

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



UTILISATION DES TIC POUR GÉNÉRER DE LA DEMANDE AUTOUR DES PRODUITS DE SANTÉ INFANTILE, NÉONATALE, MATERNELLE ET REPRODUCTIVE :



**Trois études de cas et recommandations pour les programmes à venir
Juillet 2014**



Remerciements

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) financée par l'Agence pour le développement international (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 Kate McCracken, Joanna Skinner et Edward (Geordie) Woods pour la rédaction de ces études de cas avec le soutien de James BonTempo et de Soma Ghosal. La HC3 remercie Kathleen Fox, Kim Martin et Katie Kuehn 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.

Suggestion de citation :

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3). (2014) Utilisation des TIC pour générer de la demande autour des produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive : Trois études de cas et recommandations pour les programmes à venir. Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.

La demande pour les activités liées aux produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive est générée par le 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), avec le soutien du Fonds d'affectation du département de la SINMR et de l'Agence internationale pour le développement (Agency for International Development - USAID) en partenariat avec le sous-groupe de création de la demande la Commission des Nations Unies chargées des produits d'urgence (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.

© 2014, Johns Hopkins University. Tous droits réservés.

Photo de couverture : © 2013 Francis Gonzales, avec l'aimable autorisation de Photoshare

Table des matières

Acronymes	4
À propos de	5
Treize produits d'urgence pour femmes et enfants	6
La création de la demande en bref	8
TIC et nouveaux médias : définition des concepts	10
Étude de cas 1 : l'alliance mobile pour l'action maternelle (Mobile Alliance for Maternal Action - MAMA)	12
Contexte	13
Mise en œuvre	14
Théorie du modèle de changement	16
Résultats	17
Étude de cas 2 : le programme Ananya	18
Contexte	19
Mise en œuvre	19
Théorie du modèle de changement	21
Résultats	22
Étude de cas 3 : la technologie mobile pour la santé communautaire (Mobile Technology for Community Health - MOTECH)	23
Contexte	24
Mise en œuvre	24
Résultats	27
Recommandations pour l'utilisation des TIC en vue de générer de la demande autour des produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive	29
Références	31

Acronymes

ASC	Agent de santé communautaire
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
DSSNS	Données de services supplémentaires non structurées
GSM	Norme GSM (Global System for Mobile)
HCAC	Conseil consultatif sur les questions de santé (Health Content Advisory Council)
JHU-CCP	Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs)
MAMA	Alliance mobile pour l'action maternelle (Mobile Alliance for Maternal Action)
MOTECH	Technologie mobile pour la santé communautaire (Mobile Technology for Community Health)
MS	Marketing social
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RVI	Réponse vocale interactive
SMS	Service de messagerie SMS (Short Message Service)
SPSC	Services de planification de la santé communautaire
SINMR	Santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UNCoLSC	Commission des Nations Unies sur les produits indispensables aux femmes et aux 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 (U.S. Agency for International Development)
WRHI	Institut de la santé reproductive et du VIH de Wits (Wits Reproductive Health and HIV Institute)

À propos de

Quelle est la portée de cette ressource ?

Cette ressource analyse de manière approfondie trois programmes illustrant l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et des nouveaux médias, notamment à l'aide des technologies mobiles, en vue de stimuler la demande et d'encourager l'utilisation de produits et services de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive (SINMR) dans le cadre d'une stratégie intégrée.

Elle présente trois études de cas :

1. **L'alliance mobile pour l'action maternelle** (Mobile Alliance for Maternal Action - MAMA), qui utilise la technologie pour améliorer les résultats des initiatives en faveur de la santé et de la nutrition qu'elle met en place auprès des femmes enceintes ainsi que des jeunes mères et de leurs nourrissons au Bangladesh et en Afrique du Sud
2. **Ananya**, un programme multi-plateforme visant à réduire la mortalité maternelle et infantile dans l'État du Bihar, en Inde
3. **La technologie mobile pour la santé communautaire** (Mobile Technology for Community Health - MOTECH), qui a pour mission d'améliorer la quantité et la qualité des soins prénataux et néonataux dans la campagne du Ghana

À qui s'adresse cette ressource ?

Le présent guide a été rédigé à l'intention des directeurs de programmes, planificateurs et autres professionnels prenant part à la conception, à la mise en œuvre ou à l'évaluation de programmes de création de la demande qui cherchent à stimuler la demande et encourager l'utilisation de produits et services SINMR.

Comment utiliser cette ressource ?

Les trois études de cas illustrent par des exemples la manière d'utiliser la technologie dans le cadre d'une plus vaste stratégie de communication intégrée axée sur la création de la demande. Elles expliquent également comment transposer la théorie du changement de comportement aux programmes de création de la demande. L'essence même de cette ressource est résumée dans la dernière section, qui met en évidence les principales leçons apprises et formule des recommandations pour les programmes de TIC à venir.

Cette ressource est un outil important du kit de mise en œuvre de création de la demande pour les produits sous-utilisés dans le secteur de la SINMR (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch>), un kit conçu pour soutenir le développement de stratégies de communication propres à chaque pays dans le but de stimuler la demande de produits sous-utilisés dans le secteur de la SINMR.

En 2010, en lançant la Stratégie mondiale

Treize produits d'urgence pour femmes et enfants

Santé reproductive			
 Préservatif féminin	 Implants contraceptifs	 Contraception d'urgence	
Infection par le VIH et les grossesses non désirées : un préservatif féminin est une gaine en polyuréthane de forme cylindrique qui couvre le col de l'utérus, le vagin et les parties génitales externes. Les préservatifs féminins offrent une double protection en empêchant les infections IST, notamment le VIH, mais aussi les grossesses non désirées.	Grossesses non désirées : les implants contraceptifs sont des bâtonnets en plastique fins et flexibles placés dans le bras d'une femme libérant une hormone progestative à l'intérieur du corps. Ces contraceptifs sont fiables, très efficaces et se retirent facilement. Ils permettent d'éviter les grossesses pendant 3 à 5 ans.	Grossesses non désirées : la pilule contraceptive d'urgence (PCU) est le moyen contraceptif le plus largement utilisé dans les pays en voie de développement. Il s'agit d'une dose de 1,5 mg à prendre le plus rapidement possible après un rapport sexuel. Une dose alternative de 0,75 mg existe également et est largement répandue.	
Santé maternelle			
 Oxytocine	 Misoprostol	 Sulfate de magnésium	
Hémorragie du postpartum : l'OMS recommande l'oxytocine comme l'utérotonique de choix en matière de prévention et de traitement des hémorragies du postpartum.	Hémorragie du postpartum : dans les situations où il n'y a pas d'accoucheuse expérimentée et où l'on ne dispose pas d'oxytocine (600 microgrammes par voie orale), l'administration de misoprostol est recommandée.	Éclampsie et pré-éclampsie sévère : l'OMS recommande le MgSO ₄ comme le traitement le plus efficace pour les femmes atteintes d'éclampsie et de pré-éclampsie sévère.	
Santé infantile			
 Amoxicilline	 Sels de réhydratation orale	 Zinc	
Pneumonie : l'amoxicilline est un antibiotique qui permet de traiter la pneumonie chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Elle est conditionnée sous blister de dix comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg.	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 à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 l de liquide.	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.	
Santé néonatale			
 Antibiotiques injectables	 Corticoïdes prénataux	 Chlorhexidine	 Réanimation
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.	SDR chez le prématuré : des SAN sont donnés aux femmes à risque d'accouchement prématuré pour éviter le syndrome de détresse respiratoire chez les bébés nés pendant un travail prématuré.	Infection du cordon ombilical : le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique peu coûteux utilisé pour les soins du moignon de cordon ombilical et efficace contre les infections néonatales.	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.

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'urgence 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 2015 en élargissant l'utilisation appropriée et l'accès aux médicaments essentiels, au matériel médical et aux fournitures médicales dont le manque représente la 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 chargée des produits d'urgence (UNCoLSC) destinés aux femmes et aux 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 du département 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 de plus amples informations sur la Commission, rendez-vous sur : <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities>.

¹Pour connaître les hypothèses formulées sur l'estimation du nombre de vie sauvées, consultez le *rapport du commissaire* de l'UNCoLSC (http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

La création de la demande en bref

La création de la demande augmente la sensibilisation et la demande autour des produits ou services de santé d'un public visé en particulier, grâce à des techniques de marketing social (MS) et de communication sur le changement social et comportemental (CCSC). Trois moyens de générer la demande :

- **Créer de nouveaux utilisateurs** : convaincre les membres du public visé d'adopter de nouveaux comportements, produits ou services.
- **Augmenter de 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 du terrain sur les comportements concurrents** (ex., convaincre les accompagnants de se rendre immédiatement dans un service de santé au lieu d'attendre une détérioration ou une aggravation irréversible de l'état de santé), ainsi que sur les produits et services concurrents (ex., convaincre les accompagnants d'utiliser une solution de réhydratation orale (ORS) et du zinc au lieu d'autres 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 informée et volontaire en matière de produits de santé et de services :
- aidant les prestataires de soins et les clients à interagir de manière efficace :

- faisant évoluer les normes culturelles et sociales qui peuvent influencer les comportements collectifs et individuels à intégrer le produit :
- 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.

