COMMUNICATION POUR UN IMPACT COMPORTEMENTAL (COMBI)

Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques

unicef

Organisation mondiale de la Santé

WHO/HSE/GCR/2012.13

COMMUNICATION POUR UN IMPACT COMPORTEMENTAL (COMBI)

Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques

Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait à terme être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé au Luxembourg.

Table des matières

Avant-propos vi

Remerciements vii

Acronymes et abréviations ix

Glossaire x

Introduction 1

Section 1 : État de préparation à une flambée épidémique : savoir préalable essentiel 3

Communication pour un impact comportemental (COMBI), éducation sanitaire, connaissances de base en santé, promotion de la santé, communication sur les risques communication sur les flambées épidémiques et mobilisation sociale 4

Flambées épidémiques et stratégies de riposte 5

Qu'est-ce que COMBI ? 10

Dimensions critiques de la mobilisation communautaire en cas de flambée épidémique 12

Suivi et évaluation pendant une flambée épidémique 13

Section 2 : Riposte à une flambée épidémique : mesures déployées 17

Introduction 17

Structure programmatique, gestionnaire et administrative du dispositif de riposte 19

Les sept étapes de la planification COMBI 25

Section 3 : Outils et modèles pour la collecte et l'analyse des données 47

Introduction : Outils devant aider à comprendre le contexte organisationnel 48

Étape 1 de la planification COMBI : Définir les objectifs comportementaux préliminaires 52

Étape 2 de la planification COMBI : Rapide étude de marché 53

Étapes 3 et 4 de la planification COMBI : Affiner les objectifs et concevoir une stratégie générale 58

Étape 5 de la planification COMBI : Concevoir des plans d'action détaillés et un budget 64

Étapes 6 et 7 de la planification COMBI : Suivi et évaluation des interventions 65

Section 4 : Ressources essentielles, études de cas et fiches d'information 69

Introduction : Approches anthropologiques de la riposte aux flambées épidémiques 70

Concepts du marketing, et théories et modèles comportementaux 80

Études de cas 89

Faits essentiels relatifs aux principales maladies à tendance épidémique 113

Section 5 : Bibliographie complémentaire 117

Approches anthropologiques des flambées épidémiques 118

Promotion de la santé 119

Flambées épidémiques et maladies à tendance épidémique 119

Une pandémie de grippe et grippe aviaire 119

Méthodes de recherche, suivi et évaluation 120

Avant-propos

Les maladies nouvelles et émergentes observées chez les êtres humains au cours de ces vingt dernières années sont imputables pour les trois quarts à des agents pathogènes d'origine animale ou émanant de produits d'origine animale. Faute de comprendre exactement comment ces maladies apparaissent et se transmettent, il nous est souvent difficile de détecter, de combattre et de limiter leurs effets négatifs. Le VIH/sida, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la grippe A (H1N1) de 2009, la grippe aviaire hautement pathogène à H5N1 et les maladies dues aux virus Lassa, Ebola et Nipah sont autant d'exemples récents de maladies infectieuses apparues à l'interface des écosystèmes animal et humain. Les épidémies non zoonotiques qui surviennent périodiquement, épidémies de choléra, de paludisme, de méningite et de rougeole notamment, restent par ailleurs des défis majeurs.

Les facteurs responsables des épidémies et des nouvelles maladies infectieuses sont complexes. L'exploitation et la détérioration de l'environnement, jointes à sa mauvaise gestion, favorisent la mutation des virus et de leurs vecteurs et le renforcement de leur potentiel infectieux et de leur virulence. Les déplacements de populations, l'urbanisation, la pauvreté, le surpeuplement et la faiblesse des infrastructures sanitaires créent des conditions idéales pour la prolifération des maladies infectieuses. La mondialisation, les transports internationaux, et la demande et le commerce croissants d'animaux et de produits d'origine animale accélèrent et élargissent la propagation des maladies ; ces facteurs aident à transformer les flambées locales en épidémies qui s'étendent simultanément à de nombreux pays. La résistance aux antimicrobiens ajoute à la complexité de ce paysage en évolution constante.

De même que le monde se transforme en permanence, les risques de flambées de maladies et leur gestion ne cessent d'évoluer. Jamais la coopération entre les secteurs de la santé animale et de la santé humaine n'a été aussi indispensable. Des approches intersectorielles et pluridisciplinaires sont devenues essentielles compte tenu des conditions comportementales, physiques, culturelles, économiques, politiques et juridiques dans lesquelles ces maladies émergent, prennent de l'ampleur et se transmettent.

Les interventions comportementales et sociales sont devenues un élément fondamental des mesures destinées à atténuer les effets des flambées, l'efficacité des stratégies de prévention, de lutte et de réduction dépendant fortement, dans de nombreux cas, de l'association, de la participation et de l'adhésion de la communauté, et de la coordination et de la collaboration intersectorielles. L'un des éléments clefs de cette nouvelle approche est l'engagement en faveur de stratégies intégrées, techniquement fiables, incluant une communication sanitaire efficace au nombre des objectifs de la lutte contre les flambées. Les spécialistes savent désormais que la connaissance qu'a la communauté des maladies et de leur propagation est complexe, qu'elle dépend du contexte, et qu'elle passe par la culture. L'intégration d'approches participatives dans les ripostes de la santé vétérinaire et de la santé publique permettra de regarder au bon endroit, de poser les bonnes questions et d'écouter plus attentivement avant de formuler des recommandations techniques et de mettre en œuvre les interventions.

Cette notion repose avant tout sur la communication. Il s'agit là d'un processus qui encourage le dialogue entre tous les acteurs associés à l'action déployée pour prévenir et combattre les flambées, et notamment les communautés touchées et les personnes à risque. En définitive, ce processus peut contribuer à resserrer les liens, renforcer la confiance et accroître la transparence entre tous ceux qui s'emploient à éviter une flambée ou à y mettre fin.

Le message que contient le présent outil est important. Il exhorte tous les acteurs concernés à prendre des initiatives, à chercher à obtenir des informations et des éclaircissements selon un processus planifié et systématique, étayé par des faits, des modèles efficaces et des pratiques appropriées. Valable pour toutes les personnes associées à la préparation et à la riposte aux flambées, il les encourage, sur la base de ce savoir, à déployer des interventions significatives, ancrées dans les réalités locales.



Isabelle Nuttall

Directeur, Département Capacités mondiales, alerte et action (GCR)

Organisation mondiale de la Santé



Samuel Jutzi

Directeur, Division de la production et de la santé animales

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture



Nicholas Alipui

Directeur, Division des programmes,

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Remerciements

La conception du présent outil s'inspire de l'expérience de l'application directe de la méthode de la communication pour un impact comportemental (COMBI) dans le cadre de flambées épidémiques. La méthode COMBI a d'abord été utilisée en 2004, lors de la flambée de fièvre hémorragique à virus Ebola au sud du Soudan. Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a envoyé un membre de l'équipe COMBI de l'OMS à Yambio pour seconder l'équipe de mobilisation sociale du district dans ses activités de communication et de mobilisation. Des questions difficiles étaient souvent posées aux membres de l'équipe, très motivés, dans les communautés où ils informaient et tentaient de persuader les familles et les communautés de se conformer aux mesures de prévention et de lutte qui étaient recommandées. Le Département OMS Alerte et riposte à l'échelle mondiale reconnaît de longue date la nécessité d'un cadre de planification systématique, et Yambio a été l'occasion d'appliquer la méthode COMBI et d'en évaluer la contribution.

L'approche COMBI de l'OMS est née à la suite d'un cours sur la communication intégrée du marketing pour un impact comportemental dans le domaine de la santé et du développement social, donné par Everold Hosein à l'Université de New York (Etats-Unis d'Amérique). Depuis 2001, la méthode COMBI est appliquée à tout un éventail de problèmes de santé publique. Aux fins de la présente publication, elle a été adaptée à la riposte aux flambées épidémiques.

Le présent document est le fruit du travail de nombreux collaborateurs, et de leurs précieuses observations, qui ont aidé à façonner et à améliorer l'outil. Il convient de remercier en particulier Everold Hosein pour sa contribution et ses conseils. Diane Pollet, Chargée de liaison COMBI au Centre méditerranéen de l'OMS à Tunis, a revu le manuscrit original en 2008. Nous tenons également à remercier Rosita Ericsson, Jan-Marcus Hellstrom et Mike Coleman pour leur contribution aux deuxième et troisième projets, concernant notamment la mise en forme technique et la rédaction. Nous adressons enfin nos remerciements à Mike Ryan et Pierre Formenty qui ont encouragé sans relâche les approches pluridisciplinaires et plurisectorielles de la prévention des maladies épidémiques et émergentes et de la lutte contre ces maladies.

Coauteurs

Consultants : Jane Lambo (rédaction) ; Benjamin Hickler, professeur assistant, Department of Environmental and Population Health, Tufts University, et Julienne Ngoundoung, anthropologue et consultante indépendante (perspectives anthropologiques) ; Renata Schiavo, Présidente fondatrice et Directrice générale, Health Equity Initiative (suivi et évaluation) ; et Reem Abdul-Hadi (essais préliminaires des outils sur le terrain).

Etudes de cas : Angola, Julienne Ngoundoung ; Cambodge, Benjamin Hickler (reproduit avec la permission de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)) ; Fidji, Will Parks, Représentant adjoint, UNICEF Népal ; Soudan, Asiya Odugleh-Kolev, OMS

Examinateurs internes

Davison Munodawafa (Bureau régional l'OMS de l'Afrique/Division de la Promotion de la santé, de l'Education et de la Communication), Peter Phori (Division de la Promotion de la santé, de l'Education et de la Communication/Bureau de pays du Lesotho), Faten Ben Abdel-Azziz (Bureau régional de l'OMS de la Méditerranée orientale/Health Effects Division), Langoya Opoka (Bureau régional de l'OMS de la Méditerranée orientale/Département Surveillance des maladies transmissibles), Gyanendra Gongal (Bureau régional l'OMS de l'Asie du Sud-Est/Département Surveillance des maladies transmissibles), Alex Roswell (Bureau régional de l'OMS du Pacifique occidental/Département Surveillance des maladies transmissibles), Amanda Gatto (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence), Stephen Martin (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence), Michelle Gayer (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence), Amy Cawthorne (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence/

Opérations Alerte et action), Aphaluck Bhatiasevi (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Gestion de l'information et communication), Pierre Formenty (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Réduction des biorisques et agents pathogènes dangereux), Satyajit Sarkar, (OMS/Règlement sanitaire international 2005), Sergio Yactyo (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Préparation en cas d'épidémie), Tiffany Domingo (OMS/Département Alerte et action au niveau mondial/Opérations Alerte et action), Yves Chartier (OMS/Protection de l'environnement humain/Eau, assainissement et santé).

Examinateurs extérieurs

Alain Epelboin, anthropologue médical, Laboratoire d'ethnobiologie-biogéographie, Musée national d'histoire naturelle, Paris, France ; Jesus Lopez-Macedo, spécialiste de la communication pour le développement, UNICEF ; Anthony Burnett, coordonnateur pour la sensibilisation et la communication, FAO ; Matt Mason, spécialiste de la prévention des infections et de la lutte contre les infections, James Cook University, Thursday Island, Queensland, Australie ; Isabelle Ellis, Présidente, Soins infirmiers ruraux et régionaux, La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Australie ; John Parrish-Sprowl, Professeur d'études sur la communication, Indiana University, Indianapolis, Indiana, États-Unis d'Amérique ; Libertad Gonzalez, chargée de liaison pour les logiciels WatSan au niveau mondial, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC) ; Geneviève Loots, conseillère en promotion de la santé et anthropologie sanitaire, Médecins Sans Frontières (MSF) ; François Servranckx, Service d'information sur les situations d'urgence, Thomson Reuters Foundation, Londres, Royaume-Uni.

Acronymes et abréviations

COMBI	Communication pour un impact comportemental
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
HIC-DARM	Modèle illustrant le processus d'adoption d'un comportement nouveau ou recommandé : Entendre parler (Hear, en anglais) d'un comportement, être informé à son sujet et être Convaincu de sa valeur - Décider de donner suite et Agir dans le sens du nouveau comportement, Renforcer l'action au vu de la satisfaction procurée par cette participation et Maintenir le comportement
MPLA	Mouvement populaire de libération de l'Angola
MS.CREFS	Description du processus de communication : un Message provenant d'une Source, envoyé par un certain Canal à une personne qui le Reçoit, et porteur d'un Effet voulu et de possibilités de Feedback, dans une Situation donnée
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation mondiale de la Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNITA	Union nationale pour l'indépendance totale de l'Angola

Glossaire

Agents pathogènes : organismes capables de provoquer des maladies (littéralement, qui génèrent un processus pathologique).

Campagne publicitaire sporadique (« flighting » en anglais) : campagne publicitaire basée sur des périodes d'activité (« flights ») d'un certain nombre de jours, de semaines ou de mois, entrecoupées de pauses.

Cas indicateur : premier cas dans une famille ou un autre groupe défini dont l'enquêteur prend connaissance.

