdown 2015
Enregistrement de la formulation pédiatrique de l'antibiotique recommandé au niveau national	Au moins une formulation pédiatrique de l'antibiotique recommandé au niveau national contre la pneumonie est enregistrée auprès de l'agence nationale du médicament.	S/O	Revue de documentation	Registre national des médicaments	UNCoLSC
Une formulation pédiatrique appropriée de l'antibiotique contre la pneumonie figure dans la liste des médicaments essentiels (LME) et la liste National Procurement	Les formulations pédiatriques des antibiotiques recommandés au niveau national dans le traitement de la pneumonie sont incluses dans la LME et la liste National Procurement.	S/O	Revue de documentation	Liste des médicaments essentiels Liste National Procurement	UNCoLSC

En plus des indicateurs répertoriés ci-dessus, l'impact des actions de création de la demande (messages, stratégies et canaux médiatiques) doit être évalué. Deux questions sont essentielles dans l'évaluation des actions de création de la demande :

1. L'exposition aux messages et aux actions de création de la demande entraîne-t-elle des changements de comportement, à savoir simultanément une amélioration des connaissances et une augmentation de l'utilisation de l'amoxicilline contre la pneumonie infantile ?
2. Le marché est-il opérationnel pour tout le monde ? Permet-il d'atteindre tous les segments de soignants ? Il s'agit par exemple de mesurer si tous les quintiles socio-économiques, les populations des zones rurales, les groupes ethniques/raciaux/religieux/linguistiques sont atteints.

Voici des exemples d'indicateurs concernant la création de la demande et le changement de comportement qui doivent être évalués en parallèle des indicateurs de performance ci-dessus :

Indicateur	Définition	Métrique	Méthode	Sources existantes à exploiter	Alignement sur d'autres actions de suivi
Recherche de soins de la pneumonie	Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans atteints de pneumonie au cours des deux semaines précédentes ayant recherché un traitement auprès d'un prestataire qualifié.	Numérateur : Nombre de soignants d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines précédentes ayant recherché un traitement auprès d'un prestataire qualifié. Dénominateur : Nombre total de soignants d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines précédentes.	Enquête auprès des ménages dans la population	EDS MICS	
Disponibilité de l'amoxicilline	Proportion de sources de traitement médical ayant un stock d'amoxicilline le jour de l'enquête, exposées aux messages.	Numérateur : Nombre de prestataires de soins/ personnel de pharmacie/ magasins de médicaments exposés aux messages, ayant un stock d'amoxicilline le jour de l'enquête Dénominateur : Nombre total de prestataires de soins/ personnel de pharmacies/ magasins de médicaments exposés aux messages	Évaluation des structures sanitaires/audit des détaillants	Évaluation des structures de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants	UNCoLSC
Perception de la disponibilité de l'amoxicilline	Proportion de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans exposés aux messages, qui confirment savoir où acheter un traitement contre la pneumonie/ de l'amoxicilline.	Numérateur : Nombre de soignants en charge d'enfants de moins de 5 ans exposés aux messages, qui confirment savoir où acheter de l'amoxicilline. Dénominateur : Nombre total de soignants d'enfants de moins de 5 ans exposés aux messages.	Enquête de population, enquête d'évaluation de programme ou évaluations d'impact de communication.	Base du programme ou enquêtes finales.	UNCoLSC

Références



- Adegboyega, A. A., Onayade, A. A., & Salawu, O. (2005). Care-seeking behaviour of caregivers for common childhood illnesses in Lagos Island Local Government Area, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 14(1), 65-71.
- Ahs, Jill. (s. d.). Perceptions, Management and Barriers to Care-seeking for Childhood Diarrhea, Malaria and Pneumonia: Uganda, Kenya, Nigeria, Ethiopia, Niger. North Carolina, USA.
- Association de Santé Familiale (ASF), & Population Services International (PSI). (2011). Democratic Republic of the Congo (DRC): Integrated community case management of pneumonia, malaria & diarrhea program brief. Kinshasa, DRC: PSI.
- Awasthi, S., Srivastava, N. M., & Pant, S. (2008). Symptom-specific care-seeking behavior for sick neonates among urban poor in Lucknow, Northern India. *Journal of Perinatology*, 28(Suppl 2) S69-S75.
- Bedford, J. (2012a). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea, malaria, and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Kenya. UNICEF Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Bedford, J. (2012b). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea, malaria, and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger. UNICEF Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Bedford, J. (2012c). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea, malaria, and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Nigeria. UNICEF Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Brieger, W. R., Osamor, P. E., Salami, K. K., Oladepo, O., & Otusanya, S. A. (2004). Interactions between patent medicine vendors and customers in urban and rural Nigeria. *Health Policy and Planning*, 19(3), 177-182.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burton, D. C., Flannery, B., Onyango, B., Larson, C., Alaii, J., Zhang, X., et al. (2011). Healthcare-seeking behaviour for common infectious disease-related illnesses in rural Kenya: A community-based house-to-house survey. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(1), 61-70.
- Ebuehi, O. M., & Adebajo, S. (2010). Improving caregivers' home management of common childhood illnesses through community level interventions. *Journal of Child Health Care*, 14(3), 225-238.
- Every Woman Every Child. (2013). Amoxicillin: Product profile. Source : <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/305-amoxicillin--product-profile>
- Graham, S. M., English, M., Hazir, T., Enarson, P., & Duke, T. (2008). Challenges to improving case management of childhood pneumonia at health facilities in resource-limited settings. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 86(5), 349-355.
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). (2013). Demand generation for 13 life-saving commodities: A synthesis of the evidence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.
- Hildenwall, H., Nantanda, R., Tumwine, J. K., Petzold, M., Pariyo, G., Tomson, G., et al. (2009). Care-seeking in the development of severe community acquired pneumonia in Ugandan children. *Annals of Tropical Paediatrics*, 29(4), 281-289.
- Hildenwall, H., Rutebemberwa, E., Nsabagasani, X., Pariyo, G., Tomson, G., & Peterson, S. (2007). Local illness concepts-implications for management of childhood pneumonia in eastern Uganda. *Acta Tropica*, 101(3), 217-224.
- Irimu, G., Nduati, R. W., Wafula, E., & Lenja, J. (2008). Community understanding of pneumonia in Kenya. *African Health Sciences*, 8(2), 103-107.
- Kade, K., Kingshott, E., Latimer, A., Nieuwenhuyus, B., Pacque, M., Fox, S., et al. (2013). Scaling up lifesaving commodities for women, children, and newborns: An advocacy toolkit. Seattle, WA: PATH.
- Kaljee, L. M., Anh, D. D., Minh, T. T., Huu Tho, L., Batmunkh, N., & Kilgore, P. E. (2011). Rural and urban Vietnamese mothers utilization of healthcare resources for children under 6 years with pneumonia and associated symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(4), 254-267.
- Källander, K., Hildenwall, H., Waiswa, P., Galiwango, E., Peterson, S., & Pariyo, G. (2008). Delayed care seeking for fatal pneumonia in children aged under five years in Uganda: A case-series study. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 86(5), 332-338.
- Källander, K., Nsungwa-Sabiiti, J., Balyeku, A., Pariyo, G., Tomson, G., & Peterson, S. (2005). Home and community management of acute respiratory infections in children in eight Ugandan districts. *Annals of Tropical Paediatrics*, 25(4), 283-291.
- Kincaid, D.L., Figueroa, M.E., Storey, D. & Underwood, C. (2007). A social ecology model of communication, behavior change, and behavior maintenance (document de travail). Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.