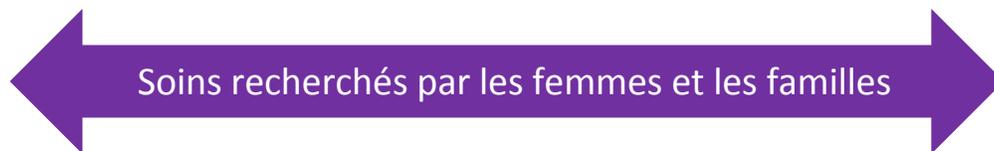
Sans ces améliorations simultanées, le public visé peut se décourager et la demande diminuer. Il est donc fortement recommandé de coordonner et de collaborer avec les partenaires qui adaptés pour mettre en place des programmes et des stratégies de communication permettant de générer la demande.

Publics concernés par la création de la demande

Pour réduire 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.

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 la 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 le changement individuel, ainsi que le changement au sein de la famille, de la communauté, de l'environnement et de la structure.

Une approche stratégique de la CCSC suit un processus systématique pour analyser un problème. Il est ainsi possible de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation du changement, puis de concevoir et d'intégrer un ensemble complet d'interventions pour soutenir et encourager les comportements positifs.

Une stratégie de communication permet de concevoir les interventions et les campagnes de CCSC en s'assurant que les objectifs de la communication sont définis, que les publics visés sont identifiés et que des messages cohérents sont déterminés 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_craig_lefebvres_social/2013/10/a-consensus-definition-of-social-marketing.html)

Canaux et approches

Plaidoyer : les processus de plaidoyer interviennent au niveau individuel, social et politique. Ils ont 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 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 les 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 ses 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 désignent des types de médias comprenant les téléphones portables et les smartphones, les SMS et les médias sociaux comme Facebook et Twitter.

Communication interpersonnelle (CIP) : la CIP se base sur une communication à deux, par exemple la communication parent-enfant, pair à pair, conseiller-client ou la communication avec un responsable communautaire ou religieux.

Médias et médias 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. Les campagnes dans les médias qui appliquent les principes d'une conception de campagne réussie et bien réalisée peuvent avoir un effet significatif sur les comportements, les attitudes, les croyances et les connaissances en matière de santé.

Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande

Média/médias. Un média fait référence à un moyen de communication, par exemple la radio, la télévision, les documents imprimés, les outils en ligne ou encore la communication face-à-face/directe, qui peut toucher ou influencer un large public.

Canal. Les canaux désignent les moyens de transmission d'un support, par exemple câble, fil ou ondes radio.

E-santé. La santé électronique, ou l'e-santé, désigne l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé.

Santé mobile. La santé mobile désigne la prestation de services sanitaires et la fourniture

d'informations médicales au moyen de technologies mobiles et sans fil.

Nouveaux médias. Les nouveaux médias désignent les différentes formes de communications électroniques et interactives rendues possibles grâce à l'utilisation de technologies informatiques et basées sur le Web (par exemple, sites Web, forums de discussion, communautés en ligne). Ce terme est à différencier des formes de médias dites « anciennes », telles que les journaux et magazines papier qui sont assimilables à des représentations statiques de textes et d'images.

Médias sociaux. Les médias sociaux font référence aux interactions entre des personnes qui créent, partagent et/ou échangent des informations et des idées dans des communautés et réseaux virtuels.

Croissance des TIC et des nouveaux médias et potentiel d'accroissement de la demande

Au vu de la prolifération des technologies mobiles et sans fil dans le monde entier, les TIC et les nouveaux médias sont potentiellement appelés à transformer les communications de santé et la prestation de services médicaux. En 2011, on recensait plus de cinq milliards d'abonnés sans fil à travers le monde, dont plus de 70 % résidaient dans des pays à revenu faible ou moyen. Plus de 85 % de la population

mondiale bénéficie d'une couverture sans fil commerciale. Un chiffre qui dépasse de loin celui du réseau routier ou électrique (OMS, 2011). Les TIC et les nouveaux médias offrent des moyens de connecter et mobiliser les consommateurs et les prestataires, y compris dans les régions reculées, et de leur fournir des informations médicales à jour.

Étude de cas 1 :
Alliance mobile pour l'action maternelle
(Mobile Alliance for Maternal Action -
MAMA)

*Utilisation des téléphones portables pour
l'amélioration de la santé*

L'alliance mobile pour l'action maternelle (Mobile Alliance for Maternal Action - MAMA) utilise la technologie pour améliorer les résultats des initiatives en faveur de la santé et de la nutrition qu'elle met en place auprès des femmes enceintes ainsi que des jeunes mères et de leurs nourrissons dans les milieux défavorisés. MAMA utilise la téléphonie mobile pour transmettre à ces femmes des messages sur la santé essentiels et qui tiennent compte des spécificités culturelles. Les messages reflètent les toutes dernières normes internationales fondées sur des données probantes et se rapportent à des comportements connus pour affecter les résultats sanitaires, notamment l'assistance aux soins prénataux, la nutrition, la vaccination, les soins du cordon et l'emploi de moustiquaires traitées aux insecticides.

Contexte

Le projet MAMA est actuellement déployé au Bangladesh et en Afrique du Sud, deux pays qui recensent des taux de mortalité maternelle et infantile élevés et qui bénéficient d'une couverture cellulaire étendue. Il devrait s'étendre à l'Inde en 2014.

Bangladesh

Au Bangladesh, les femmes enceintes et les jeunes mères n'ont accès à aucune information opportune, fiable et pertinente sur le plan culturel concernant les soins qu'il convient de prodiguer à leurs enfants et à elles-mêmes. Malgré les améliorations observées au cours de ces dix dernières années, les taux de mortalité maternelle et infantile demeurent très élevés. En 2010, le risque de mort maternelle calculé sur l'ensemble de la durée de vie était de 1 femme sur 170 ; en 2011, le taux de mortalité infantile était, quant à lui, estimé à 37 pour 1 000 (UNICEF, 2013).

Au cours des dix dernières années, l'accès, l'utilisation et la couverture de la téléphonie mobile ont enregistré une croissance exponentielle, qui a permis d'inscrire cette technologie comme un moyen viable de communiquer des informations d'urgence aux femmes du pays. En 2000, avec seulement 0,26 téléphone pour 100 habitants, le Bangladesh recensait l'un des taux de télédensité les plus faibles au monde. Depuis, Grameenphone est



© 2008 Anil Gulati, avec l'aimable autorisation de Photoshare

devenu le plus grand opérateur sans fil du pays, avec un réseau couvrant plus de 90 % de la population (IDA, 2007).

En septembre 2013, Grameenphone annonçait l'ouverture de son réseau 3G à Dhaka, une initiative qui allait aboutir au déploiement d'un réseau 3G national offrant des capacités supérieures et un accès instantané à l'Internet mobile pour tous ses abonnés (Xinhuanet News, 2013). Avant le lancement national en décembre 2012, MAMA Bangladesh avait mené une recherche formative dans 13 sites de quatre districts (Dhaka, Chittagong, Sylhet et Gaibandha).

Sur environ 1 000 abonnées, 60 % possédaient leur propre téléphone portable et 40 % étaient inscrites au moyen du téléphone d'un protecteur ou d'un proche. Si le consentement à payer s'est révélé globalement faible, les abonnées à faible revenu se sont montrées disposées à payer davantage que les abonnées à revenu élevé (Mendoza, 2013). Les publications n'indiquent pas les raisons d'un tel constat ; en revanche, l'étude suggère que, dès lors qu'une abonnée commence à bénéficier du service, son seuil de paiement augmente, ce qui laisse supposer qu'un modèle fondé sur une première évaluation gratuite pourrait renforcer la fidélité des abonnées et leur disposition à payer.

Afrique du Sud

À l'instar du Bangladesh, l'Afrique du Sud recense des taux de mortalité maternelle et infantile extrêmement élevés. En 2010, le risque de mort maternelle calculé sur l'ensemble de la durée de vie était de 1 femme sur 140 ; en 2011, 35 nourrissons sur 1 000 mouraient avant d'atteindre leur premier anniversaire (UNICEF, 2013).

Le Ministère de la Santé sud-africain a fait de la mortalité maternelle et infantile l'une de ses quatre priorités (MAMA South Africa, 2013). L'usage du téléphone portable est plus répandu

en Afrique du Sud que la télévision ou la radio, et on compte dans le pays plus de cartes SIM que de citoyens (MAMA South Africa, 2013).

Mise en œuvre

Le projet MAMA est mis en œuvre dans chaque pays compte tenu des données financières et techniques disponibles et de la présence de l'infrastructure de réseau mobile requise. Les premières étapes du déroulement d'un programme MAMA consistent à établir des partenariats dans le pays, à choisir des modèles commerciaux et à identifier des plates-formes mobiles.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME MAMA

Lieu : Bangladesh et Afrique du Sud

Partenaires : United States Agency for International Development (USAID), Johnson & Johnson, United Nations Foundation and BabyCenter opèrent par l'intermédiaire d'un secrétariat hébergé par la mHealth Alliance.