Communauté : groupe distinct, généralement plus grand qu'un ménage, de personnes qui ont un sentiment d'appartenance fondé sur le partage, qui vivent en un même lieu et ont des valeurs, des intérêts et des buts communs.

Communication comportementale et sociale : processus de communication systématique et planifié qui porte sur la manière dont l'information est transmise, perçue, comprise et appliquée par les personnes et par les groupes dans un contexte social ou organisationnel. Ce processus utilise plusieurs méthodes et stratégies différentes pour obtenir certains résultats comportementaux liés aux objectifs de la lutte contre les flambées.

Communication dans le cadre d'une flambée épidémique : Approche OMS de la communication sur les risques en cas de flambée, l'objectif étant de promouvoir rapidement l'endiguement de la flambée et la réduction des perturbations sociales en communicant avec le public pour instaurer, entretenir ou rétablir la confiance, généralement par les médias ou les réseaux publics de diffusion de l'information.

Communication pour le développement : être à l'écoute, établir des relations de confiance, partager le savoir et les compétences, élaborer des politiques, débattre et apprendre pour opérer des changements significatifs et pérennes.

Communication pour un impact comportemental (COMBI) : cadre de planification et méthode de mise en œuvre pour une communication fondée sur des modèles comportementaux et une théorie et des pratiques de communication et de marketing destinées à obtenir des résultats comportementaux dans les programmes de santé publique.

Communication sur les risques : processus par lequel les autorités nationales et les pouvoirs publics locaux renseignent le public d'une manière compréhensible, rapide, transparente et coordonnée avant, pendant et après une crise ; ce processus favorise également un échange efficace d'informations et d'opinions entre spécialistes scientifiques, et spécialistes de la santé publique et de la santé vétérinaire pendant la phase d'alerte, ce qui permet de mieux évaluer, gérer et coordonner les activités de préparation et de riposte.

Compétence culturelle : ensemble cohérent de comportements, d'attitudes et de politiques qui convergent dans un système, un organisme ou un groupe de professionnels pour permettre à ce système, cet organisme ou ce groupe de travailler de manière efficace dans des contextes multiculturels.

Comportement face à la maladie : en sociologie, désigne les rôles, responsabilités, attentes et activités associés au fait d'être malade et de solliciter des soins de santé dans un contexte particulier.

Création et promotion d'une marque : création d'un nom, d'un symbole ou d'un signe qui attribue certaines caractéristiques à un produit, le distinguant des autres produits.

Dépistage précoce : détection d'une certaine maladie à un stade précoce de l'histoire naturelle de cette maladie.

Énumération spontanée : liste de questions particulières posées par l'enquêteur auxquelles la personne interrogée est invitée à répondre en expliquant ce qui lui vient spontanément à l'esprit.

Épidémie : présence de cas d'une maladie généralement absente dans la communauté ; ou situation dans laquelle la maladie, habituellement présente, atteint soudainement des niveaux d'incidence qui excèdent le nombre attendu.

Épidémiologie : étude de la distribution des maladies dans une communauté et des facteurs qui influent sur leur fréquence.

Épidémique : appliqué à une maladie responsable d'une épidémie.

Étiologie : étude des causes des maladies ; causalité ; couramment, les causes.

Flambée épidémique : équivalent d'épidémie mais considéré en général comme désignant le premier groupe de cas épidémiques ou une petite épidémie.

Groupe de discussion : petit échantillon de personnes choisies dans un groupe plus large, par exemple au moyen d'un débat ouvert, en raison de l'opinion ou du sentiment qu'inspire à ses membres un sujet ou un domaine particulier ; utilisé notamment dans les études de marché et les analyses politiques.

Hiérarchie des recours : schémas de recours aux soins de santé en cas de maladie. Cette expression indique que les gens utilisent souvent diverses ressources sanitaires successivement. Une personne ou une famille peut ainsi commencer par chercher à se soigner dans le cadre du foyer avant de s'adresser aux guérisseurs locaux ou de se présenter au dispensaire.

Infection : Pénétration et développement ou multiplication d'un agent infectieux dans un organisme humain ou animal.

Interventions comportementales et sociales : élément essentiel de la riposte aux flambées épidémiques qui concerne les interventions ciblant les personnes, les groupes/réseaux sociaux et les organisations au niveau des ménages et de la communauté. Il s'agit d'endiguer une flambée en prévenant l'exposition, en interrompant la transmission et en prévenant l'infection. Cet élément consiste à :

1. déterminer les principales mesures propres à réduire les risques au niveau des ménages et de la communauté afin de prévenir et de réduire les conséquences négatives pour la santé ;
2. faire en sorte que les mesures techniques destinées à prévenir et endiguer les flambées soient situées dans le cadre de la communauté, et qu'elles soient possibles, appropriées et socialement acceptables ;
3. recourir à des approches multiples telles que la mobilisation sociale, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé pour promouvoir l'application de mesures qui arrêteront la transmission de la maladie et réduiront les risques ;
4. intégrer les soins psychosociaux et les actions de santé mentale dans la lutte contre les flambées.

Lutte : appliquée à de nombreuses maladies transmissibles et à certaines maladies non transmissibles, la lutte recouvre les opérations ou programmes en cours dont l'objectif est d'en réduire l'incidence et/ou la prévalence, ou d'éliminer ces maladies.

Maladie : symptômes d'une pathologie ou diminution de fonctions corporelles ou mentales normales, sous l'effet d'un agent infectieux ou non infectieux.

Maladie potentiellement épidémique : maladie normalement absente d'une communauté ou présente à un niveau faible ou modéré mais qui peut soudain devenir épidémique.

Mobilisation sociale : mobilisation planifiée des influences sociales et personnelles dans tous les secteurs, l'objectif étant d'encourager l'action individuelle, familiale, communautaire et sociale.

Morbidité : tout écart, subjectif ou objectif, par rapport à un état de bien-être physiologique ou psychologique. Dans ce sens, affection, maladie, état morbide ont la même définition et sont synonymes. Il existe trois unités de mesure de la morbidité : a) les personnes qui ont été malades ; b) les maladies (périodes de maladie) qu'ont eu ces personnes ; c) la durée (jours, semaines, etc.) de ces maladies.

Mortalité : portion de la population qui décède au cours d'une certaine période.

Parenté : la parenté est le signe de liens culturellement reconnus qui définissent les rôles et les obligations entre les personnes et les groupes. Dans un grand nombre de contextes, les liens de parenté débordent largement le cadre des liens associés à la notion classique de “famille nucléaire”.

Participation de la communauté : processus par lequel des personnes, des familles et des communautés assument la responsabilité de leur propre bien-être et acquièrent la capacité de contribuer à leur propre développement et à celui de la communauté.[1] Dans le contexte du développement, la participation de la communauté désigne un processus actif dans lequel les bénéficiaires influent sur l’orientation et l’exécution des projets de développement, et ne se contentent pas de recevoir leur part d’avantages.[2]

Pluralisme médical : situation dans laquelle la plupart des gens ont accès à plusieurs systèmes médicaux auxquels ils peuvent s’adresser pour obtenir des explications et des soins.

Prévention : mesures qui empêchent la maladie de se produire. Mesures destinées à éradiquer, éliminer ou réduire au maximum les effets des maladies et des incapacités ou, à défaut, à ralentir la progression des maladies et des incapacités.

Promotion de la santé : approche globale destinée à promouvoir une participation individuelle et collective à l’action de santé moyennant l’intégration de diverses méthodes.

Seuil épidémique : incidence critique définie a priori qui, en cas de dépassement, déclenche la déclaration selon laquelle on est en présence d’une épidémie ou d’ une riposte préalablement déterminée de la santé publique.

Sexospécificité : désigne les dimensions sociales de la condition féminine ou masculine à un moment ou dans un lieu donné, et notamment les différences entre les femmes et les hommes quant à leurs rôles, leurs responsabilités, leur accès aux ressources et la maîtrise qu’ils en ont. Il est important d’intégrer la sensibilisation aux problèmes concernant les femmes et la planification d’une démarche soucieuse de l’égalité des sexes dans tout le processus COMBI. Pour de plus amples informations, voir Moser, O. N. Caroline. 1993. Gender Planning and Development, Theory, Practice and Training. Londres : Routledge.

Source : la personne, l’animal, l’objet ou la substance à l’origine de la transmission d’un agent infectieux à un hôte.

Système ethnomédical : concept applicable à l’analyse des croyances liées à la santé par rapport à trois dimensions interdépendantes : 1) la théorie de l’étiologie/des causes des maladies ; 2) les méthodes diagnostiques ; et 3) la prescription des traitements appropriés. La biomédecine peut ainsi être analysée comme un système ethnomédical, option possible parmi d’autres pour les personnes désireuses de se faire soigner.

Système ethnomédical naturaliste : les systèmes naturalistes imputent les maladies à des forces naturelles impersonnelles. La théorie microbienne de la biomédecine, les modèles étiologiques basés sur l’axe chaud/froid et les modèles mettant en cause un déséquilibre des humeurs internes en sont des exemples. Un point important est que les gens ne se limitent pas à un système unique mais ont souvent accès à plusieurs systèmes hybrides, voire contradictoires.

Système ethnomédical personnaliste : les systèmes personnalistes attribuent les maladies à des forces intentionnelles, humaines (sorciers ou sorcières, par exemple) ou surnaturelles (esprits, ancêtres, par exemple). Un point important est que les personnes ne se limitent pas à un système unique et ont souvent accès à plusieurs systèmes hybrides, voire contradictoires.

Taux de létalité : proportion (qui n’est en fait pas un taux) ou pourcentage des personnes atteintes d’une maladie qui décèdent des suites de cette maladie.

---

1 Oakley and Marsden, 1987 State or process, means or end? : the concept of participation in rural development, Reading Rural Development Communications, Bulletin 21, Berkshire : Reading University.

2 Paul, Samuel. 1987. “Community Participation in Development Projects : The World Bank Experience.” In Readings in Community Participation. Washington, D.C. : EDI. Chapter 2.

Introduction

Pourquoi un outil pour la communication pour un impact comportemental (COMBI) en cas de flambée épidémique est-il nécessaire ?

Les flambées de maladies peuvent avoir un coût sanitaire, économique et social considérable. Aussi la santé publique, en cas de flambée, doit-elle impérativement combattre l'événement le plus rapidement possible afin de réduire au maximum la morbidité, la mortalité et les autres effets négatifs. La communication fait partie intégrante de toute action de santé publique. Elle fonde, et précède, les mesures prises par les personnes touchées ou exposées et les interventions déployées dans le cadre de la riposte. Or les stratégies de communication sont souvent conçues après les enquêtes sur les flambées et indépendamment de la prise des décisions opérationnelles. La communication, de ce fait, a généralement privilégié la conception de messages et la diffusion d'informations. COMBI est un cadre de planification et une méthode de mise en œuvre qui intègre des interventions de communication comportementale et sociale dans les programmes de santé publique. Le présent outil constitue donc une manière profondément nouvelle de concevoir et d'appliquer la communication en cas de flambée.

Le risque d'épidémies s'accroît en raison de facteurs complexes, à l'origine desquels figure le comportement humain. Une communication efficace, appliquée de manière stratégique, est donc essentielle pour influer sur les aspects comportementaux et sociaux des activités destinées à prévenir et combattre les maladies. Les interventions comportementales et sociales comprennent diverses approches pluridisciplinaires, et notamment l'application stratégique de la communication pour une action comportementale et sociale. Le présent outil aidera à planifier et appliquer la communication comportementale et sociale dans un cadre conçu pour les programmes de santé publique et adapté à ces programmes, COMBI, afin d'obtenir certains résultats comportementaux et, en définitive, des effets positifs et protecteurs pour la santé publique.

À qui s'adresse le présent outil ?

Ce guide sera utile aux personnes qui s'emploient à concevoir des mesures plus efficaces contre les flambées. Il peut être augmenté ou réduit, selon la situation. Il peut être appliqué aux niveaux infranational et national et il a été conçu pour les personnels chargés de la communication pour le développement et de la promotion de la santé dans les équipes pluridisciplinaires qui enquêtent sur les flambées de maladies et les combattent. Cet outil ne se substitue pas à la formation officielle ; les instruments et les modèles constituent un cadre utile, aisément adaptable aux situations locales.

Les flambées se caractérisent souvent par l'incertitude et l'urgence, et il est essentiel d'agir au bon moment. Le présent outil a pour objet de fournir les informations essentielles pour riposter à une épidémie en s'appuyant sur la communication comportementale et sociale.

Si vous êtes actuellement aux prises avec une flambée, vous pouvez passer directement à la Section 2.

Pourquoi la méthode COMBI aide-t-elle à prévenir et combattre les flambées épidémiques ?