Mathew, J. L., Patwari, A. K., Gupta, P., Shah, D., Gera, T., Gogia, S., et al. (2011). Acute respiratory infection and pneumonia in India: A systematic review of literature for advocacy and action: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. *Indian Pediatrics*, 48(3), 191-218.

Mbagaya, G. M., Odhiambo, M. O., & Oniang'o, R. K. (2005). Mother's health seeking behaviour during child illness in a rural western Kenya community. *African Health Sciences*, 5(4), 322-327.

Mbonye, A. K. (2003). Prevalence of childhood illnesses and care-seeking practices in rural Uganda. *The Scientific World Journal*, 19(3), 721-730.

Mulholland, E., Smith, L., Carneiro, I., Becher, H., & Lehmann, D. (2008). Equity and child-survival strategies. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 86(5), 399-407.

Noar, S. M. (2006). A 10-Year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11(1), 21-42.

Ogunlesi, T., Runsewe-Abiodun, R., & Olanrewaju, D. (2010). Health-care-seeking behaviour for childhood illnesses in a resource-poor setting. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(5), 238-242.

PACE Uganda, & Population Services International (PSI). (2011). Integrated case management of pneumonia, diarrhea and malaria through the Five & Alive franchise network: Program brief. Kampala, Uganda: PSI.

Population Services International (PSI). (s. d.). *The DELTA Companion: Marketing Planning Made Easy*. Washington, DC: PSI. Source : http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/DELTA%20Companion.pdf

Population Services International (PSI). (s. d.). *Follow the need: Recipe for scaling up access to quality pneumonia, diarrhea and malaria case management in South Sudan (étude de cas)*. Juba, South Sudan: PSI.

Simiyu, D. E., Wafula, E. M., & Nduati, R. W. (2003). Mothers' knowledge, attitudes and practices regarding acute respiratory infections in children in Baringo District, Kenya. *East African Medical Journal*, 80(6), 303-307.

Taffa, N., & Chepngeno, G. (2005). Determinants of health care seeking for childhood illnesses in Nairobi slums. *Tropical Medicine and International Health*, 10(3), 240-245.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2012). *Pneumonia and diarrhea: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children*. New York: UNICEF. Source : www.childinfo.org/publications.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). *La pneumonie de l'enfant : un fléau oublié*. New-York et Genève, Suisse : UNICEF et OMS. Source : http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9280640489_eng.pdf?ua=1 Téléchargé en septembre 2013.

Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (UNCoLSC). (2012). *Rapport des Commissaires*. Source : http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). Numéro spécial : Plan d'action mondial pour combattre la pneumonie chez le jeune enfant. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 28(5), 321-416. Source : <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/en/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). *Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée*. Genève, Suisse : OMS. Source : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2011). *Médicaments prioritaires destinés aux mères et aux enfants*. Genève, Suisse : OMS. Source : http://whoint/medicines/publications/emp_mar2011.1/en/

Coordonnées

Hope Hempstone | Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development – USAID) | hhempstone@usaid.gov

Stephanie Levy | Agence des États-Unis pour le développement international | slevy@usaid.gov

Zarnaz Fouladi | Agence des États-Unis pour le développement international | zfouladi@usaid.gov

Heather Chotvacs | Population Services International (PSI) | hchotvacs@psi.org

Sanjanthi Velu | Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Center for Communication Programs, CCP) | svelu1@jhu.edu



Life
Saving
Commodities
Improving access,
saving lives