Date de lancement : mai 2011

Résumé : le partenariat MAMA a mis au point des messages adaptables inspirés des directives de l'OMS et de l'UNICEF. Les messages ont été élaborés en étroite collaboration avec le Health Content Advisory Council (HCAC) de MAMA, composé d'un groupe d'experts de la santé venus du monde entier. Les membres du HCAC de MAMA prêtent leurs connaissances et leur expertise afin de garantir que les messages de MAMA reflètent les dernières normes internationales fondées sur des données probantes. Les messages se rapportent à des comportements connus pour affecter les résultats sanitaires, notamment l'assistance aux soins prénataux, la nutrition, la vaccination, les soins du cordon et l'emploi de moustiquaires traitées aux insecticides. Les messages combinent à la fois des informations sur la santé et des données sur le développement de l'enfant afin d'encourager les mères à solliciter les soins appropriés au bon moment, aussi bien pour elles-mêmes que pour leurs enfants. Les messages sont conformes aux stratégies nationales et fédérales en matière de changement de comportement et de communication et sont rédigés pour être en accord avec les gouvernements des pays d'accueil. Ils comprennent des références directes à des produits d'urgence destinés aux consommateurs, tels que les sels de réhydratation orale, le zinc, la chlorhexidine, les implants contraceptifs et la contraception d'urgence.

Le partenariat MAMA engage la communauté internationale à encourager les mères et leurs proches à s'inscrire à ce service de messages au contenu basé sur des données probantes. Les messages et directives MAMA contenus sur le site Web sont proposés gratuitement aux organisations qui s'inscrivent sur le site. L'organisation peut ensuite adapter et utiliser les messages pour ses propres programmes locaux. Les messages sont disponibles via le site www.mobilemamaalliance.org/mobile-messages. Le coût de la mise en œuvre des messages (envoi et réception d'un SMS) variera selon les modèles commerciaux des pays et le support de financement de l'organisation (y compris les subventions gouvernementales).

Objectif : au niveau local, l'objectif de MAMA est d'utiliser la technologie pour améliorer les résultats en termes de santé et de nutrition chez les femmes enceintes et les jeunes mères et leurs nourrissons vivant dans des milieux défavorisés, en transmettant à ces femmes des messages sur la santé essentiels et qui tiennent compte des spécificités culturelles. À l'échelle mondiale, MAMA vise le déploiement à grande échelle, le développement durable et l'impact, en créant un modèle répliquable pour toucher les mères à faible revenu et les décideurs des ménages en renforçant l'impact des programmes de santé mobile actuels, en offrant une assistance technique aux nouveaux modèles de santé en ligne et en améliorant les méthodes employées pour appliquer la technologie mobile à la protection de la santé maternelle.

Approche en matière de TIC : utiliser la téléphonie mobile pour transmettre aux femmes enceintes et aux jeunes mères des informations relatives à des problèmes de santé importants qui tiennent compte du stade de leur grossesse ou de l'âge de leur enfant.

Selon le pays, les modèles commerciaux peuvent prendre différentes formes et reposent sur la collecte d'informations financières, notamment la contribution gouvernementale du pays, les sources de financement et leur disponibilité, les subventions accordées par les opérateurs mobiles et les frais minimum d'abonnement.

Une fois le programme en place, l'étape suivante consiste pour les divers partenaires du pays intervenant dans les aspects techniques du programme à identifier la ou les populations cibles ainsi que l'essence du message à faire passer. MAMA évalue plusieurs services, produits et applications pour pouvoir atteindre tous les membres du public visé.

Bangladesh

Application mobile nationale de SMS/RVI

Aponjon, la version bangladaise de MAMA, utilise le service de messagerie SMS (Short Message Service) et la réponse vocale interactive (RVI), une technologie qui permet à une personne appelant d'interagir avec un ordinateur grâce à la voix et à des tonalités selon des commandes effectuées au clavier. Les services SMS et RVI sont accessibles depuis n'importe quel téléphone portable, sans logiciel particulier.

Aponjon a été déployé entre septembre 2011 et juin 2012 sous la forme d'un programme pilote. Il a été mis en œuvre dans quatre districts du Bangladesh auprès de 1 043 abonnés. MAMA Bangladesh a été officiellement lancé à l'échelle nationale en décembre 2012 (MAMA Bangladesh, 2013). Les principales abonnées (femmes enceintes et jeunes mères) reçoivent deux messages par semaine, tandis que leurs protecteurs (maris et belles-mères) reçoivent, s'ils le souhaitent, un message hebdomadaire supplémentaire, pour un total de trois messages par semaine. Les informations sont transmises par le biais de messages texte ou de brefs messages vocaux préenregistrés sous la forme de saynètes.

Ces dernières mettent en scène des acteurs locaux appelés à jouer le rôle d'un proche, d'un patient et d'un médecin selon une approche à la fois divertissante et pédagogique (MAMA Bangladesh, 2013). Les agents de santé

communautaire (ASC) encouragent les femmes à s'abonner à MAMA. Le service est facturé deux taka (soit environ 0,025 \$) par message. Les abonnées sont facturées en fonction de leur statut socio-économique. Au moins 20 % des abonnées à plus faible revenu peuvent bénéficier de messages gratuits (MAMA Bangladesh, 2013).

Afrique du Sud

SMS, portail en ligne et service de questionnaire interactif

Le programme MAMA est déployé en Afrique du Sud par trois organismes : la Praekelt Foundation, Cell-life et l'institut de la santé reproductive et du VIH de Wits (Wits Reproductive Health and HIV Institute - WRHI). À la suite d'un programme pilote, MAMA South Africa a été déployé à l'échelle nationale en mai 2013.

Le service comprend actuellement un programmes de SMS gratuits proposé par l'intermédiaire de deux cliniques urbaines dans le quartier de Hillbrow, à Johannesburg ; un portail communautaire dynamique ou un site mobile accessible à l'adresse www.askmama.mobi ; et un service de questionnaire interactif (MAMA South Africa, 2013). MAMA South Africa prévoit également d'étendre ses services à Mxit, un site de réseaux sociaux populaire auprès des jeunes. Voici une explication détaillée de ces différentes approches :

SMS : les abonnées du programme MAMA des deux cliniques de Hillbrow, à Johannesburg, reçoivent deux SMS par semaine dès leur cinquième semaine de grossesse et continuent à bénéficier de ce service jusqu'à ce que leur enfant ait atteint l'âge d'un an. Les mères séropositives peuvent recevoir des informations spécialement adaptées à leurs besoins médicaux.

Les frais de service élevés ne permettent pas à MAMA South Africa d'offrir gratuitement des messages texte à l'échelle nationale, bien que l'organisation ne perde pas cet objectif de vue dans les années à venir. MAMA South Africa a vocation à s'étendre pour proposer des services vocaux aux mères à faible niveau d'alphabétisation (MAMA South Africa, 2013).

MAMA Mobi : MAMA Mobi est un site Web interactif qui fournit aux mères des informations médicales personnalisées. Le site est actuellement proposé en langue anglaise mais sera prochainement disponible en Zula, Xhosa et Afrikaans (Cheers, 2013). En indiquant leur date de terme ou l'âge de leur enfant au moment de leur inscription, les abonnées peuvent bénéficier d'informations pertinentes et personnalisées compte tenu de leur stade de grossesse ou de l'âge de leur bébé (MAMA South Africa, 2013).

Grâce à un nouveau partenariat avec Vodacom, le site www.askmama.mobi sera bientôt disponible à tous les abonnés Vodacom d'Afrique du Sud, soit environ 25 millions de personnes selon les estimations. Le site www.askmama.mobi a fait son apparition sur Vodacom Live! (la page d'accueil mobile de Vodacom) le 26 août 2013 et a attiré 170 000 utilisateurs au cours des six premières semaines (MAMA South Africa, 2013).

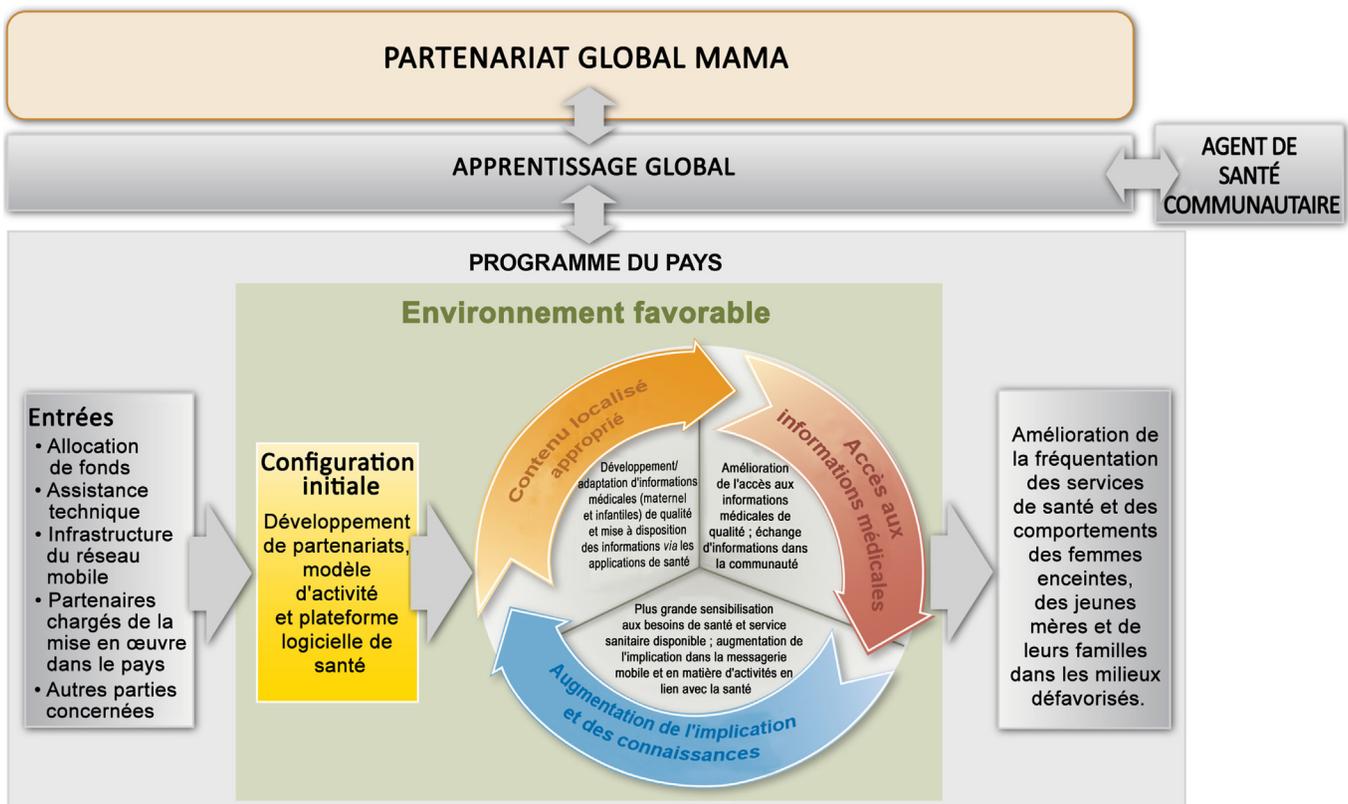
Questionnaires MAMA : les questionnaires sont personnalisés et permettent facilement d'apprendre et de tester ses connaissances sur la grossesse et la première année de vie d'un