D'énormes quantités d'argent ont été consacrées aux campagnes de communication destinées à prévenir et combattre des maladies telles que la grippe aviaire hautement pathogène. Mais pour un grand nombre de ces programmes de communication, les effets n'ont pas été clairement établis, généralement en raison du fossé qui sépare ceux qui conçoivent les interventions de lutte contre les flambées (les épidémiologistes, les vétérinaires et les spécialistes de la santé publique, par exemple) et les personnes qui "communiquent" et s'emploient à "mobiliser" les communautés. Les interventions techniques doivent être comprises et appliquées

dans leur contexte comportemental, culturel, économique, politique et social, élément dont dépend le succès des mesures de lutte et de prévention.

Une méthode telle que COMBI peut révéler un potentiel d'amplification et de transmission profondément enraciné dans les pratiques culturelles, qui est essentiel pour la lutte contre les flambées mais que les entretiens réalisés d'ordinaire dans le cadre des enquêtes sur les flambées n'ont peut-être pas mis en évidence.

Comment le présent outil est-il organisé ?

Les Sections 1 et 2 décrivent en quoi consiste une riposte à une flambée, les types d'interventions qui sont nécessaires et pourquoi. Elles expliquent les bases sur lesquelles repose la stratégie OMS de riposte aux flambées et énumèrent les étapes de l'application de la méthode COMBI. La Section 3 présente les instruments pratiques et les modèles servant à recueillir et analyser les données. La Section 4 renvoie à des sources d'information essentielles, des études de cas et des fiches d'information, selon les besoins. La Section 5 donne une liste d'ouvrages de référence complémentaires, et des liens vers des documents, des sites Web et des travaux universitaires.

Ce que cet outil va vous apporter

Les résultats comportementaux pour l'action destinée à prévenir et combattre une flambée épidémique dépendent de nombreux facteurs, mais ils ne peuvent être obtenus sans des interventions de communication structurées et stratégiquement planifiées à l'appui de résultats particuliers. Le présent outil indique pourquoi le comportement est complexe et comment des interventions de communication comportementale et sociale peuvent être planifiées systématiquement avec des stratégies qui encouragent le dialogue communautaire et contribuent à maîtriser une flambée.

Ce que cet outil ne vous apportera pas

Une flambée épidémique est un événement. Les problèmes de santé latents à long terme ne peuvent pas être traités pendant la riposte à une flambée mais ils doivent être inclus dans les programmes existants et les interventions de promotion de la santé. Les interventions comportementales et sociales associent plusieurs interventions sanitaires différentes et ne se limitent pas à la communication. Le présent outil illustre la manière dont le cadre COMBI peut être utilisé pour la communication comportementale et sociale lors d'une flambée.

Avant d'utiliser cet outil :

- Familiarisez-vous avec son contenu, ses utilisations et ses limites.
- Informez-vous sur les flambées fréquentes dans votre pays et les interventions utilisées pour interrompre la transmission des maladies.
- Examinez et déterminez les moyens par lesquels le personnel chargé de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé pourra participer aux équipes d'intervention rapide pour renforcer les interventions comportementales et sociales contre les flambées.



Section 1

État de préparation à une flambée épidémique :

savoir préalable essentiel

COMBI, éducation sanitaire, connaissances de base en santé, promotion de la santé, communication sur les risques, communication sur les flambées épidémiques et mobilisation sociale

Diverses approches et stratégies contiennent des éléments de communication adaptés aux interventions comportementales et sociales. Les plus couramment citées sont décrites ci-après.

COMBI à la fois cadre de planification et méthode de mise en œuvre, propose une utilisation stratégique de la communication pour obtenir des résultats comportementaux et sociaux positifs. La méthode COMBI, qui est issue de la communication dans le domaine de la consommation, allie éducation et information et marketing. Elle part de l'hypothèse qu'il ne faut présumer de rien. Une étude de marché permet toutefois d'établir quels sont les obstacles et les contraintes qui empêchent réellement les gens d'opter pour un comportement sain. La deuxième partie de la Section 4 décrit en détail les modèles du marketing et les modèles comportementaux et psychosociaux sur lesquels repose COMBI.

La méthode COMBI peut être utilisée dans les domaines de la communication, de l'éducation sanitaire, de la promotion de la santé, de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) et de la mobilisation sociale, par des personnels qui suivront un cadre systématique adaptable bien défini. COMBI permet d'assurer que la communication est convenablement appliquée et capable de contribuer à l'obtention de résultats tangibles.

L'éducation sanitaire recouvre les possibilités d'apprentissage constructives qui incluent une forme de communication conçue pour améliorer les connaissances de base en matière de santé, et notamment accroître le savoir et développer les aptitudes vitales, indispensables à la santé individuelle et communautaire.

Les connaissances de base en santé d'une personne représentent la mesure dans laquelle elle est capable d'accéder aux informations qui lui permettront de faire face à différentes situations sanitaires, de comprendre et d'évaluer ces informations et de les communiquer. Ces connaissances l'aideront à promouvoir sa santé et à se maintenir en bonne santé tout au long de sa vie.

La promotion de la santé est une approche globale destinée à accroître la participation individuelle et collective à l'action de santé par l'intégration de diverses méthodes. La promotion de la santé contribue en général à la prévention et à l'endiguement des flambées :

- en améliorant les connaissances et les compétences individuelles par la santé, par l'éducation et par l'information, l'éducation et la communication ;
- en renforçant l'action communautaire par la mobilisation sociale ;
- en créant un environnement protecteur et favorable à la santé par la médiation et la négociation ;
- en concevant des politiques publiques saines, une législation et des contrôles économiques et fiscaux qui favorisent la santé et le développement par des actions de persuasion et de sensibilisation ;
- en réorientant les services de santé, au profit de la prévention et des besoins des usagers.[3]

La promotion de la santé consiste donc à influer sur la politique, la législation et la prestation des services de santé par des interventions à long terme et pérennes ; chaque action de promotion de la santé contient en outre un élément de communication. La communication destinée à promouvoir une action comportementale et sociale pendant une flambée épidémique constitue un point d'ancrage possible pour tout un éventail de stratégies de promotion de la santé, concernant notamment l'accès à de l'eau propre, la pauvreté et les inégalités sociales. Pour de plus amples informations, voir la Section 5.

---

3 Bureau régional l'OMS de l'Afrique (2001). Stratégie régionale de promotion de la santé. Brazzavile. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3203.

Communication sur les risques et communication sur les flambées : dans la communication sur les risques, les autorités nationales et locales informent le public en temps utile, d'une manière compréhensible, transparente et coordonnée, avant, pendant et après une crise. L'objectif est d'instaurer et d'entretenir la confiance du public dans le système de santé local et national et de susciter des attentes réalistes quant à la capacité de riposter et de faire face à une flambée. La communication sur les risques favorise également l'échange d'informations et d'opinions entre scientifiques et spécialistes de la santé publique et de la santé vétérinaire pendant la phase d'alerte, permettant de mieux évaluer, gérer et coordonner la préparation et les interventions.

L'objet de la communication sur les flambées épidémiques, – approche OMS de la communication sur les risques –, est de promouvoir rapidement le déploiement des interventions nécessaires et de limiter la désorganisation de la société en communiquant avec le public de manière à instaurer, entretenir ou rétablir la confiance.

Mobilisation sociale : l'OMS définit la mobilisation sociale comme "la mobilisation de toutes les influences sociales et personnelles dans le but de déclencher une action individuelle et familiale". Cette approche rassemble les alliés individuels et institutionnels pour la réalisation d'un objectif commun. La mobilisation sociale a souvent été utilisée pour recueillir des ressources locales aux fins d'une action sociale ou sanitaire proposée comme la vaccination ou la réforme du système judiciaire. En cas de flambée épidémique, par exemple, les particuliers, les ménages, les communautés, la société et les organisations doivent tous envisager, promouvoir et maintenir un ensemble d'activités de lutte et de prévention telles que les suivantes :

- reconnaissance précoce des signes et des symptômes ;
- recherche rapide de traitements ;
- respect du protocole thérapeutique et des mesures préventives ;
- surveillance ininterrompue des autres membres du foyer jusqu'à la fin de la flambée.

Flambées épidémiques et stratégies de riposte

Qu'est-ce qu'une flambée épidémique ?

Une flambée de maladie ou une épidémie se définit par une augmentation localisée du nombre des cas de maladie, nettement au-dessus des chiffres normalement attendus. Une flambée se limite d'ordinaire à une petite zone focalisée tandis qu'une épidémie s'étend à des zones géographiques plus vastes et peut compter plusieurs foyers. Le nombre des cas définissant une flambée dépend des schémas antérieurs de la maladie, du mode de transmission, des contacts et des taux de létalité, et du risque de propagation à d'autres zones.

S'agissant de maladies faisant l'objet d'une surveillance active comme la poliomyélite ou un épisode aigu sévère inhabituel d'une maladie d'étiologie inconnue, un cas unique constitue une flambée. Les États et les districts d'un même pays fixent les critères établissant le nombre de cas qui constitue une flambée en fonction de la situation locale. Cinq cas de maladie similaire à début brutal pendant une période d'incubation, par exemple, ou un décès dans un village peuvent servir de critère pour définir une flambée.

L'incertitude, la confusion et l'urgence caractérisent souvent une flambée. Aussi le contexte dans lequel survient une flambée pose-t-il des défis uniques pour la gestion de la santé publique.

Pourquoi centrer les efforts sur le comportement ?

Une flambée de maladie peut avoir un coût économique énorme ainsi qu'un coût social désastreux. Une bonne connaissance des comportements et de la société peut aider à trouver des moyens efficaces pour réduire, prévenir et combattre l'apparition et la transmission de la maladie. Le risque d'épidémie augmente sous la poussée de facteurs complexes dus au comportement humain : mondialisation, mouvements massifs de population par voie aérienne, terrestre ou maritime, urbanisation accrue et demande, et commerce d'animaux et de produits d'origine animale, autant de facteurs qui accélèrent et étendent la propagation des maladies. La maladie est amplifiée dans certains contextes, et certaines

conditions créent un terrain idéal pour la mutation d'agents pathogènes qui deviennent plus dangereux. Le virus de l'immunodéficience humaine, le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe aviaire hautement pathogène sont apparus inopinément à la suite d'interactions entre l'animal, l'homme et l'environnement. Le risque de flambées a augmenté du fait des facteurs suivants :

- intensification des voyages, des échanges commerciaux et du tourisme (syndrome respiratoire aigu sévère, par exemple) ;
- agents pathogènes pour les animaux traversant la barrière des espèces (grippe aviaire hautement pathogène à H5N1, par exemple) et infectant directement les êtres humains ;
- urbanisation anarchique, pauvreté, détérioration de l'environnement et catastrophes naturelles (épidémies de choléra dans les taudis urbains en Haïti en 2010, par exemple) ; et
- crises des réfugiés et déplacements de populations (hépatite E en 2004 et méningite en 2006 au Darfour (Soudan), par exemple).

Plusieurs maladies transmissibles sont apparues ou réapparues ces dernières années, et notamment la grippe aviaire, le chikungunya, le choléra, la méningite, la peste et les fièvres hémorragiques virales comme Ebola, Marburg, la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre jaune et la fièvre de Lassa.

Le comportement humain est le dénominateur commun dans le risque épidémique et, en définitive, dans la prévention et la maîtrise d'une flambée. Ce que les gens font ou ne font pas influe considérablement sur la lutte contre les flambées, et le succès est par conséquent tributaire de la participation active et de la contribution de la population, y compris celles des personnes touchées ou exposées. Aussi une réponse unique ne peut-elle convenir, la riposte devant être adaptée à la situation locale, et notamment aux conditions socio-économiques. Il est important de comprendre comment une communauté perçoit et se représente la maladie avant de concevoir les stratégies destinées à agir sur les comportements. Les communautés doivent donc être reconnues comme des participants actifs à la riposte et à la gestion de la flambée. À défaut, une épidémie continuera de se propager et les opérations déployées seront extrêmement problématiques, exigeant davantage de temps et de ressources pour aboutir. (Voir les études de cas relatives à l'Angola, au Cambodge, à Fidji et au Soudan du Sud dans la troisième partie de la Section 4.)

Qu'est-ce que la compétence culturelle ?

Face à une flambée de maladie, il est important de comprendre les facteurs de risque et le risque d'exposition des personnes et des communautés. La compétence culturelle est ce qui permet de travailler avec la population pour déterminer ces risques et, s'il y a lieu, modifier les comportements et les systèmes existants afin de réduire l'exposition et d'interrompre la transmission de la maladie. La compétence culturelle est un ensemble cohérent de comportements, d'attitudes et de politiques qui convergent dans un système, un organisme ou un groupe de professionnels pour permettre à ce système, cet organisme ou ce groupe de professionnels de travailler efficacement dans un contexte multiculturel (NHMRC, Conseil national australien de la santé et de la recherche médicale, 2005).

La compétence culturelle génère la confiance, ingrédient essentiel pour une notification rapide et une détection précoce des flambées. Pour accroître la confiance du public avant une flambée, le système de santé doit également faire preuve de compétence culturelle de sorte que, s'il s'avère nécessaire de modifier d'urgence les comportements, les personnes exposées comprendront, accepteront les changements et les appliqueront d'elles-mêmes, au sein de leur famille et de leur communauté.