nourrisson. Les abonnées se connectent tous les lundis (« MAMA Monday ») pour participer à un questionnaire hebdomadaire et recevoir des conseils de MAMA (MAMA South Africa, 2013). Le service de questionnaire utilise le protocole DSSNS, protocole de données de services supplémentaires non structurées, utilisé par les téléphones cellulaires GSM (Global System for Mobile). Ce protocole permet à un téléphone mobile de communiquer avec un ordinateur géré par un prestataire de services dans le cadre d'une connexion temps réel. Contrairement aux messages SMS, une session DSSNS permet d'échanger une séquence de données de manière bilatérale, ce qui la rend plus réactive qu'un simple SMS.

MXit : dans les années à venir, MAMA s'ouvrira à MXit, réseau social mobile très utilisé en Afrique du Sud, pour fournir des informations sur la grossesse, l'accouchement et le statut de parent aux utilisateurs âgés de 18 à 25 ans (MAMA South Africa, 2013).

Théorie du modèle de changement

La théorie globale du modèle de changement de MAMA est décrite à la Figure 1 ci-dessous (MAMA, 2011).



Ce modèle sert de guide pour la conception et la mise en œuvre des activités. Il propose une séquence d'activités, couvrant aussi bien les intrants que les résultats, qui sont organisées dans le contexte politique et socioculturel d'une région géographique donnée.

Une fois les intrants définis et la configuration initiale effectuée, le modèle aborde les trois étapes essentielles à l'adoption de comportements ciblés : 1) présence de contenu localisé pertinent ; 2) renforcement de l'accès aux informations médicales ; 3) amélioration des connaissances et de l'engagement.

La théorie sous-jacente défend l'idée selon laquelle l'accès à des informations de qualité est un moyen pour les femmes de mieux comprendre leurs besoins en matière de santé, d'identifier leur statut et d'obtenir des recommandations adaptées à leur stade de grossesse et/ou de maternité, et donc d'exploiter ces informations pour moduler leur comportement (par exemple, rechercher des soins préventifs ou renoncer à des comportements néfastes pour la santé, tels que la consommation de tabac ou d'alcool, etc.).

Ce modèle suppose que les femmes soient disposées à modifier leurs comportements en fonction du stade de leur grossesse ou de leur maternité, et qu'une communication médicale efficace basée sur des messages pertinents améliore les comportements en matière de santé ainsi que l'état de santé global. Le processus suit les schémas proposés par les théories de communication et de changement de comportement, à savoir le modèle des croyances liées à la santé (« Health Belief Model ») et la théorie de l'action raisonnée ou du comportement planifié (« Theory of Reasoned Action/Theory of Planned Behavior »).

En vertu du modèle des croyances liées à la santé, les individus seront plus disposés à changer de comportement s'ils reconnaissent l'existence d'un risque, se sentent exposés à ce risque et estiment que les avantages du changement l'emportent sur les barrières au changement. Selon la théorie de l'action raisonnée ou du comportement planifié, l'attitude d'un individu face à un comportement spécifique et l'opinion de ses groupes de référence sur ledit comportement influencent sa disposition au changement et son comportement à terme.

Résultats

MAMA a élaboré des messages adaptables, dérivés d'informations d'experts dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile. Les messages mobiles sont basés sur des données probantes et tiennent compte du contexte culturel. Ils sont accompagnés de directives permettant de localiser les messages selon le contexte d'un pays donné. Ils sont téléchargés et utilisés par 250 organisations réparties dans 60 pays du monde entier. Les programmes nationaux de MAMA au Bangladesh et en Afrique du Sud profitent aujourd'hui à plus de 376 000 mères et familles (MAMA, 2013).

Bangladesh

À ce jour, 1 500 ASC ont été formés à l'enregistrement d'abonnés et plus de 176 000 personnes ont souscrit ce service (dont 17 % vivant en dessous du seuil de pauvreté). MAMA estime qu'environ deux millions d'abonnées seront enregistrées d'ici fin 2015. Soixante-dix pour cent des personnes enregistrées aux programmes MAMA par l'intermédiaire d'un ASC ont choisi de recevoir les messages au format RVI. Les femmes ayant reçu un meilleur niveau d'enseignement ainsi que les femmes vivant dans des régions urbanisées étaient plus disposées à recevoir leurs messages par SMS (Mendoza, 2013).

Afrique du Sud

Entre le lancement du programme et octobre 2013, plus de 200 000 femmes ont utilisé le service MAMA South Africa. Une campagne de tests utilisateur détaillée a été organisée au cours du programme pilote auprès de 22 femmes enceintes et jeunes mères sur une période de deux mois. Quarante pour cent de ces femmes ont estimé que le service leur avait apporté des informations nouvelles concernant la grossesse et les soins à dispenser aux enfants (par exemple, les signes du travail, l'importance d'un accouchement encadré dans une structure dédiée, l'âge d'introduction des aliments solides, les calendriers de vaccination, etc.). Toutes les mères ont indiqué avoir partagé ces informations avec les autres membres de leur communauté. Dans une prochaine évaluation formelle, 2 000 femmes seront prises au hasard afin d'évaluer l'impact de la messagerie sur la santé au regard de l'adoption de comportements en matière de santé et la souscription de services de santé.

Étude de cas 2 : Le programme Ananya

*Un programme multi-plateforme visant à
réduire la mortalité maternelle et infantile
dans l'État du Bihâr, en Inde*

Dédié aux prestataires et aux consommateurs, le programme Ananya utilise les technologies mobiles pour renforcer les connaissances des prestataires de soins de santé et des médias afin d'éduquer les consommateurs dans un effort visant à générer de la demande et à encourager l'utilisation de services de santé maternelle et infantile.

Contexte

Le Bihâr est l'un des États les plus pauvres de l'Inde, 40 % de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté et 80 % dans des régions rurales (BBC Media Action, 2012). Cet État compte 27 millions de femmes en âge de procréer et 18,5 millions d'enfants âgés de moins de six ans. Bien que le Bihâr ne représente que 8 % de la population indienne, on y recense 12 % des morts maternelles et 12 % des décès infantiles. Par ailleurs, 13 % de la totalité des enfants partiellement immunisés et 15 % de la totalité des enfants en sous-poids en Inde résident dans l'État du Bihâr (Smith, Rangarajan, Borkum et Dandona, 2011).

Il est difficile d'utiliser les moyens de communication traditionnels pour entrer en contact avec les femmes du Bihâr : seules 18 % des femmes âgées de 15 à 45 ans regardent la télévision et seulement 11 % écoutent la radio. En revanche, 90 % des jeunes mères possèdent un téléphone portable (MacPherson et Chamberlain, 2013).

Autre constat important : les 200 000 ASC vivant dans la région rurale de l'État du Bihâr possèdent ou ont accès à un téléphone portable. Dans le Bihâr, un ASC est généralement une femme d'âge moyen ayant reçu un enseignement de base, qui gère environ 1 000 patients et ne dispose que d'un accès limité à des formations et matériels adéquats (MacPherson et Chamberlain, 2013). Ces agents de santé ont la responsabilité de fournir des informations médicales et de dispenser des soins à des milliers de personnes qui, sans eux, ne pourraient bénéficier que de soins limités, voire en être totalement privés. À condition de les utiliser dans le cadre d'une stratégie, les applications mobiles de santé peuvent aider aussi bien les ASC que leurs patients et renforcer les messages sur la santé diffusés à travers tous les autres canaux médiatiques.



Photo avec l'aimable autorisation d'Ananya

PRÉSENTATION DU PROGRAMME ANANYA

Ananya : un terme Sanskrit qui signifie « unique » ou « différent des autres »

Lieu : Bihâr, Inde

Source de financement : Bill & Melinda Gates Foundation, en partenariat avec BBC World Service Trust.

Dates de mise en œuvre : 2010–2015

Résumé : autrefois connu sous le nom de Family Health Initiative, le programme Ananya fait tomber les obstacles liés à l'offre et à la demande afin de renforcer l'exécution, la couverture et la qualité des interventions de santé familiale au travers d'une synergie de six subventions complémentaires. Cette étude de cas s'intéresse à la subvention côté demande axée sur le changement de comportements, sur les normes sociales et sur l'auto-efficacité dans le but de soutenir la santé familiale par le biais d'une stratégie de communication multicanal. Pour plus d'informations sur le programme Ananya, consultez le site www.ananya.org.in.

Objectif : réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile de 40 % d'ici 2015 en résolvant les problèmes d'insuffisance de soins au cours de la période la plus vulnérable de la vie : les 1 000 jours qui s'écoulent entre la conception, la grossesse, la naissance et le deuxième anniversaire de l'enfant. Le programme met l'accent sur la planification familiale, les soins avant et après l'accouchement tant pour la mère que pour le nourrisson, l'allaitement maternel immédiat et exclusif, les soins et la nutrition des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, et la vaccination systématique. Le programme couvre également la promotion des règles d'hygiène et le traitement de la diarrhée, de la pneumonie et de certaines maladies négligées.

Approche en matière de TIC : intégrer l'utilisation des technologies mobiles dans une formule utilisant différents canaux de communication, notamment les médias, la radio, la télévision et le théâtre de rue, ainsi que des plateformes à la portée adaptée pour atteindre les femmes et leur donner davantage d'autonomie. Les composants mobiles incluent Mobile Academy (cours de formation à l'attention des ASC), Mobile Kunji (outil de travail pour les ASC) et Kilkari (service de message pour les familles).

Mise en œuvre

Le programme Ananya adopte une approche « à 360 degrés » pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. BBC Media Action utilise à la fois les communications directes, les TIC, les médias et le travail communautaire pour transmettre des messages d'urgence aux femmes du Bihâr. Le programme s'articule autour de trois principaux axes : (1) donner davantage d'autonomie aux ASC et atteindre les familles grâce aux applications mobiles ; (2) transmettre des messages essentiels par le biais des médias (télévision et radio) ; (3) engager et mobiliser la communauté au travers du théâtre de rue et de clubs d'écoute féminins.

Le programme a été initialement lancé dans huit districts prioritaires du Bihâr : Patna, Begusarai, Khagaria, Samastipur, East Champaran, West Champaran, Gopalganj et Saharsa. Selon un article publié dans la presse en juin 2013, la Bill & Melinda Gates Foundation aurait annoncé l'élargissement du programme à sept autres districts : Siwan, Sheohar, Muzaffarpur, Munger, Jehanabad, Darbhanga et Bhagalpur (The Telegraph, 2013). L'objectif global étant d'étendre le programme aux trente-huit districts du Bihâr d'ici à 2015.

Donner davantage d'autonomie aux ASC grâce aux applications mobiles

Mobile Academy est un programme de formation destiné aux ASC qui vise à développer et actualiser leurs connaissances des 10 comportements d'urgence et à parfaire leurs qualités de communication. Lancé en mai 2012, Mobile Academy utilise la réponse vocale interactive (RVI), technologie qui permet à une personne d'interagir avec un ordinateur grâce à la voix et au clavier, par le biais de touches sonores, et qui est accessible à partir de n'importe quel téléphone portable.

Pour accéder à Mobile Academy, les ASC doivent passer un appel facturé moins de 0,01 \$, soit environ 90 % de moins que les tarifs RVI normalement appliqués ; il est à noter cependant que ces frais sont à la charge des agents de santé. Les agents suivent une formation de 190 minutes, à leur rythme, au cours d'un ou plusieurs appels téléphoniques. Mobile Kunji, qui signifie « guide » ou « clé » en Hindi, est un outil de travail qui associe un service mobile basé sur la RVI à un jeu de cartes illustré délivrant des messages essentiels en matière de santé maternelle et infantile. Lorsqu'il se rend chez une famille, l'ASC compose le code individuel imprimé sur chaque carte pour

activer la lecture d'un message sur la santé. Les messages sont préenregistrés par « Dr. Anita », une femme médecin aussi engageante qu'autoritaire. Les messages donnent du poids aux informations que l'agent de santé cherche à transmettre à une famille (MacPherson et Chamberlain, 2013).

Mobile Kunji et Mobile Academy ont été déployés par le biais de formations physiques intensives sur trois jours visant à consolider les compétences interpersonnelles des ASC. Quarante mille ASC dans huit districts prioritaires du Bihâr ont été initialement formés. 160 000 ASC supplémentaires de l'État du Bihâr devraient normalement être formés à ces applications mobiles d'ici décembre 2015.

Au cours de la phase de recherche formative du projet, les ASC ont indiqué ne pas être en mesure de couvrir les frais d'une utilisation continue de Mobile Kunji et ont estimé que les frais devraient être supportés par le gouvernement dans la mesure où le service mobile profite aux familles. En réponse à ces attentes, la Bill & Melinda Gates Foundation a pris en charge le coût des appels Mobile Kunji pendant la première année du programme afin de démontrer au gouvernement l'efficacité du service, en particulier au sein des communautés défavorisées qui ne pourraient vraisemblablement pas s'offrir des services de téléphonie mobile.

Au vu de la réaction enthousiaste des agents de santé face à ce service et des taux d'adoption sensiblement supérieurs aux prévisions, le gouvernement du Bihâr a accepté de couvrir les frais d'appel courants au service Mobile Kunji utilisé par les ASC (MacPherson et Chamberlain, 2013).

Toucher les familles au travers de la santé mobile

Les familles comptant parmi leurs membres des femmes enceintes et des mères d'enfants âgés de moins d'un an peuvent également souscrire un service mobile distinct appelé Kilkari (qui désigne le gazouillis d'un bébé dans le langage Hindi familier). Le service vise à promouvoir des comportements sains et à générer de la demande autour des services de santé. Les abonnés au programme Kilkari reçoivent des appels RVI chaque semaine, dans leur langue, abordant des sujets liés à la santé maternelle et infantile.

Ces appels transmettent des informations adaptées à l'âge gestationnel (dans le cas d'une grossesse) ou à l'âge de l'enfant (après l'accouchement). Les messages sont là pour étayer les informations communiquées par l'ASC pendant ses visites à domicile, rappeler les comportements sains aux abonnées et les encourager à suivre le calendrier de soins recommandé par le Ministère de la Santé du Bihâr. Ce service est accessible à environ 90 % des abonnées du Bihâr, depuis n'importe quel téléphone portable, moyennant des frais minimum. Le service Kilkari est facturé 1 roupie par message (0,02 \$).

Interventions médiatiques et communautaires

Les composants de santé mobile décrits ci-dessus viennent compléter les interventions médiatiques et communautaires également mises en œuvre dans la région du Bihâr dans le cadre du programme Ananya. Les applications mobiles renforcent les messages sur la santé qui sont communiqués aux familles du Bihâr dans le cadre de sept campagnes de communication qui se dérouleront jusqu'en 2015.

La campagne de communication est axée sur différents thèmes, notamment l'espacement des grossesses, la préparation à l'accouchement et le renforcement des messages véhiculés par les ASC au cours de leurs visites à domicile. Un programme radio grand format informe les auditeurs sur les problèmes critiques liés à la santé maternelle et infantile, des aspects également abordés dans les clubs d'écoute féminins. Dix mille représentations assurées par des compagnies de théâtre de rue locales sont également planifiées afin d'engager les familles au travers de représentations interactives et divertissantes qui véhiculent des informations importantes concernant la santé familiale.

Théorie du modèle de changement

Comme indiqué précédemment, les TIC et les nouveaux médias peuvent gagner en efficacité lorsqu'ils sont intégrés dans un programme de création de la demande qui incorpore plusieurs canaux de communication adaptés aux besoins du public visé et associés à des services de santé existants.

L'un des objectifs d'Ananya est de développer et mettre en œuvre des stratégies de messagerie médiatique et mobile au niveau de la population. Les activités qui sous-tendent la réalisation de cet objectif sont les suivantes : 1) développer et mettre en œuvre une stratégie de communication, des canaux et des messages multimédias ; 2) créer des services de communication sur mobile ; 3) développer des partenariats avec le secteur privé autour de la diffusion de messages axés sur le changement de comportement.

Ces activités visent à renforcer la portée des messages sur la santé familiale par le biais des médias et des canaux mobiles.

Les résultats sont conséquents : sensibilisation croissante des individus et des ménages aux services de santé familiale, augmentation du nombre d'interactions autour de la santé familiale tant au niveau de la communauté que des établissements, adoption accrue de comportements positifs pour la santé familiale au niveau de la communauté et de la population. Des évolutions qui doivent normalement favoriser une baisse de la mortalité et une amélioration des résultats sanitaires.

L'extension à grande échelle est également une composante essentielle de l'initiative Ananya. Comme le montre le modèle logique, il est supposé que le programme pourra être étendu et qu'une fourniture à grande échelle de services et interventions percutants en matière de santé familiale réduira considérablement la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantiles.

Au terme de la mise en œuvre et de l'extension du programme à travers l'État du Bihâr, Mathematica Policy Research, Inc. entreprendra une évaluation rigoureuse du processus afin de mesurer l'étendue de cette mise à l'échelle, d'en comprendre et documenter le processus, et d'identifier les facteurs qui ont facilité et freiné l'extension du programme dans le Bihâr.

Résultats

Mathematica Policy Research, Inc. est en charge de l'évaluation du programme Ananya. Bien qu'il soit prématuré de rendre compte des impacts globaux du programme sur la santé, les résultats obtenus à ce jour sont tout à fait prometteurs.