Toute personne travaillant à quelque niveau que ce soit de la riposte à une flambée doit se demander si elle est capable de travailler dans un contexte multiculturel. Pour accéder à la compétence culturelle il faut d'abord comprendre sa propre optique culturelle et comment elle influence ses décisions et son comportement. Avez-vous, par exemple, les mêmes pratiques que les personnes avec lesquelles vous travaillerez en cas d'épidémie de choléra ? Où allez-vous à la selle ? Préférez-vous les toilettes sur pied ou à posture accroupie ? Comment vous nettoyez-vous ensuite ?

Figure 1

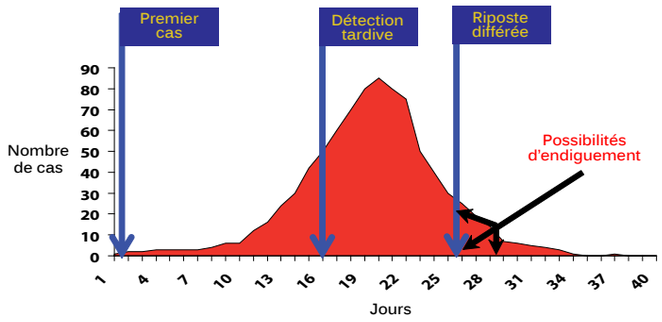


Figure 1. Détection tardive d'une flambée, différant l'intervention et réduisant la possibilité d'endiguer la flambée

Figure 2

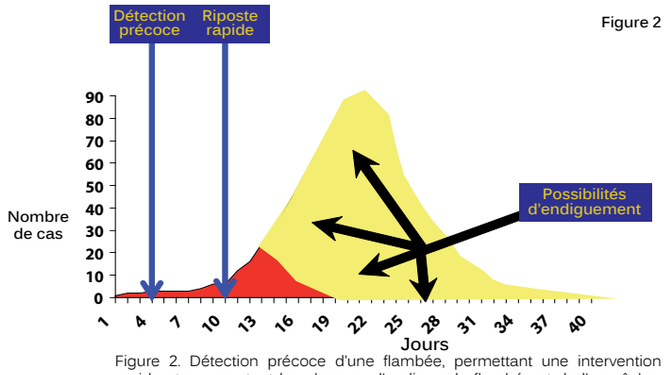


Figure 2. Détection précoce d'une flambée, permettant une intervention rapide et augmentant les chances d'endiguer la flambée et de l'empêcher d'atteindre son pic naturel

Figure 3

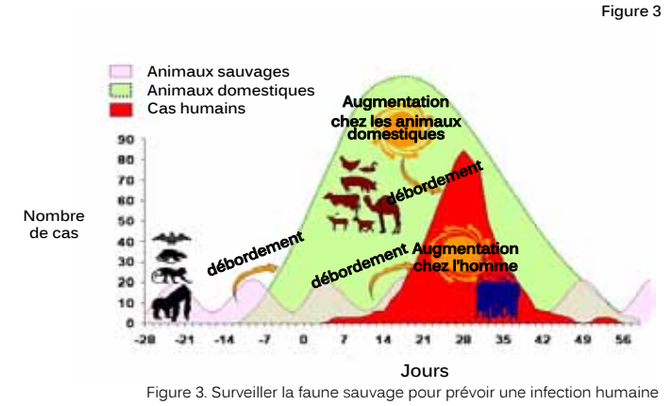


Figure 3. Surveiller la faune sauvage pour prévoir une infection humaine

Figure 4

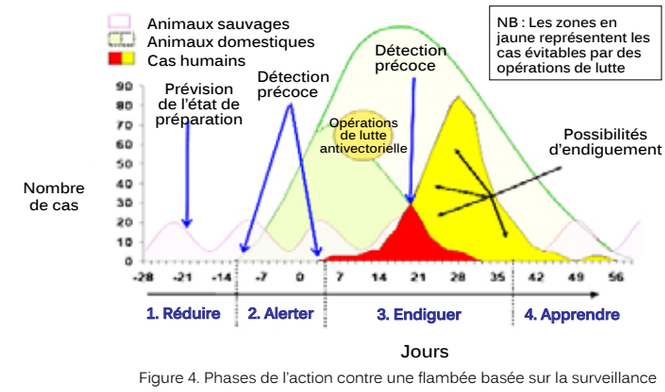


Figure 4. Phases de l'action contre une flambée basée sur la surveillance des animaux

Pour influer sur les comportements, vous devez savoir en quoi vos convictions et l'influence qu'elles exercent sur votre comportement diffèrent de celles des personnes avec lesquelles vous travaillez. La compréhension est le premier pas vers le respect et la capacité de communiquer ensuite efficacement malgré les différences, et un signe de compétence culturelle.

Des flambées surviennent partout dans notre univers pluriculturel. Pour y faire face, il faut être capable de s'adapter rapidement et de travailler avec des personnes de cultures différentes. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'Organisation des Nations Unies (2009) définit la culture comme "recouvrant un mode de vie, une langue, une tradition orale … une religion ou des systèmes de croyance, des rites et des cérémonies … une alimentation, des vêtements, un abri et les arts, les coutumes et les traditions par lesquels une personne exprime son humanité et les significations qu'elle donne à son existence". La culture est notre manière de faire les choses.

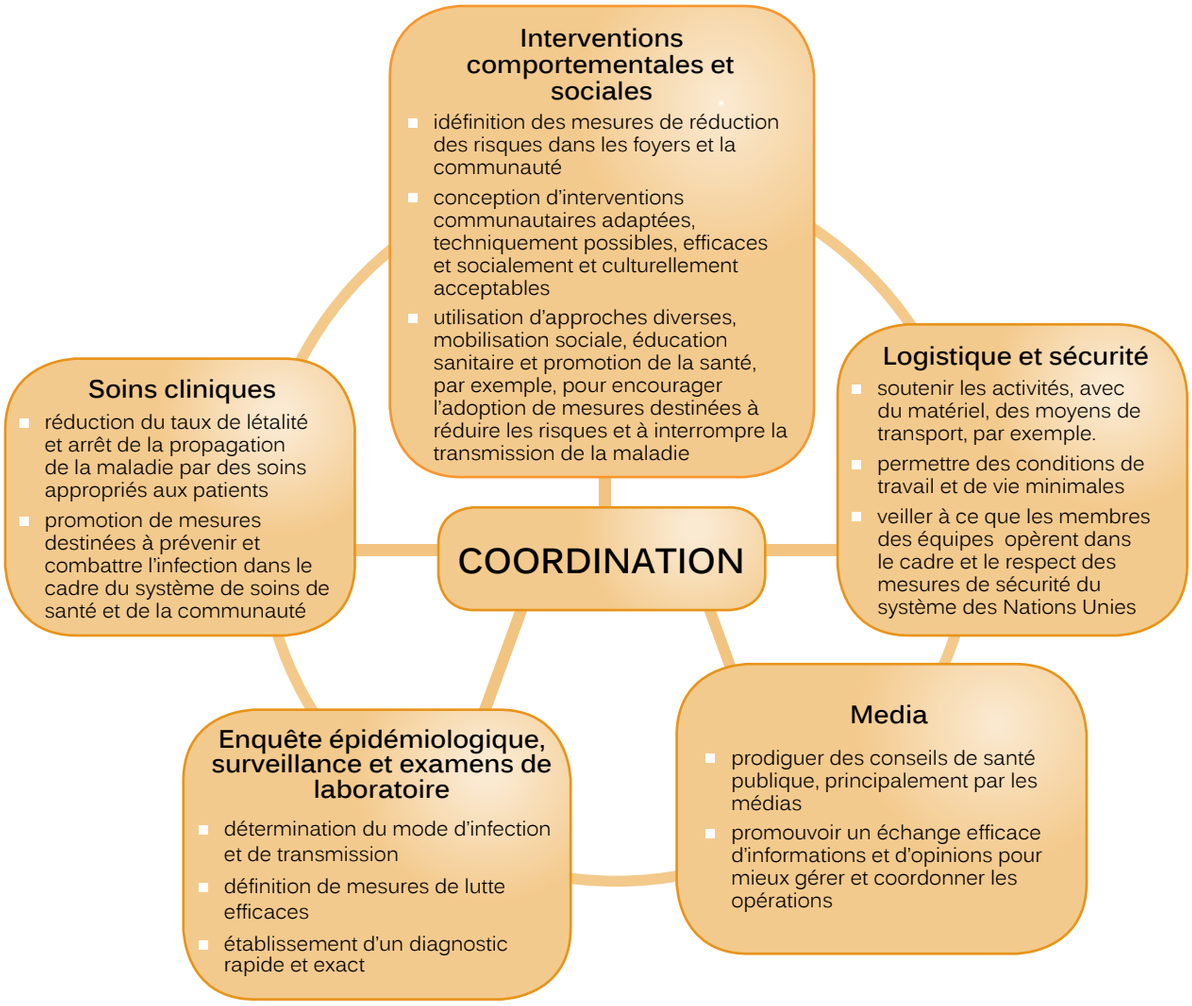
Raisons d'une intervention précoce en cas de flambée

Le premier objectif de la gestion d'une flambée est d'endiguer un événement aussi rapidement que possible afin de réduire au maximum la morbidité, la mortalité et les autres effets négatifs de la maladie. Il y a d'autant plus de chances de maîtriser rapidement une flambée que sa détection est précoce et que les interventions sont déployées dans de brefs délais. Les Figures 1 et 2 illustrent les différentes conséquences selon que le dépistage et la riposte sont précoces ou tardifs. Une intervention précoce peut empêcher une flambée d'atteindre son pic naturel, réduisant sensiblement la morbidité et la mortalité. Il n'est pas toujours possible de trouver un cas indicateur lors de chaque flambée ; il convient toutefois de s'efforcer de dépister les cas dès que possible, et de procéder aux examens appropriés en cas de fièvre d'origine inconnue.

La promotion de la santé et la communication en santé peuvent constituer des passerelles naturelles facilitant l'intégration, des composantes préparation et intervention et renforçant la collaboration et les partenariats nécessaires au niveau local.

Figure 5.

Principaux éléments d'une stratégie de riposte en cas de flambée épidémique



L'interface homme-animal

La Figure 3 montre l'augmentation des agents pathogènes responsables de maladies infectieuses émergentes chez les animaux sauvages et domestiques qui précède toujours la déclaration d'une flambée chez les êtres humains. Il est possible de protéger les êtres humains contre des zoonoses tels que la fièvre de la vallée du Rift, l'infection à virus Nipah et la fièvre hémorragique Ebola en renforçant la surveillance des animaux et de la faune sauvage pour détecter les premiers cas, par exemple en observant une mortalité supérieure à la normale chez les animaux sauvages ou des flambées chez les animaux d'élevage. Une collaboration étroite entre les secteurs de la santé vétérinaire et de la santé humaine accélérera la notification aux autorités de la santé publique. La surveillance des animaux sert ainsi à déclencher la mise en place de programmes de prévention destinés à réduire le risque d'infection humaine à la source.

L'identification des groupes à risque (particuliers, communautés, soignants et décideurs, par exemple) permettrait de les préparer à adopter et suivre les mesures de réduction des risques et de protection basées sur la recherche formative et le dialogue et la participation communautaires. Dans les pays d'Afrique centrale, des organisations non gouvernementales spécialisées dans la sauvegarde de l'environnement (Wildlife Conservation Society et Ecosystèmes forestiers d'Afrique centrale), servant de système d'alerte précoce, ont étudié le rôle du virus Ebola dans la mortalité des grands singes pour alerter les populations humaines sur le risque de flambées de fièvre Ebola. Il existe un système similaire pour la fièvre jaune chez les singes d'Amérique du Sud.

La Figure 4 représente les quatre phases de l'action : 1) avant l'événement (préparation, état de préparation) ; 2) alerte (détection et évalua-

tion des risques) ; 3) intervention (lutte contre la flambée) ; et 4) après l'événement (évaluation et relèvement). Diverses stratégies sont utilisées à chaque phase, les secteurs de la santé humaine et de la santé vétérinaire travaillant en étroite collaboration.

Éléments de la phase de lutte contre une flambée

La Figure 5 représente les principales composantes d'une stratégie de riposte à une flambée, leurs fonctions et leur rôle. Les plans COMBI font partie des interventions comportementales et sociales destinées à agir sur les comportements aux niveaux individuel et social.

Niveaux de communication

Une bonne connaissance des modes de communication à différents niveaux, de la dynamique interne et des relations entre ces niveaux aidera à améliorer la conception des interventions communicationnelles.