Entre août 2012 et février 2013, l'utilisation des services Mobile Academy et Mobile Kunji a été huit fois supérieure aux attentes. Bien que seulement 40 000 agents aient été initialement formés à l'utilisation de Mobile Kunji, près de 75 000 utilisateurs uniques ont appelé le service au cours de ces sept premiers mois. Par ailleurs, 1,4 million de minutes de messages ont été écoutés pendant cette période (chaque message de Mobile Kunji dure un peu plus d'une minute) (MacPherson et Chamberlain, 2013). Comme il a été précisé ci-dessus, le gouvernement finance le coût des appels passés à Mobile Kunji.

Malgré des coûts d'appel payants pour bénéficier du service Mobile Academy, 21 500 ASC ont appelé le service au cours des sept premiers mois. Ces appelants ont accédé à plus de 1,7 million de minutes de contenu. Sur les 21 500 appelants, 22 % (soit 4 730 appelants) ont déjà suivi la formation Mobile Academy et doivent se voir remettre des certificats prouvant leur réussite à l'examen (MacPherson et Chamberlain, 2013).

Certaines preuves anecdotiques démontrent également l'impact de ces services sur la santé. Un médecin et responsable encadrant des agents de santé dans le district de Gopalganj a observé une recrudescence de femmes dans la structure sanitaire locale après la mise en œuvre de Mobile Academy et de Mobile Kunji. Ce responsable attribue ce pic de fréquentation à l'amélioration de l'efficacité des agents de santé, dont la quasi-majorité a suivi le cours Mobile Academy. Une femme enceinte a également affirmé s'être laissée convaincre par son agent de santé et par Mobile Kunji de s'enregistrer afin de bénéficier gratuitement de produits et services de santé gouvernementaux (MacPherson et Chamberlain, 2013).

**Étude de cas 3 :
Technologie mobile pour la santé
communautaire (Mobile Technology
for Community Health)
(MOTECHE)**

Soutenir les prestataires et les clients au Ghana

L'initiative Mobile Technology for Community Health (MOTECHE) se propose comme objectif d'utiliser la téléphonie mobile pour augmenter la quantité et la qualité des soins prénataux et néonataux dans les régions rurales du Ghana, dans le but d'améliorer les résultats sanitaires pour les mères et leurs nouveau-nés.

L'approche des TIC englobe les applications mobiles visant aussi bien les consommateurs de services de santé que les prestataires de soins.

Contexte

Le Ghana a déployé des efforts considérables pour fournir des soins de santé à ses 25 millions de citoyens. Pourtant, en dépit d'efforts dédiés, des problèmes sanitaires importants sont encore à déplorer, notamment au niveau du nombre de décès liés à l'accouchement. En 2010, le risque de mort maternelle calculé sur l'ensemble de la durée de vie était de 1 femme sur 68 ; en 2011, le taux de mortalité infantile était quant à lui estimé à 52 pour 1 000 (UNICEF, 2013).

Bien que la pénétration de la téléphonie mobile ait rapidement dépassé celle de la téléphonie fixe au

Ghana, on observe d'importantes disparités dans les régions rurales du pays et, si certaines femmes enceintes possèdent leur propre téléphone portable, le schéma classique consiste à partager un téléphone portable avec la famille, voire dans certains cas, avec la communauté tout entière.

La pratique du « flashing » y est largement répandue ; cette pratique consiste à appeler volontairement un correspondant pendant quelques secondes de manière à faire sonner le téléphone, puis à raccrocher avant que l'interlocuteur ne décroche pour inciter ce dernier à rappeler (et donc payer l'appel). Certaines études estiment que les appels de « flashing » représentent 20 à 30 % de la totalité des appels passés en Afrique (Grameen Foundation, 2012).

Mise en œuvre

Le système MOTECHE a été lancé en juillet 2010 dans le district de Kassena-Nankana ainsi que dans le district voisin de Kassena-Nankana West, qui disposent de 27 structures de services de planification de la santé communautaire (SPSC)



Photo avec l'aimable autorisation de MOTECHE

PRÉSENTATION DE L'INITIATIVE MOTECH

Lieu : Ghana

Partenaires : Ghana Health Service, Grameen Foundation et Columbia University's Mailman School of Public Health. Financé par une subvention de la Bill & Melinda Gates Foundation

Date de lancement : juillet 2010

Résumé : MOTECH est un programme de logiciel open source qui a pour objectif de diffuser des informations médicales auprès des populations défavorisées. MOTECH propose un ensemble de services couvrant les cinq principaux domaines fonctionnels de la santé mobile, à savoir le changement de comportement et la création de demande, la gestion des données des patients, les performances du personnel, la chaîne d'approvisionnement locale et l'adhésion des patients. Pour plus d'informations sur l'initiative MOTECH, consultez le site www.ghsmotech.org.

Objectif : l'initiative MOTECH se propose comme objectif d'utiliser la téléphonie mobile pour augmenter la quantité et la qualité des soins prénataux et néonataux dans les régions rurales du Ghana, dans le but d'améliorer les résultats sanitaires pour les mères et leurs nouveau-nés, en axant ses efforts sur la promotion de l'utilisation des services d'informations médicales afin d'augmenter la demande de soins.

Approche en matière de TIC : l'approche en matière de TIC inclut deux applications mobiles : Mobile Midwife, qui transmet aux femmes des informations médicales pertinentes pendant leur grossesse ; et Nurses' Application, qui permet aux agents de santé d'utiliser des téléphones portables pour gérer les dossiers électroniques et récupérer des informations sur les patients.

et de huit centres de santé. MOTECH a, par la suite, été étendu au district d'Awutu Senya, dans la Région du Centre, et pourrait être déployé à l'échelle nationale (Grameen Foundation, 2012).

La plate-forme MOTECH se caractérise avant tout par sa simplicité ; les programmes existants peuvent s'adapter et intégrer la plate-forme MOTECH sans nécessiter d'importantes ressources de conception. Elle est simple aussi bien pour les développeurs que pour l'utilisateur final.

MOTECH offre deux services de santé mobile intégrés : Mobile Midwife, axé sur le patient, Nurses' Application, axé sur le prestataire.

Mobile Midwife

Le service Mobile Midwife permet aux femmes enceintes et à leur famille de recevoir des messages par SMS ou par RVI, technologie qui permet à un appelant d'interagir avec un ordinateur grâce à la voix et au clavier, par le biais de touches sonores. Il est proposé gratuitement aux utilisateurs (Grameen Foundation, 2012).

Les messages hebdomadaires contiennent des informations adaptées en fonction du stade de grossesse et/ou de l'âge du nourrisson. Ils combinent :

- des alertes et des rappels de soins (ex. rappels de traitements spécifiques, tels que soins prénataux ou vaccin contre le tétanos) ;
- des informations et conseils pratiques visant à aider les femmes à surmonter certaines difficultés qu'elles peuvent rencontrer pendant la grossesse (ex., des conseils pour économiser de l'argent afin de payer leur transport vers une structure sanitaire le jour de l'accouchement, des conseils sur le contenu de la trousse de naissance, des informations relatives à la nutrition, etc.) ;
- Des informations pédagogiques, notamment les étapes du développement fœtal, la promotion des bonnes pratiques en matière de santé, ainsi que des chansons prônant l'allaitement maternel.

Pour chaque semaine de grossesse, la femme enceinte reçoit un message principal et a la possibilité d'écouter deux messages supplémentaires. Les messages sont adaptés à la personne compte tenu de son stade de grossesse, de ses antécédents médicaux, de sa localisation, de ses valeurs communautaires et des normes en matière de recherche de soins et de conseils.

Étant donné la prévalence des téléphones partagés et la culture de la domination masculine au Ghana, la majorité des messages envoyés par le biais du service Mobile Midwife sont destinés à être entendus aussi bien par la femme enceinte que par les membres de sa famille. Ce sont les « parents enceints », comme les appelle MOTECH qui, par ailleurs, propose des messages adaptés à l'attention des hommes uniquement, ainsi que d'autres messages destinés à être partagés avec la communauté au sens large afin de dissiper les mythes et pratiques culturels (Grameen Foundation, 2012).

Tous les messages SMS diffusés dans le cadre du programme Mobile Midwife sont rédigés en anglais. Les messages RVI sont transmis en anglais ou dans quelques langues locales. Par exemple, au cours de la première mise en œuvre de MOTECH, deux langues de la Région du Haut Ghana oriental étaient proposées pour la diffusion des messages RVI : le Kasem et le Nakam. Deux langues supplémentaires, le Senya et le Fanta, sont désormais prises en charge par le système de message RVI dans le district d'Awutu-Senya de la Région du Centre.

Une femme s'inscrit au service Mobile Midwife par l'intermédiaire d'une infirmière communautaire ou d'un ASC. L'agent de santé demande des informations pertinentes de contact et de localisation (de manière à pouvoir associer la patiente à la structure sanitaire la plus proche), mais aussi des informations démographiques, l'âge gestationnel, l'accès au téléphone (personnel ou partagé), le choix de messages SMS ou vocaux, le choix de la langue (dans le cas de messages vocaux) et le jour/ l'heure pendant lesquels elle préfère recevoir les messages. L'infirmière saisit toutes ces

informations dans un formulaire d'inscription MOTECH disponible sur son téléphone ou auprès du centre d'appels MOTECH. Une fois inscrite, la patiente reçoit un identifiant MOTECH qu'elle pourra utiliser pour récupérer ses messages (Grameen Foundation, 2012).

Le système MOTECH a été conçu pour être disponible et accessible au plus grand nombre et pour faire face à la pratique courante du flashing, dont il a été question plus haut. Le système MOTECH rappelle une abonnée lorsqu'il reçoit un « flash » et la dirige vers le menu principal du système RVI.

Un petit code gratuit a été mis en place pour permettre à toute femme privée d'accès à son propre téléphone portable ou à celui du foyer de récupérer ses messages. Les femmes peuvent composer ce code gratuit depuis n'importe quel téléphone mobile, quel que soit l'opérateur. Une fois connectée au service MOTECH, elle est invitée par le système RVI à saisir son identifiant MOTECH, qui l'identifie et lui permet de récupérer son message personnalisé.

Les messages sont transmis à la femme le jour et l'heure qu'elle a sélectionnés au moment de son inscription. Il arrive pourtant fréquemment qu'une femme manque un message (par exemple, indisponibilité, batterie déchargée, perte de réseau, appel manqué, etc.).

Le système MOTECH classe tout message qui a été écouté pendant moins de cinq secondes dans la catégorie des messages non reçus et rappelle immédiatement la femme. Le système effectue trois tentatives de connexion et, en cas d'échec, rappelle la femme le lendemain à la même heure (Grameen Foundation, 2012).

Nurses' Application

La Nurses' Application aide les infirmières communautaires et les autres agents de santé communautaire à enregistrer et tracer les soins dispensés aux femmes et aux nourrissons au moyen de téléphones portables GSM à bas coût. Les agents de santé peuvent également utiliser un formulaire de l'application mobile

pour interroger la base de données afin d'obtenir certaines informations spécifiques, par exemple les patientes en retard à des rendez-vous, les patientes en retard par rapport au terme, celles qui ont récemment accouché, mais aussi l'adresse d'une personne ou les soins prévus prochainement. Les dossiers et données médicaux des patientes sont transférés du téléphone vers un système de dossiers médicaux électronique central stocké sur le serveur MOTECH.

Résultats

Mobile Midwife

Au cours des 26 mois qui ont suivi le lancement du système en juillet 2010, 11 490 membres se sont inscrits au programme Mobile Midwife et 57 921 messages ont été envoyés aux abonnées. Quatre-vingt-dix pour cent des abonnées ont choisi de recevoir des messages vocaux plutôt que des SMS, et la majorité des abonnées étaient des femmes âgées de 21 à 30 ans. En moyenne, 42 % des abonnées qui écoutent le message principal écoutent également le message secondaire et 36 % écoutent le troisième message (Grameen Foundation, 2012).

En juillet 2011, un an après le lancement de MOTECH, Grameen Foundation a demandé à un consultant indépendant de mener une étude qualitative afin de mieux comprendre le mode d'utilisation du système et les problèmes soulevés. Six groupes de discussion de six à neuf participants ont été mis en place. Sans surprise, les femmes qui possédaient leur propre téléphone n'ont signalé aucun problème d'accès à leurs messages. Les femmes qui partageaient un téléphone ont exprimé davantage de difficulté à récupérer leurs messages, en raison de l'absence des personnes avec qui elles le partagent ou de difficulté à naviguer sur le téléphone pour composer l'identifiant MOTECH.

La grande majorité des femmes a déclaré apprécier le contenu et la nature individualisée des messages. La majorité des personnes interrogées était en mesure de se souvenir de certains messages (Grameen Foundation, 2012).

Les conclusions des groupes de discussion ont révélé que la crédibilité des messages dépendait davantage de l'expérience personnelle que de l'origine du message. Les messages Mobile Midwife sont envoyés aux femmes pour leur expliquer les changements qui interviennent dans leur corps au cours de la grossesse. Lorsque les femmes vivent cette expérience, une base de crédibilité est établie pour les messages à venir. Le fait que le message provienne du Service sanitaire du Ghana, de MOTECH ou d'une clinique donnée n'avait que peu d'importance pour ces femmes.

Ces messages ont souvent été vecteurs d'un changement de comportement, incitant par exemple les femmes à se présenter rapidement au centre de santé pour leur accouchement, plutôt que d'attendre à la maison. Les groupes de discussion se sont plus particulièrement intéressés à la manière dont les femmes ont modifié leur comportement à la suite de ces messages. Les changements mentionnés couvraient aussi bien l'ensemble de la grossesse que l'accouchement et les soins postnataux. À signaler notamment des changements de régime alimentaire tant chez les femmes enceintes que chez les nourrissons, mais aussi une plus grande fréquentation des services de santé pour la grossesse, l'accouchement et les soins du nourrisson. La majorité des femmes ont pu expliquer de quelle manière les messages ont modifié leur comportement ou celui de leurs proches.

Bien que les femmes aient reconnu la valeur des messages Mobile Midwife, elles ont admis la difficulté à payer ces messages en raison de leur dépendance financière à leur mari. Elles ont expliqué qu'il était souvent déjà difficile de réunir l'argent nécessaire pour s'alimenter correctement et couvrir les frais de transport vers la clinique.

Entre mars et mai 2012, des entrevues ont été organisées chaque mois avec 30 nouvelles clientes de Mobile Midwife dans le district d'Awutu-Senya (Région du Centre), afin d'évaluer leur expérience. Au total, 90 participantes ont été sélectionnées au hasard dans la base de données. Les résultats ont confirmé le fait que les schémas d'écoute variaient sensiblement

selon que les femmes possèdent ou non un téléphone portable. Quarante-trois femmes interrogées ont exprimé une difficulté à accéder au système MOTECH à l'aide de la RVI, les problèmes les plus courants étant liés au fait de ne pas connaître le numéro d'appel pour l'accès aux messages, au fait de ne pas connaître l'identifiant MOTECH et à la difficulté à naviguer dans le système RVI.

Nurses' Application

En septembre 2012, 31 structures et 175 agents de santé participaient à l'initiative MOTECH. Ces agents ont chargé 124 446 rencontres avec un patient *via* leur téléphone portable. L'un des objectifs du système MOTECH est d'automatiser

les rapports afin d'éviter aux agents de santé de perdre du temps à renseigner manuellement leurs rapports.

Le système de santé du Ghana a lancé une mesure d'incitation en proposant aux infirmières de ne plus avoir à produire des rapports manuels si elles obtiennent un taux d'exactitude de 80 % pour la saisie des données à l'aide de l'application mobile pendant trois mois consécutifs. Les infirmières de 7 des 15 structures de la Région du Haut Ghana oriental ont atteint cet objectif. Dans la région d'Awutu-Senya, les agents de 4 des 12 structures SPSC ont atteint cet objectif en seulement cinq mois.

Recommandations pour l'utilisation des TIC en vue de générer de la demande autour des produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive

Les trois études de cas décrites présentent des exemples de différents modèles d'utilisation des TIC et des nouveaux médias pour stimuler la demande de produits et services SINMR. Un certain nombre de recommandations peuvent dériver de ces études de cas afin d'appliquer les leçons apprises dans les futurs programmes de création de la demande :

1 Envisager une stratégie de communication intégrée. Les TIC et les nouveaux médias sont plus efficaces s'ils sont utilisés dans le cadre d'une stratégie de création de demande intégrée, dans laquelle les applications mobiles sont complétées par d'autres canaux de communication, telles que la communication interpersonnelle, les activités à base communautaire et les médias. L'un des points forts du programme Ananya réside dans son approche à 360 degrés : outre les applications mobiles axées sur les agents de santé et les consommateurs, le programme intègre une mobilisation communautaire et des activités médiatiques. Les programmes de cette nature, c'est-à-dire les programmes complets qui s'appuient sur une approche de la santé intégrée et à plusieurs volets, s'imposent comme des modèles de référence pour les programmes de création de la demande.

2 Envisager plusieurs TIC et services, produits et applications dérivés des nouveaux médias pour atteindre le public visé. Un meilleur accès aux informations médicales est un moyen d'accroître la demande de services de santé. Les études de cas présentées ici incluent toutes l'utilisation des technologies mobiles par le biais de la messagerie SMS ou RVI. Mais l'utilisation de plusieurs TIC et services, produits et applications dérivés des nouveaux médias dans le but d'atteindre le public visé permet de renforcer l'impact d'un programme, comme on a pu le voir ici dans le cas de MAMA South Africa. Par exemple, les directeurs de programmes peuvent considérer l'utilisation de produits d'accompagnement, tels qu'un site Web ou un site de réseau social (par ex. le portail communautaire dynamique ou le site mobile www.askmama.mobi de MAMA South Africa, ou encore le réseau social mobile populaire de MAMA, MXit).

3 Adapter les messages sur la santé à chaque abonnée. L'un des principaux avantages des TIC et des nouveaux médias par rapport aux médias traditionnels réside dans leur capacité à personnaliser le message pour

s'adapter aux besoins et situations spécifiques de l'utilisateur. Cette capacité de personnalisation a été utilisée non sans succès dans les études de cas et a permis aux femmes enceintes, aux mères et aux agents de santé d'accéder au contenu le mieux adapté à leurs besoins (par exemple, des messages délivrés dans la langue de l'abonnée et correspondant à leur stade de grossesse ou à l'âge de leur enfant). Dans l'application Mobile Midwife de MOTECH, l'élaboration et l'ajustement du contenu des messages ont été probablement les éléments les plus déterminants pour la réussite globale du projet.