- Personnel : processus mentaux, croyances, attitudes et valeurs annonçant le comportement et les décisions de chacun en matière de soins de santé. Les neurosciences étudient les « connexions » cérébrales et leur influence sur le choix des techniques et des stratégies de communication. Le niveau individuel ou "personnel" est profondément socioculturel et façonne notre vision du monde. Une communication efficace est en accord avec les valeurs, les croyances, les priorités, les ressources et la situation sociale, culturelle et matérielle des gens.
- Interpersonnel : des informations relatives à la santé sont échangées en permanence, et une personne qui a pris une décision liée à un comportement sanitaire donné a impérativement besoin de ces informations pour passer à l'acte. Des sources d'informations doivent être trouvées ; si une source est jugée digne de confiance, empathique et crédible, la personne qui reçoit l'information sera plus réceptive aux conseils de santé et appliquera jusqu'au bout le comportement recommandé.
- Collectif : la connaissance du rôle de la communication au sein de différents groupes, équipes de soignants, familles ou comités de village, par exemple, dans la prise de décisions concernant les pratiques de soins de santé, influera sur la manière dont les messages sont conçus, communiqués et reçus. Le rôle des stéréotypes fondés sur le sexe et les différences entre les hommes et les femmes au sein d'un groupe doivent être pris en compte à ce niveau, car les membres d'un foyer, d'une famille, d'un village ou d'une communauté auront des perspectives différentes, voire des capacités et des possibilités différentes, lorsqu'il s'agira de communiquer leur point de vue. La communication des objectifs comportementaux doit également tenir compte des différences au plan des charges, des contraintes et de l'accès aux ressources, ou du pouvoir décisionnel de chaque membre d'un groupe.
- Organisationnel : il est important de comprendre comment les organisations communiquent, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, car différents secteurs gouvernementaux et organismes devront collaborer. Une stratégie de mobilisation sociale clairement définie aidera à déterminer les rôles et les responsabilités des différentes organisations et la manière de mobiliser leur personnel à l'appui des objectifs comportementaux.
- Social : il est important d'examiner les différents modes de diffusion de l'information sanitaire par divers canaux utilisés pour atteindre un large éventail de professionnels et d'autres groupes. À côté du recours aux médias figureront les interventions programmatiques comme l'éducation sanitaire et la promotion de la santé.

COMBI tient compte de tous ces éléments en intégrant l'expérience et l'apprentissage de la communication et en coordonnant, par conséquent, diverses compétences et ressources pour répondre aux différents besoins communicationnels de différents groupes, afin d'obtenir un résultat comportemental particulier.

La disponibilité d'un cadre de planification aidera à assurer la bonne coordination des activités à l'appui de la gestion de la flambée.

Une approche systématique permet de mieux comprendre un événement, facilitant ainsi la circulation d'informations appropriées, pertinentes et exactes sur les mesures de réduction des risques techniquement fiables, choisies de manière concertée. Cela permet également de cultiver et d'entretenir des relations avec les communautés et les organismes d'intervention en planifiant les possibilités de communication et en encourageant le dialogue et l'écoute.

Qu'est-ce que COMBI ?

COMBI, cadre de planification et méthode de mise en œuvre, permet d'intégrer des interventions de communication comportementale et sociale dans les programmes de santé publique. Cet outil intègre les enseignements retirés de cinq décennies de communication en santé publique et de marketing du secteur privé. (Voir la deuxième partie de la Section 4 sur les modèles du marketing et les modèles comportementaux et sociaux sur lesquels repose la méthode COMBI).

> La planification stratégique et la communication comportementale et sociale partent des principes essentiels suivants : nul ne peut envisager d'adopter un comportement proposé sans être conscient de son existence et sans en avoir une bonne connaissance, et nul ne peut l'adopter sans avoir procédé à un examen complet et équitable de ses bienfaits et de ses avantages au regard de son coût et des efforts requis pour le mettre en pratique.

L'objectif de COMBI est d'obtenir des résultats comportementaux. La méthode a été utilisée avec succès dans les programmes d'élimination de la lèpre en Inde et au Mozambique et de la filariose lymphatique en Inde et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). Elle a également été appliquée dans l'action déployée pour prévenir et combattre la dengue en Malaisie et dans les Amériques.

La méthode COMBI dépend de la connaissance, de la compréhension et de la perception qu'ont les gens du comportement recommandé. Elle suppose une écoute attentive des gens et la prise en compte de leurs perceptions et de leur compréhension du comportement proposé ainsi que des facteurs réels et perçus susceptibles d'entraver ou de faciliter l'adoption du comportement.

L'utilisation de la méthode COMBI vous aidera à réagir plus rapidement et de manière plus appropriée en cas de flambée en vous permettant :

- de comprendre rapidement les difficultés associées à la lutte contre la flambée du point de vue des communautés exposées ;
- de veiller à ce que les gens (patients, groupes à risque et autres) prennent les mesures appropriées pendant une flambée ;
- d'encourager les gens à soutenir les activités de lutte contre la flambée ; et
- d'utiliser plus efficacement les ressources humaines et financières disponibles.

Quels sont les principes sur lesquels repose la méthode COMBI ?

COMBI a pour objectif principal l'obtention de certains résultats comportementaux, et chaque plan COMBI doit être fondé sur cet impératif. La riposte type à une crise consiste trop souvent à produire des messages, des dépliants, des affiches, des T-shirts, des annonces radio ou télédiffusées, sans chercher à déterminer si ces matériels sont adaptés au résultat comportemental souhaité et sans réellement procéder aux recherches préalables requises.

COMBI s'appuie sur deux grands principes directeurs pour enquêter sur une flambée et planifier les interventions : fixer les résultats comportementaux préliminaires avant de produire des matériels tels que des affiches, des brochures ou des messages radiophoniques ; et effectuer une rapide étude de marché pour affiner les résultats comportementaux souhaités et déterminer la manière optimale de susciter l'intérêt des gens pour les comportements recommandés. Les résultats comportementaux attendus devront être examinés, affinés et modifiés compte tenu des résultats de l'étude de marché. Il pourra être nécessaire de répéter le processus plusieurs fois avant d'obtenir satisfaction.

Étude de marché

Les objectifs comportementaux préliminaires sont minutieusement évalués pendant une étude de marché. Cet exercice peut paraître long et compliqué, en particulier lors d'une flambée, quand il est important de diffuser les

informations le plus rapidement possible. Mais si cet aspect est ignoré, les ressources seront probablement gaspillées et les matériels inefficaces. Particuliers et communautés risquent, en outre, de se montrer résistants aux interventions. Il est indispensable de consacrer ne serait-ce que quelques heures à cette activité.

Adoption d'un comportement

Il est relativement aisé de sensibiliser l'opinion et de fournir des informations. La difficulté est d'encourager les gens à appliquer ce qu'ils savent et à adopter ensuite le comportement recommandé. Les gens agissent en fonction des informations dont ils disposent.

La planification COMBI repose sur la connaissance des modalités d'adoption du comportement recommandé et du rôle de la communication. La connaissance de ces processus aidera à concevoir et à ajuster les messages destinés à encourager différents groupes à agir, et à choisir les canaux et les contextes les mieux adaptés pour atteindre certains publics.

Un modèle simple, connu des praticiens de la méthode COMBI sous l'acronyme HIC-DARM, illustre le processus d'adoption d'un nouveau comportement. Ce modèle s'appuie sur des recherches relatives à la théorie et à la pratique de l'adoption des comportements et il représente la manière dont une personne accepte et maintient un nouveau comportement :

Chaque dimension du modèle HIC-DARM requiert une communication appropriée. Si les personnes ont déjà entendu parler du comportement mais ne disposent pas de toutes les données le concernant, il faudra commencer par les informer pour les sensibiliser. Si elles sont déjà informées mais pas convaincues, vous commencerez par les informations de nature à les convaincre. Il existe le plus souvent un écart entre la première partie du cycle – informer et convaincre les gens – et la seconde partie – encourager les gens à franchir les étapes suivantes en faveur d'un nouveau comportement. De nombreux programmes de santé parviennent à informer, instruire et persuader les gens quant à ce qu'il convient de faire, mais beaucoup échouent à influer sur le comportement.

Pour remédier à cela, COMBI s'inspire de l'expérience du secteur privé et des méthodes des études de marché, qui influent si efficacement sur le comportement des consommateurs. Les principes sur lesquels repose le modèle HIC-DARM s'appliquent à des publics à tous les niveaux, chacun nécessitant un type de communication différent selon le stade du processus de l'adoption du comportement. L'utilisation du modèle HIC-DARM permet de segmenter le public et de hiérarchiser et de focaliser les mesures nécessaires.

Les quatre C

D'abord, nous	**entendons** parler (**H**ear, en anglais) du comportement,
ensuite nous sommes	**Informés** à son sujet,
puis nous sommes	**Convaincus** de sa valeur.
Le moment venu, nous	**Décidons** de donner suite,
Après quoi nous	**Agissons** dans le sens du nouveau comportement.
Puis nous	**Renforçons** notre action, satisfaits de notre participation
Si tout se passe bien, nous	**Maintenons** le comportement.

COMBI substitue à l'ancien concept des quatre P du marketing (produit, prix, point de distribution et promotion) les quatre C de la communication intégrée du marketing, mieux adaptés aux résultats comportementaux liés à la santé :

- Les **C**onsommateurs sont définis d'emblée par leurs besoins, leurs manques et leurs désirs. La phase de l'étude de marché révèle ce qui motive réellement les gens, y compris des raisons sans aucun lien avec la santé. Le désir de protéger sa famille, son revenu et son statut au sein de la communauté, et le besoin de respect et de reconnaissance sont autant d'incitations puissantes.
- Le **C**oût, au-delà du prix, inclut également l'effort demandé et la possibilité d'adopter le comportement recommandé. Le coût doit être mis en regard de la « valeur » du comportement proposé. Si les gens estiment que la valeur est nulle ou mineure, ils seront moins enclins à adopter le comportement.

Ainsi la suspension de cérémonies traditionnelles risquant d'accroître la transmission d'une maladie (rites funéraires, par exemple) pourrait avoir un coût social trop élevé pour un particulier et nécessiter une décision et une action collectives.

- La **C**ommodité se distingue du point de distribution dans la mesure où elle touche, au-delà du lieu physique, l'accessibilité et la commodité d'un comportement ou de l'accès à un service.
- La **C**ommunication passe par l'application d'un éventail d'interventions débordant sensiblement le cadre de la promotion d'un produit ou d'une marque. Aucune intervention ne conduira à elle seule au comportement souhaité. Des informations sur les trois autres C devront être communiquées au consommateur. Cette solution répond à un manque, un besoin ou un désir existant, sa valeur promise est supérieure à son coût et elle est commodément disponible.

Dimensions critiques de la mobilisation communautaire en cas de flambée épidémique

L'efficacité des interventions destinées à prévenir et combattre une flambée est fonction de l'efficacité des personnes qui représentent et appliquent le programme. Pendant une flambée, il est important d'établir rapidement des relations de confiance et la crédibilité des interventions proposées. La peur est un instinct courant, puissant et compréhensible qui pousse les gens à agir différemment de ce qu'ils ferai dans une situation normale. Une flambée épidémique inconnue peut susciter la peur et l'anxiété. Le maintien de la confiance et de la crédibilité et l'empathie pour les communautés touchées aident à réduire l'anxiété, de sorte que les gens sont plus enclins à écouter et comprendre les messages et à prendre les mesures appropriées.

Dans de nombreux pays, les bénévoles de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres organisations de base se sont forgé une réputation en dispensant des services aux communautés locales. Ils travaillent généralement dans les communautés où ils résident et la population, les connaissant bien, les considère avec un certain degré de confiance et de respect. Le fait de savoir qui est apprécié et bénéficie de la confiance de la communauté permet aux praticiens de la méthode COMBI de mettre en avant et de recenser les personnalités influentes et de concevoir des stratégies avec des partenaires en qui la communauté a confiance. La crédibilité repose sur la sélection des meilleures sources d'informations concernant les mesures de lutte en cas de flambée. Un médecin ou une infirmière sont en général plus crédibles lorsqu'il s'agit de la santé que, par exemple, un boulanger, un pêcheur ou un agent de police ; dans certaines situations, on pourra toutefois renforcer la crédibilité en faisant valoir que les personnes concernées ont reçu une formation ou une autorisation spéciale et savent ce qu'elles font. Il conviendra de poser notamment les questions suivantes :

- Quelles sont actuellement les sources d'informations les plus crédibles et les plus dignes de confiance dans la communauté ? S'agit-il des personnels de santé, des enseignants, des chefs religieux, des organisations non gouvernementales, des responsables politiques, des tradipraticiens ?
- Une source crédible et digne de confiance présente-t-elle des caractéristiques particulières, reconnues par la communauté ?
- Dans quelle mesure une formation ou une apparence (un uniforme, par exemple) améliorerait-elle la perception de la crédibilité ou de la compétence dans la communauté ?

Deux des principes directeurs sur lesquels repose le renforcement de la confiance et de la crédibilité dans les interventions sont décrites ci-après.