4 Impliquer les décideurs du ménage lorsque cela est nécessaire. Dans les régions où les femmes ne jouent pas le rôle de décideur au sein du ménage, d'autres membres de la famille (en général les maris et/ou belles-mères) sont assimilés à des « protecteurs » pour ce qui a trait à de nombreux services, notamment ceux liés à la santé et à la technologie. C'est en veillant à reconnaître et composer avec l'influence de ces protecteurs que la population cible, c'est-à-dire les jeunes mères et les femmes enceintes, seront en mesure d'utiliser le téléphone portable de leur famille pour recevoir des informations médicales vitales. Par exemple, MAMA Bangladesh a impliqué les protecteurs en leur proposant chaque semaine, s'ils le souhaitent, un message SMS supplémentaire spécialement rédigé à l'attention des maris et des belles-mères. Dans le programme MOTECH, l'inclusion des publics d'influence a été un moyen de garantir que les femmes enceintes et les jeunes mères accèdent aux messages importants.

5 Positionner les TIC et les nouveaux médias dans un système plus vaste comprenant la prestation de services. Les téléphones portables représentent un outil capable de fournir des solutions plus efficaces pour améliorer la demande de produits et services SINMR. Cependant, pour que les programmes de création de demande atteignent toute leur efficacité, les planificateurs doivent s'assurer que

des interventions cliniques appropriées existent et sont disponibles avant d'autoriser le lancement du programme. Par exemple, si l'initiative MOTECH possédait tous les moyens nécessaires pour faire venir des patients dans une structure sanitaire afin de se faire vacciner, l'administration de la structure rencontrait certaines difficultés pour stocker et réfrigérer les vaccins.

6

Planifier rapidement l'extension du programme.

Tous les programmes ne justifient pas une extension ; en revanche, tous les programmes devraient planifier une extension potentielle au cours de la phase de conception afin d'éviter les obstacles possibles, ou du moins de mieux y faire face. La planification et l'anticipation facilitent à terme l'adoption du programme à grande échelle. Le plan de projet du programme Ananya prévoyait un lancement initial dans huit districts du Bihâr entre 2012 et 2013, suivi d'un élargissement au reste de l'État du Bihâr avant 2015. Le coût de l'approche globale du programme Ananya pour l'amélioration de la santé familiale influencera les décisions en matière de répliation et d'extension. Reconnaisant ce fait au cours du développement du programme, les plans d'évaluation ont été conçus de manière à inclure une analyse des coûts permettant de générer une estimation des coûts globaux du programme, des coûts de ses principales composantes, des coûts de répliation et des principaux facteurs de coûts. En outre, les évaluateurs (Mathematics Policy Research, Inc.) tenteront de déterminer la rentabilité du programme et des solutions à forte valeur ajoutée, ainsi que l'évolution de cette rentabilité au cours du déroulement du programme Ananya. Les plans d'évaluation incluent également une évaluation rigoureuse du processus afin de mesurer l'étendue de la mise à l'échelle, d'en comprendre et documenter le processus, et d'identifier les facteurs qui ont facilité et freiné l'extension du programme dans l'État du Bihâr.

7

Planifier dans l'esprit du développement durable, développer un financement durable.

Les planificateurs de programmes ont tout intérêt à inclure le développement durable dans le développement de leur programme. L'un des objectifs de MOTECH a été d'identifier un modèle commercial durable afin de supporter les coûts d'exploitation courants du service, bien que les partenaires du programme y voient une initiative complexe. La population du Ghana est relativement modeste, ce qui signifie que peu de femmes enceintes

ont les moyens et la volonté de payer en échange du service Mobile Midwife. Les partenaires du programme recherchent sans cesse de nouvelles solutions pour rendre ce programme accessible et autonome.

Bien que le programme Ananya ait identifié le gouvernement comme principale source de financement du programme, le gouvernement recherchait d'abord des preuves de la valeur et de l'impact du programme en tant que solution économique pour la dispense de soins aux personnes défavorisées. Le donateur externe a accepté de prendre en charge le coût des appels passés au service Mobile Kunji pendant la première année. L'évaluation du programme pilote a apporté au gouvernement la preuve de l'enthousiasme exprimé pour ce service. Sensible à l'impact positif de Mobile Kunji sur la santé maternelle et infantile, le gouvernement de Bihâr a accepté de couvrir les frais d'appel courants des agents de santé utilisant le service.

8

Former des partenariats stratégiques.

Tirer parti de l'expertise des gouvernements, des associations à but non lucratif et des secteurs de la technologie et de la téléphonie mobile. L'implication des principaux intervenants dès les premières phases du processus a pour effet de renforcer la maîtrise au niveau local ainsi que la qualité et la durabilité du programme. Par exemple, il a été suggéré de conclure un partenariat stratégique avec les opérateurs de réseaux mobiles locaux qui ont le plus de chance d'assurer en continu la partie marketing du projet. Il est à noter que les relations avec les partenaires nécessitent souvent une attention et des efforts ciblés tout au long du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme. Par exemple, les infirmières ont d'abord perçu MOTECH comme un « projet », et non comme un nouvel élément essentiel pour leur rôle d'employé du Service de santé du Ghana. En impliquant le Service de santé du Ghana de manière plus transparente dans les activités du programme, les infirmières ont commencé à considérer plus sérieusement le travail associé à l'initiative MOTECH, qui s'est traduit par une amélioration de la qualité et de l'homogénéité des données. Pour plus d'informations sur les partenariats public-privé autour de la création de la demande, consultez le kit de mise en œuvre de création de demande pour les produits sous-utilisés du secteur de la SINMR (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch>).

Références

- BBC Media Action. Tackling maternal and child health in Bihar: The Ananya Program. (2012). Retrieved from http://www.bbc.co.uk/mediaaction/where_we_work/asia/india/india_sdp_overview_august_2012.html
- Cheers, I. M. (2013, May 10). In South Africa, using mobile technology to improve maternal health access. PBS News Hour. Retrieved from <http://www.pbs.org/newshour/rundown/2013/05/in-south-africa-using-mobile-technology-to-improve-maternal-health-access.html>
- Grameen Foundation. (2012). Mobile technology for community health in Ghana: What it is and what Grameen Foundation has learned so far (Second ed.). Retrieved from <http://www.grameenfoundation.org/sites/grameenfoundation.org/files/MOTECH-Lessons-Learned-Sept-2012.pdf#overlay-context=what-we-do/health>
- International Development Association (IDA). (2007). IDA at work: Private sector development: Mobile phones create opportunities for villagers in Bangladesh. Retrieved from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/A/0,,contentMDK:21338024~menuPK:4754051~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html>
- MacPherson, Y., & Chamberlain, S. (2013). Health on the move: Can mobile phones save lives? Policy Briefing #7. BBC Media Action. Retrieved from http://www.bbc.co.uk/mediaaction/publicationsandpress/policy_mhealth.html
- Mendoza, G., Okoko, L., Morgan, G., & Konopka, S. (2013). mHealth compendium, volume two. Arlington, VA: African Strategies for Health Project, Management Sciences for Health.
- Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA). (2011). Global monitoring and evaluation (M&E) framework. Retrieved from http://mobilemamaalliance.org/sites/default/files/MAMA_Global_MEPlan_FINAL_all.pdf
- Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA) (n.d.). MAMA Bangladesh. Retrieved from <http://www.mobilemamaalliance.org/mama-bangladesh>
- Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA). (n.d.) Mama Bangladesh formative research report. Retrieved from http://mobilemamaalliance.org/sites/default/files/MAMA_Bangladesh_FormativeResearch_Summary.pdf
- Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA). (2013). Who we are. Retrieved from <http://www.mobilemamaalliance.org/who-we-are>
- Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA) South Africa. (2013). MAMA South Africa. Retrieved from <http://www.mobilemamaalliance.org/mama-south-africa>
- Narku Dowuona, S.N. (2013, February 4). Mobile penetration cross 100% in Ghana. Modern Ghana. Retrieved from <http://www.modernghana.com/news/443415/1/mobile-penetration-cross-100-in-ghana.html>
- Rangarajan, A., Smith, K., Borkum, E., O'Neil, S., & Christensen, A. (2011). Measurement, learning, and evaluation framework for the Bihar Initiative. Revised report. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
- Smith, K., Rangarajan, A., Borkum, E., & Dandona, L. (2011). Measurement, learning, and evaluation for the Ananya Program (Family Health Initiative in Bihar) Design report. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
- The Telegraph. (2013, June 20). Gates widen Ananya scope – Foundation to extend medical aid to seven more districts. Calcutta, India: The Telegraph. Retrieved from http://www.telegraphindia.com/1130620/jsp/bihar/story_17024727.jsp#.UnRgifmTiSo
- UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health (2012). Commissioner's report. Retrieved from http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2013). Bangladesh: Country statistics [Data file]. Retrieved from http://www.unicef.org/infobycountry/bangladesh_bangladesh_statistics.html
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2013). Ghana: Country statistics [Data file]. Retrieved from http://www.unicef.org/infobycountry/ghana_statistics.html#106
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2013). South Africa: Country statistics [Data file]. Retrieved from http://www.unicef.org/infobycountry/southafrica_statistics.html#106
- World Health Organization (WHO). (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies: Second global survey on eHealth (Global observatory for eHealth series, Vol. 3). Geneva, Switzerland: WHO.
- Xinhuanet News. (2013, September 29). Bangladesh's top cell phone operator opens 3G mobile network. Retrieved from http://news.xinhuanet.com/english/sci/2013-09/29/c_132762137.htm



Life
Saving
Commodities
Improving access,
saving lives