Mobiliser les réseaux et les groupes sociaux existants

Il est important d'associer les réseaux et les groupes sociaux existants. Pendant la planification COMBI, recensez les groupes qui existent et ce qu'ils font. Prenez le temps d'évaluer les effets que leur travail pourrait avoir sur vos interventions. Les organisations communautaires qui appliquent des programmes de planification familiale, par exemple, ne seront pas nécessairement utiles pendant une campagne de vaccination de masse, la population risquant d'associer la vaccination contre la fièvre jaune ou la

rougeole à la contraception. Des rumeurs préjudiciables au programme peuvent commencer de se propager en pareille situation. Dans leur propre communauté ou leur famille, les agents communautaires peuvent toutefois donner un exemple positif, notamment en se faisant eux-mêmes vacciner et en persuadant les autres de le faire. Faites les participer autrement, par exemple en leur envoyant des informations (mémorandums, communiqués de presse, questions fréquentes) sur la campagne, et en les invitant à utiliser leurs propres contacts et leur influence pour soutenir la campagne.

Il est important de fournir une formation et des outils adéquats aux personnes qui collaborent avec les communautés locales. Elles doivent être convaincues de ce qu'elles font pour pouvoir ensuite convaincre les autres. Donnez aux bénévoles et aux autres le temps de poser des questions et utilisez des jeux de rôles pendant les séances de formation pour permettre une simulation de situations et de questions difficiles et la répétition des réponses.

Il convient de renforcer les techniques de communication de base, comme la communication verbale ou non verbale. Pendant une flambée, les gens ont besoin d'être rassurés et il est important de répondre à leurs questions sous une forme qu'ils comprennent et qui leur permette de donner un sens à ce qui se passe. Lors d'une campagne de vaccination de masse, par exemple, si les gens pensent que la vaccination sera inefficace, il ne suffira pas de leur dire le contraire pour les faire changer d'avis : ils devront être amenés à examiner comment ils en sont arrivés à cette conclusion. Cela passe par un dialogue et une recherche des motifs possibles, et de la raison pour laquelle ils devraient repenser à la vaccination comme une option propre à les protéger, eux-mêmes, leur famille et leur communauté.

Tenir la communauté informée des résultats obtenus pendant et après une flambée

Des informations régulières doivent être fournies aux communautés sur la gestion des opérations et la progression de la campagne. Le retour d'information est à double sens ; les informations fournies par les communautés (perceptions actuelles, rumeurs, par exemple) peuvent fortement accroître l'efficacité des stratégies de mobilisation sociale. Les messages et les matériaux doivent être préalablement testés auprès du public cible et tout ajustement nécessaire doit être effectué avant leur production en nombre. Assurez-vous que l'effet escompté des matériaux est le bon et que les messages sont accessibles, et qu'ils sont compris et appliqués.

Les communautés doivent également être informées lorsqu'une flambée a été maîtrisée et que les activités de lutte ont pris fin. La communication des résultats, en marquant la fin d'une période de crise, donne le signal à la communauté qu'elle peut reprendre une vie normale. La population aura de plus le sentiment d'avoir accompli sa mission et participé à l'interruption de la flambée, sentiment qui pourra être manifesté de nombreuses manières, par l'organisation de cérémonies ou de services religieux, par exemple, ou la publication d'articles dans les médias locaux.

Suivi et évaluation pendant une flambée épidémique

Le suivi, l'évaluation, la surveillance et la mesure des résultats pendant une flambée relèvent du domaine scientifique et il y a pléthore de manuels, d'outils et d'ouvrages universitaires sur la manière d'intégrer les recherches, le suivi et l'évaluation dans les programmes de santé publique, notamment le suivi et l'évaluation de la communication en santé.[4] La présente section en donne un aperçu, en mettant l'accent en particulier sur les réalités de la mesure et de l'évaluation des progrès et des effets de la communication comportementale et sociale en cas de flambée. Pour des informations détaillées plus spécifiques, voir la section du présent document sur les ouvrages de référence.

Une flambée est un événement grave qui nécessite des interventions rapides. Vu le court laps de temps disponible pour ralentir sa progression et réduire autant que possible le nombre de vies perdues, il est important de comprendre où des résultats ont été obtenus et où la situation n'a pas progressé afin d'ajuster

4 L'un des manuels les plus complets qui existent dans ce domaine et dont la présente section s'est abondamment inspirée est celui de Parks W, Shrestha S, Chitnis K (2008). *Essentials for excellence : researching, monitoring and evaluating strategic communication for behaviour and social change. UNICEF Pacific Office, Fiji.* Disponible à l'adresse : http://www.unicef.org/cbsc/files/Essentials_for_excellence.pdf.

en conséquence les mesures de lutte. Dans des interventions à plus long terme, des groupes témoins et des groupes aléatoires peuvent être inclus dans les activités de suivi et d'évaluation ; mais compte tenu de la nature rapide et ciblée d'une flambée, cette option n'est pas envisageable, tant pour des raisons éthiques que pratiques. Il devrait néanmoins être possible de montrer que les objectifs comportementaux issus d'une recherche formative rapide ont été atteints grâce à une communication efficace; si, par exemple, toute la population se lave les mains mais que l'épidémie continue, le problème tient peut-être aux recommandations techniques. Il est facile, par conséquent, de comprendre l'importance du suivi et de l'évaluation ainsi que les limites de la communication.

Trois questions

Le suivi et l'évaluation posent essentiellement trois questions :

- Est-ce que nous faisons ce qu'il faut ?
- Est-ce que nous le faisons comme il faut ?
- Faisons-nous réellement changer la situation ?

Suivi et évaluation requièrent du temps et des moyens financiers. Le manque d'argent et de temps ne doit, cependant, pas empêcher un solide travail de suivi et d'évaluation pendant une flambée. Cet aspect doit être pris en compte dès le début d'une flambée, ainsi qu'à chaque phase du plan au fur et à mesure de son déroulement. La composante suivi et évaluation, si modeste soit-elle, doit être envisagée, planifiée, budgétisée et intégrée dans le plan COMBI dès le début. Des indicateurs spécifiques doivent être définis en même temps que les plans de suivi et d'évaluation et les objectifs liés au comportement et à la communication (voir l'étape 3).

Tandis qu'une flambée évolue, un suivi régulier permet de s'adapter, de s'atteler aux problèmes nouveaux, voire d'éliminer les aspects de la stratégie qui semblent ne pas fonctionner. Non seulement le suivi et l'évaluation permettent de communiquer des informations sur les progrès et les résultats, mais ils peuvent également orienter et façonner les plans et les stratégies de communication, et l'intervention elle-même. Ainsi que nous le verrons, l'inclusion de solides indicateurs assortis de résultats mesurables peut même accroître l'efficacité d'un objectif comportemental.

Pour plus de clarté, les définitions suivantes sont utilisées : le « suivi » améliore la performance et l'efficacité d'un projet. Les informations relatives aux progrès réalisés sur la voie des cibles et des activités peuvent indiquer ce qui ne se passe pas bien, permettre d'améliorer ou d'ajuster les interventions et renseigner toute l'équipe de lutte contre la flambée. Ce retour d'information essentiel aide les collègues techniques à comprendre quand une intervention échoue et pourquoi. Le suivi repose sur une surveillance systématique au moyen de « contrôles » réguliers.

L' « évaluation » correspond à l' « autopsie », et consiste à déterminer si les résultats effectifs ont été obtenus et à analyser comment ils ont été obtenus. L'évaluation tente d'établir un lien entre une intervention particulière et les résultats obtenus en comparant les objectifs initialement fixés et la qualité de leur réalisation, et en se demandant si ces résultats sont imputables à l'intervention. En cas de flambée, l'évaluation ultime est simple et difficilement évitable : "les objectifs comportementaux ont-ils été adoptés et, en conséquence, la flambée a-t-elle été endiguée ?" En d'autres termes, la transmission a-t-elle été interrompue et ce résultat peut-il être attribué directement aux mesures de lutte contre la flambée (somme de toutes les interventions) ?

Choix des indicateurs

Les indicateurs jouent un rôle essentiel dans un système de suivi et d'évaluation car ils représentent ce qui est mesuré et/ou fait l'objet d'un suivi. Les indicateurs peuvent être utilisés pour poser des questions telles que les suivantes et y répondre :

Qui ?	Personnes qui manipulent de la volaille crue ou des produits avicoles à XX (lieu)
Quel nombre ?	Pourcentage des personnes qui manipulent de la volaille ayant entendu ou vu les messages et les activités à XX (lieu)
À quelle fréquence ?	Pourcentage des personnes qui manipulent de la volaille qui se lavent les mains avant de toucher et après avoir touché des produits avicoles crus à XX (lieu)
Combien ?	Ressources financières consacrées aux produits et ustensiles de nettoyage
	Ressources humaines et temps consacrés au nettoyage

Un indicateur est une variable qui permet de vérifier les changements dus à une intervention ou qui montre les résultats obtenus par rapport à ce qui était prévu. Vous devez décider assez tôt de vos indicateurs pour commencer immédiatement à recueillir les informations. Les indicateurs servent à mesurer les résultats de votre intervention. Un résultat est un changement survenu dans une relation de cause à effet, qui est mesurable ou qui peut être décrit.

Section 2

Riposte à une flambée épidémique : mesures déployées

Introduction

Le cycle de planification COMBI pour la riposte à une flambée se divise en sept étapes (Tableau 1). La Section 2 décrit un certain nombre d'outils, tels que des modèles, des graphiques et des listes de contrôle, qui peuvent être utilisés pendant les sept étapes. Les outils utiles à chaque étape sont présentés au début de la partie concernée. La numérotation n'est nullement hiérarchique ; en situation réelle, vous devrez fixer des priorités et décider de la manière optimale d'associer les outils. Tous les outils sont décrits dans la Section 3, avec des exemples, et un cahier vierge, qui pourra être utilisé pendant les investigations de terrain et les missions de riposte, est également fourni.

Tableau 1. Les sept étapes du cycle de planification COMBI pour la riposte à une flambée épidémique, avec les outils utilisés et les résultats attendus

Étapes	Outils	Résultats attendus
Structure programmatique, gestionnaire et administrative de la riposte	Outil 1 : Questions en vue de l'évaluation du contexte organisationnel de la gestion des opérations et de la riposte à une flambée épidémique	
	Outil 2 : Recenser les acteurs concernés	
	Outil 3 : Inventorier les compétences et les capacités existantesy	
	Outil 4 : Questions fréquentes sur le suivi et l'évaluation	
Étapes de la planification COMBI		
Étape 1. Définir les objectifs comportementaux préliminaires	Outil 5 : Définir les objectifs comportementaux préliminaires : comprendre le contexte des interventions	Objectifs comportementaux préliminaires
	Outil 6 : Facteurs de risque dans le contexte socioculturel	
	Outil 7 : Examen approfondi de l'environnement	
Étape 2. Faire une rapide étude de marché	Outil 8 : Conseils pour les entretiens	Obstacles et facteurs favorables à l'adoption de mesures de prévention et de lutte ; ce que la communication peut et ne peut pas faire
	Outil 9 : Liste de contrôle pour la réalisation d'une étude de marché	
	Outil 10 : Entretiens semi structurés	
Étape 3. Affiner les objectifs comportementaux, formulez vos objectifs communicationnels	Outil 11 : HIC-DARM Outil 12 : Modèle pour MS.CREFS Outil 13 : Questions relevant de la communication ou ne relevant pas de la communication	Objectifs comportementaux et communicationnels
Étape 4. Concevoir une stratégie générale	Outil 14a : Reformuler les objectifs comportementaux et communicationnels Outil 14b : Relier les objectifs comportementaux et communicationnels à la stratégie générale	Une stratégie
Étape 5. Élaborer les plans de mise en œuvre et les budgets	Outil 15 : Plan de mise en œuvre détaillé Outil 16 : Tableau de suivi	Plans de mise en œuvre détaillés pour la stratégie et pour le suivi et l'évaluation
Étape 6. Mettre en œuvre et suivre la stratégie, dégager les tendances et adapter au besoin	Outil 17 : Plan de mise en œuvre du suivi	Informations en retour
Étape 7. Évaluer une fois la flambée terminée	Outil 4 : Questions fréquentes sur le suivi et l'évaluation	Effets, enseignements retirés et bonnes pratiques
	Outil 10 : Entretiens semi structurés	
	Outil 16 : Tableau de suivi	
	Outil 17 : Plan de mise en œuvre du suivi	

Structure programmatique, gestionnaire et administrative du dispositif de riposte

Avant d'entreprendre une intervention, il est important de bien connaître la structure du dispositif de riposte existant,[5] et de savoir comment il est organisé et qui est responsable des différentes activités. Vous devez déterminer quelles sont les ressources disponibles et comment la communication comportementale et sociale pourra aider à faire face à la flambée. Vous devez procéder rapidement et la présente section vous y aidera.

Outils	
Outil 1	Questions en vue de l'évaluation du contexte organisationnel de la gestion des opérations et de la riposte à une flambée épidémique
Outil 2	Recenser les acteurs concernés
Outil 3	Inventorier les compétences et les capacités existantes
Outil 4	Questions fréquentes sur le suivi et l'évaluation

Organes décisionnels

Dès lors qu'une flambée est suspectée ou confirmée, un comité de gestion de crise est en général chargé de coordonner et de gérer les opérations contre la flambée au niveau local, voire au niveau national, selon l'ampleur et le lieu de la flambée. Ce comité relève des autorités nationales et il comprend les représentants des départements gouvernementaux, des organisations religieuses, des institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales concernés.

Le comité de gestion de crise fait généralement établir plusieurs sous-comités techniques, qui sont chargés de planifier et de gérer la mise en œuvre au jour le jour de divers aspects de la lutte contre la flambée. Il est important de mettre en place dès que possible un sous-comité technique pour les interventions comportementales et sociales, souvent désigné comme le sous-comité pour "la mobilisation sociale, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé, et l'information, l'éducation et la communication (IEC)". Si un tel sous-comité existe déjà, il doit être utilisé.

Ce sous-comité est chargé de concevoir et de coordonner un éventail d'activités liées aux interventions comportementales et sociales, comme les suivantes :

- effectuer des recherches rapides parmi les acteurs concernés (et notamment les groupes touchés ou à risque) ;
- établir un plan d'action pour la communication comportementale et sociale ;
- désigner les personnes capables de sensibiliser l'opinion au niveau de la communauté ;
- organiser et dispenser une formation en matière de communication et de compétence culturelle à l'intention des personnes chargées de l'action de sensibilisation et de mobilisation sociale, à l'appui des activités destinées à prévenir et combattre la flambée ;
- élaborer des messages et des matériels pour certaines activités ;
- coordonner l'exécution du plan d'action convenu ;
- organiser un soutien psychosocial pour les personnes et les familles touchées ;
- mener une action de sensibilisation au nom des patients et de la communauté et aider à renforcer la réactivité de la structure de soins de santé ;
- suivre les effets des interventions de lutte contre la flambée du point de vue des communautés touchées afin d'en informer les responsables de la gestion des activités, et notamment le personnel chargé de la riposte.

5 La présente section décrit la structure du dispositif de riposte de l'autorité nationale et non le mécanisme de riposte du Groupe interorganisations. Pour plus de détails sur ce sujet, voir : *http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/en/index.html*.

Composition d'un sous-comité des interventions comportementales et sociales et rôle des membres

Le groupe doit comprendre un chef d'équipe ou un coordonnateur et les représentants de tous les organismes et établissements partenaires spécialisés intéressés. Compte tenu de l'éventail des compétences des personnes auxquelles il faudra faire appel à différents moments, la composition du sous-comité doit être soigneusement réfléchie. Il faudra désigner des interlocuteurs dans les organismes, départements, établissements et médias locaux appropriés, et enregistrer leurs coordonnées actuelles.

Les partenaires pourront souhaiter participer de différentes manières : certains voudront se faire représenter au sein du sous-comité et s'engager à planifier et surveiller la mise en œuvre des activités pendant la durée de la flambée. D'autres mettront leur personnel ou des bénévoles à disposition, ou accepteront d'inclure les messages dans leurs produits informationnels, de distribuer les matériels aux bénéficiaires de leurs services, à leurs clients ou leurs mandants, ou de fournir un appui financier ou des contributions en nature, comme l'impression de documents, du temps ou de l'espace médiatique ou l'utilisation de locaux.

Les responsabilités doivent être confiées aux membres du sous-comité de façon à partager la charge de travail et à permettre à chacun de faire bénéficier le groupe de ses idées, de son expérience et de ses compétences.

Relations avec le comité de gestion de crise

Le comité de gestion de crise et le sous-comité technique chargé des interventions comportementales et sociales doivent être en contact régulier pour :

- soutenir et intégrer les activités qui se chevauchent ;
- échanger des informations ;
- assurer l'intégration rapide des réactions de la communauté dans la conception des stratégies et la prise des décisions ;
- veiller à la cohérence des messages des différents organismes ; et
- améliorer l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources.
- il est souhaitable que le sous-comité soit représenté au sein du comité de gestion de crise. À défaut, une méthode de communication fiable devra être établie entre eux.

Coordination, rôles et responsabilités

L'efficacité des interventions de communication comportementale et sociale pour la riposte à une flambée dépend de la fermeté de la gestion et de la coordination de la contribution des divers acteurs concernés. Lors de la mise en place des interventions, il convient de poser certaines questions, telles que les suivantes :

- Comment les interventions comportementales et sociales s'intègrent-elles dans l'ensemble de la riposte à la flambée ?
- De qui relève cette composante ?
- Quelles stratégies et interventions essentielles sont utilisées (éducation sanitaire, promotion de la santé, mobilisation sociale, campagnes d'information, d'éducation et de communication, communication sur les risques, par exemple) ?
- Qui sont les acteurs concernés et quel rôle peuvent-ils jouer ?
- Quels établissements partenaires seront associés ? De quelles ressources disposent-ils ?
- Quelle sera la structure de gestion et d'encadrement ?
- Qui fournira un appui administratif et logistique ?
- Quelles ressources humaines sont déjà disponibles et quels sont les besoins ?
- Quels sont les besoins en formation ?
- Comment suivrons-nous et évaluerons-nous les interventions ?
- Quel type de recherche formative sera nécessaire pour concevoir un plan COMBI efficace ?

Structure d'encadrement

L'encadrement est une composante essentielle de la gestion qui nécessite une planification minutieuse. Lors de la planification des activités, il est important de déterminer qui surveillera

chaque activité et comment les informations obtenues seront utilisées pour orienter la prise des décisions.

L'encadrement nécessaire sera différent selon que les personnes et/ou les organismes sont sous contrat ou bénévoles. Là encore, vous devez définir clairement vos attentes et vos responsabilités. Expliquez comment les résultats et la qualité seront assurés et évalués. Assurez-vous que les récompenses disponibles pour les bénévoles sont suffisantes. Une simple lettre signée du médecin de district, par exemple, pourra suffire pour accroître la crédibilité et le statut des bénévoles dans les communautés locales et leur donner la confiance requise pour mener leur tâche à bien.

Mécanismes d'échange d'informations

La communication des résultats et la notification régulières aux sous-comités compétents par les personnes associées aux activités de proximité permettent de suivre les réactions de la communauté, et sa participation, à la prévention et à l'endiguement des flambées, et d'adapter au besoin les stratégies de riposte. Cela peut être fait de manière informelle à l'occasion de conversations avec le personnel ou les organismes responsables, par l'intermédiaire des interlocuteurs auxquels ont été confiés des tâches et des rôles particuliers ou, plus officiellement, lors des réunions quotidiennes ou hebdomadaires. Il pourra être nécessaire, en plus des réunions régulières, d'utiliser des formulaires de notification journalière. Une heure et un lieu réguliers pourraient être fixés pour que les gens rendent compte de leur travail, par téléphone ou sur place. Les comptes rendus réguliers permettent d'axer l'attention sur la sécurité et le bien-être des agents, par exemple en cas de retard d'un rapport ou de rendez-vous manqués. Réciproquement, les informations utiles devront être communiquées au comité de gestion de crise et, plus largement, à l'équipe de lutte contre la flambée.

Recenser les acteurs concernés

Dans le contexte d'une flambée, les "acteurs concernés" sont les personnes, les groupes et les établissements sérieusement intéressés par l'endiguement de la flambée et les mesures de riposte. Il est important, lors de la planification des interventions de mobilisation sociale, d'associer tous les acteurs concernés, qui doivent contribuer à la maîtrise de la flambée.

Les acteurs "primaires" sont les personnes en définitive touchées par la flambée : les bénéficiaires et les habitants des communautés touchées. Les acteurs "secondaires" sont les personnes associées à la planification et à la mise en œuvre des interventions contre une flambée, et notamment les spécialistes techniques, les responsables de la gestion des opérations, les représentants des secteurs et des départements gouvernementaux, les organismes publics et privés et les organisations non gouvernementales. Les acteurs "tertiaires" sont ceux qui ne sont pas directement touchés mais qui pourraient exercer une grande influence sur les acteurs primaires et secondaires pendant la riposte et le relèvement, tels les pays limitrophes, les médias internationaux, les touristes et le secteur privé.

Inventorier les compétences et les capacités existantes

Il est important de définir les fonctions et les compétences qui seront nécessaires pour planifier les interventions et les mettre en œuvre. Il faudra prendre le temps de faire l'inventaire des compétences disponibles qui pourront être utilisées, qu'il s'agisse de personnes ou d'établissements, et notamment les suivantes :

- Les spécialistes de la communication, dont les compétences couvrent l'utilisation et l'application des fonctions et des techniques de communication, comprennent le processus de la communication et ils contribueront utilement à l'élaboration d'une stratégie, en indiquant comment la communication peut aider à surmonter les problèmes et les obstacles potentiels.
- Les anthropologues médicaux et les spécialistes des sciences sociales peuvent donner un avis irremplaçable sur les dimensions socioculturelles de la riposte à une flambée. Ils sont capables d'obtenir des informations sensibles ou critiques auprès des communautés touchées. Ils tiennent compte de la culture, de l'organisation sociale de la communauté, de l'importance des liens de parenté, des relations familiales et communautaires, du savoir local et de la manière dont les communautés perçoivent la flambée.

- Les agents de développement communautaire, de proximité, de santé vétérinaire et de vulgarisation agricole ont une connaissance intime des communautés dans lesquelles ils travaillent et ils peuvent être recrutés pour une action de mobilisation et de sensibilisation. Ils ont en général de très nombreux contacts et sont des sources fiables d'informations et de soutien. Ils ont une connaissance pratique et réaliste de la dynamique économique, politique et sociale locale et ils sauront quels types d'interventions ont des chances d'être acceptées ou rejetées par les communautés.
- Les journalistes (presse écrite et radio– ou télédiffusée, producteurs de radio et de télévision) sont des contacts extrêmement importants car ils sont d'ordinaire les premiers à accéder aux informations locales et ils peuvent informer le public au moyen des médias. Il est possible de leur commander des enquêtes ou des articles particuliers ou de leur demander de produire des programmes radiophoniques, bien qu'ils ne soient pas les principaux décideurs.
- Les graphistes peuvent être invités à concevoir des matériels comme des affiches, des fascicules et des brochures. Choisissez ceux qui ont déjà travaillé pour des groupes ou des organismes locaux et ont fait leurs preuves.
- Les formateurs et les animateurs jouent des rôles différents qui requièrent des compétences différentes. Un formateur doit avoir de bonnes capacités d'animateur mais il doit aussi avoir une connaissance spécialisée du sujet. Un animateur soutient la formation mais il n'est pas spécialisé et il doit traiter les questions examinées de façon neutre et impartiale. Compte tenu des besoins en formation et en animation, sélectionnez les personnes ou les établissements qui possèdent des compétences en la matière. Planifiez vos besoins en formation dès que possible.
- Des matériels devront peut-être être mis au point rapidement pendant une flambée, surtout en présence d'exigences linguistiques, démographiques ou culturelles particulières. Assurez-vous que les imprimeries sont en mesure de produire dans leurs locaux, les petites entreprises pouvant sous-traiter faute du matériel requis, au risque de retarder et de renchérir le processus.

Vous devez également déterminer vos besoins en termes d'infrastructure logistique et communicationnelle. Le succès d'une intervention repose sur une logistique solide. Vous devrez établir un système d'approvisionnement en fournitures et un réseau de distribution afin que tous les postes disposent des fournitures et du matériel nécessaires pour l'intervention, et notamment des véhicules, ainsi que des chauffeurs et des services d'entretien.

Vous devez vous représenter clairement l'infrastructure communicationnelle existante, car votre planification et vos activités devront être adaptées aux informations et aux techniques de communication disponibles. Votre inventaire devra inclure une évaluation de l'infrastructure, des canaux et des ressources existants pour la communication, de ce qui peut être fourni et de ce dont vous devrez vous passer, et ce afin que vous puissiez commencer à chercher des solutions de substitution.

Définissez clairement les rôles et les responsabilités de ces différents groupes et établissez un mandat précis pour chaque personne ou organisme engagé pour délivrer des produits ou dispenser un service. Assurez-vous de leurs capacités et de ce que vous pouvez attendre, et déterminez précisément les ressources disponibles et la manière dont elles seront dépensées.

Souvenez-vous : Pensez à la santé et au bien-être des personnels participants et donnez-leur les informations nécessaires pour qu'ils décident en connaissance de cause et se protègent. Les personnes associées aux activités de proximité directes dans les zones touchées peuvent rencontrer des personnes et des familles malades et elles doivent parfaitement comprendre les risques potentiels et la manière de les éviter.

Conseil : Préparez les questions ci-dessus à l'avance de façon à savoir à qui vous adresser pour obtenir des résultats. Vous pouvez établir un organigramme ou dresser une liste, au choix.

Tableau 2. Recherches requises pour évaluer les progrès accomplis

Principale question à laquelle une réponse est apportée	Objet général de la recherche	Type de recherche
Où en sommes nous ? Une communication comportementale ou sociale est-elle nécessaire ? Qui en a besoin, pourquoi, comment, quand et où ?	Examiner la situation actuelle, fixer les objectifs et les données de départ en vue des mesures ultérieures et déterminer les principaux concepts	Formative Étude de marché, mesure des données de départ
Faisons-nous du bon travail ? Dans quelle mesure les activités prévues sont-elles effectivement réalisées ? L'information est-elle diffusée de manière satisfaisante, et le dialogue est-il suffisamment encouragé ? Des premiers signes de progrès sont-ils visibles ?	Suivre les contributions et les résultats ; évaluer la portée, la qualité, la satisfaction des participants et les premières indications d'un changement comportemental, organisationnel et social	Suivi Processus et premiers changements
Notre intervention a-t-elle été efficace ? Quels résultats comportementaux sont observés à différents niveaux ? Que signifient les résultats ? Qu'est-ce que la communication comportementale et sociale a changé ?	Mesurer les changements comportementaux, organisationnels et sociaux et déterminer la contribution de la communication comportementale et sociale à ces résultats	Évaluation Résultats et effets

Planifier la recherche formative, le suivi et l'évaluation

L'évaluation commence par la recherche formative pendant la rapide étude de marché. Vous devez commencer à définir les indicateurs et à élaborer les plans de suivi et d'évaluation en même temps que sont formulés les objectifs comportementaux et communicationnels. Le plan de suivi et d'évaluation peut être mis au point tandis que vous préparez votre stratégie générale et votre plan d'action détaillé. Le Tableau 2 décrit les trois domaines de recherche.

Vos efforts seront récompensés dans la mesure où chaque étape menée à bien facilitera les suivantes. De la conception à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation, la recherche fait partie intégrante de la planification, de la conception et de la mise en œuvre de la méthode COMBI.

Où en sommes-nous ? Recherche formative

En cas de flambée, on peut aisément estimer que le temps manque pour la recherche formative : que la situation est trop volatile, qu'elle évolue trop vite ou qu'elle requiert une attention immédiate. Le peu de temps – ne serait-ce que quelques heures – consacré à la recherche formative fournit pourtant des renseignements importants. Une recherche formative rapide permet de mieux comprendre ce qui entrave réellement l'adoption d'un comportement au niveau du ménage ou de la communauté. Elle renseigne sur ce que les personnes touchées ou à risque savent, ressentent ou font concernant l'événement et les mesures de prévention et de lutte. Des solutions peuvent provenir des communautés elles-mêmes grâce à un dialogue structuré. La recherche formative peut aussi remettre en question les hypothèses des autorités et du personnel chargé de la riposte concernant la manière dont la communauté comprend et perçoit la situation, sa motivation et les comportements qu'elle est prête à adopter.

La recherche formative peut être associée à des recherches secondaires, comme des rapports de programmes et des enquêtes antérieures (études des connaissances, attitudes et pratiques, enquêtes démographiques et sanitaires et enquêtes en grappes à indicateurs multiples, par exemple). En parlant avec le personnel des projets locaux, on peut aussi se rendre compte de la situation sur le terrain. Il pourra suffire d'un après-midi à parler avec les membres de la communauté et le personnel associé à la riposte et à observer ce qui se passe avec certains des outils de l'étude de marché (analyses " de la notoriété spontanée de premier rang", "un moment dans la vie de" et "une journée dans la vie de", entretiens structurés et semi structurés, groupes de discussion) pour se faire une meilleure idée de la situation, des gens et des communautés que vous essayez d'atteindre. En

cas de zoonose, il est indispensable d'analyser le marché et la chaîne d'approvisionnement pour identifier les groupes exposés.

Évaluer les réactions immédiates et procéder à des tests préalables

Le fait de comprendre les réactions de la population aux messages et aux matériels et de tester au préalable la conception et le packaging des produits de communication amélioreront les interventions et aideront à éviter des erreurs coûteuses. Le plan stratégique doit inclure des matériels tels que des annonces radio– et télédiffusées, des affiches et des brochures, et il est indispensable que le personnel technique, les représentants de la communauté et le public auquel ils s'adressent soient associés à leur conception. Cette phase peut aider à découvrir des interprétations et des réactions non prévues aux produits de communication.

Sur un plan pratique, cette phase aide à déterminer les approches les plus claires et les plus incontestables et celles qu'il convient d'affiner, et à savoir si les activités auront l'effet souhaité. Elle fournit également des données factuelles pour le suivi et l'évaluation futurs des initiatives de communication. Les groupes de discussion, les interviews de passants et les tests en situation d'exposition naturelle peuvent fournir des données propres à améliorer les produits de communication. Des groupes de discussion bien encadrés peuvent cibler des publics clés et promouvoir un dialogue constructif en vue de la conception d'interventions de communication comportementale et sociale. S'assurer que les groupes marginalisés sont représentés.

Suivi et premiers changements

Les quatre formes principales de suivi utilisées pour répondre à la question "Faisons-nous du bon travail ?" permettent d'évaluer la portée, la qualité et la satisfaction des participants ainsi que les premiers signes d'un impact comportemental.

- Le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du processus servent à comparer ce qui est censé se produire à ce qui se produit effectivement, et ce en surveillant les ressources qu'il est prévu de mettre en œuvre et les résultats attendus, en général au moyen d'un système de suivi de base comme un cadre logique, un plan d'activité ou un calendrier.
- L'évaluation du processus sert à examiner si les activités sont correctement mises en œuvre, selon des paramètres tels que la portée, la qualité, la satisfaction des participants et le niveau de participation des acteurs concernés. L'évaluation du processus permet d'affiner continuellement une stratégie.
- Le suivi comportemental sert à mesurer les résultats intermédiaires des activités du programme chez certains participants. Il aide à expliquer ce qui se produit en conséquence de résultats attendus tels que la formation et leurs liens avec les changements observés dans le comportement.
- Le suivi des changements les plus significatifs inclut la collecte systématique et l'analyse participative des « récits de changements » de participants. Ces récits peuvent être positifs ou négatifs et ils peuvent concerner des changements dans le comportement d'une personne, l'attitude d'un groupe, les capacités d'une communauté ou d'une organisation, une politique ou des conditions sociales.[6]

6 Voir Davies R, Dart J (2004). The most significant change 'MSC' technique : a guide to its use. Cité par Parks et al. (2008). Disponible à l'adresse : http://www.mande.co.uk/docs/MSCGuide.pdf.

Les sept étapes de la planification COMBI

La présente section décrit le processus en sept étapes de l'application de la méthode COMBI, illustré dans le Tableau 1. Les étapes décrivent l'élaboration d'un plan dont le but est d'atteindre des objectifs comportementaux clairement définis pendant une flambée épidémique.

Dans la pratique, il ne s'agit pas d'un processus linéaire : vous avancerez par à-coups entre les étapes au fur et à mesure que de nouvelles données émergeront. En franchissant les différentes étapes, vous commencerez à apprécier l'importance et la valeur de chacune d'elles pour l'ensemble du processus. L'étude de marché détermine les objectifs comportementaux, qui fondent à leur tour les objectifs communicationnels, sur lesquels repose la stratégie COMBI en général. Les étapes les plus frustrantes seront celles pendant lesquelles vous devrez affiner vos objectifs comportementaux et communicationnels. Les étapes suivantes seront d'autant plus facilitées que ces objectifs auront été bien conçus !

Les outils énumérés pour chaque étape ont pour objet de vous guider. Pour vous faciliter la tâche, certains outils sont illustrés par des exemples. Vous en trouverez des exemplaires vierges dans un supplément.

Étape 1 : Formulez vos objectifs comportementaux préliminaires

Le temps consacré à déterminer les résultats comportementaux et à faire une rapide étude de marché sera "payant". L'étude de marché détermine les objectifs comportementaux et communicationnels, et les interventions elles-mêmes. Elle peut décider du succès des opérations de lutte et de riposte, et les épidémiologistes, les cliniciens et les spécialistes de la santé publique devront accorder à cette étape autant d'attention que les personnes chargées de planifier les stratégies de communication comportementale et sociale. Il est important de privilégier le comportement car, selon l'influence exercée, il peut ralentir ou amplifier la propagation d'une flambée, sauver des vies ou mettre davantage de personnes en danger.

Outils	
Outil 5	Objectifs comportementaux préliminaires
Outil 6	Facteurs de risque dans le contexte socioculturel
Outil 7	Examen approfondi de l'environnement

Résultat attendu

- Objectifs comportementaux préliminaires

Évaluer le contexte comportemental

Avant d'effectuer votre étude de marché, vous devez faire le point des données dont vous disposez déjà au sujet de la situation épidémiologique, en utilisant l'outil 6. Cet outil vous aidera à entreprendre la tâche complexe qu'est la définition des objectifs comportementaux.

Les objectifs comportementaux dépendront de la flambée de maladie et des stratégies de lutte comme la vaccination, le dépistage précoce et le traitement, la surveillance et la prise en charge des cas. Ce premier énoncé des objectifs comportementaux reposera sur la connaissance initiale de la maladie, de ses causes, des pratiques communautaires et du (des) comportement(s) souhaité(s) pour combattre la maladie tels que déterminé(s) par les spécialistes de cette maladie. La liste des objectifs comportementaux préliminaires peut ainsi être établie à partir des premières données recueillies par l'équipe qui a enquêté sur la flambée et de la connaissance qu'ont les membres de l'équipe des communautés exposées. Si vous ne disposez d'aucune information, vous devrez procéder à des recherches rapides, de préférence avec l'équipe d'investigation. Vous pourrez alors définir vous objectifs comportementaux préliminaires

Exemple d'utilisation de l'outil 5 : Objectifs comportementaux préliminaires pour la fièvre hémorragique Marburg

La fièvre hémorragique Marburg est une maladie virale très contagieuse, semblable à Ebola, souvent responsable de flambées en Afrique. La colonne de gauche du Tableau 3 donne des exemples de facteurs de risque d'exposition à Marburg et de transmission de cette maladie, définis en termes d'épidémiologie. Les facteurs de risque sont associés à des contacts avec une personne infectée décédée ou vivante ou à la consommation de viande de brousse infectée. La colonne de droite donne des exemples d'interventions pouvant influer sur l'exposition à la maladie et sa transmission, et notamment le dépistage précoce et l'isolement des cas infectieux et l'importance d'éviter tout contact physique avec des personnes infectées à moins de porter le matériel de protection approprié

Tableau 3. Définition des objectifs comportementaux préliminaires pour la fièvre hémorragique Marburg

Quels sont, en termes d'épidémiologie, les facteurs de risque d'exposition et de transmission ?	Quelles interventions peuvent réduire et prévenir l'exposition et la transmission ?

■ Contact avec des liquides corporels (sang, sueur, salive, vomi, sperme, selles) de personnes infectées :
  ■ En soignant des personnes atteintes de la maladie
  ■ Par contact avec le corps d'une personne morte de la maladie
	■ Diagnostic précoce et isolement des cas infectieux
	■ Éviter les contacts physiques avec des cas infectieux ou des cas suspectés et encourager l'adoption de mesures de protection :
	  ■ Porter des gants en soignant des malades
	  ■ Faire manger les malades avec des ustensiles distincts
	  ■ Pratiques funéraires sûres
	  ■ Les malades restent chez eux et évitent les rassemblements et les réunions
	  ■ Hygiène des mains

■ Consommation de viande de brousse infectée ■ Réutilisation d'aiguilles et/ou de seringues	■ Cuisson complète des aliments ■ Sécurité des injections

Examinez ensuite le lien entre les facteurs de risque, définis en termes d'épidémiologie, les pratiques familiales et communautaires réelles et les croyances et les valeurs sur lesquelles celles-ci reposent, et toutes les pratiques modifiées qui restent considérées comme culturellement appropriées. Cela vous aidera à définir les risques auxquels sont exposés certains groupes ou certaines personnes et les risques associés à certains événements, comme les obsèques, qu'il conviendrait de modifier ou d'adapter pour éviter toute nouvelle transmission. La connaissance des valeurs et des croyances qui fondent les pratiques aidera à concevoir des messages ancrés dans la logique et les croyances familiales et communautaires existantes. La connaissance des modifications apportées vous aidera à instaurer des pratiques sûres, culturellement appropriées. (Voir l'outil 7.)

Vous devez tenir compte de tous les facteurs extérieurs susceptibles d'influer sur l'adoption des mesures de lutte et des incidences qu'ils auront sur la stratégie de riposte en général et sur la stratégie de mobilisation sociale en particulier. Le Tableau 4, basé sur l'exemple de la fièvre hémorragique Marburg, montre combien il est important et utile de comprendre ce qui peut inciter les communautés à appliquer les conseils de santé ou les en dissuader. Il démontre également pourquoi les communautés ont parfois du mal à se conformer à ce que les spécialistes peuvent considérer comme des mesures de santé relativement simples. Un comportement destiné à réduire les risques et à protéger la santé doit être possible, pratique, réalisable et culturellement approprié. (Voir l'outil 7.) Pour de plus amples détails sur la réduction des risques et les mesures de lutte liées aux maladies animales et aux zoonoses, voir la publication de la FAO.[7]

7 Bonnes pratiques de gestion des situations d'urgence (2010). Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. http://www.fao.org/ag/againfo/programmes/en/empres/GEMP/index.html. Consulté le 1er juillet 2011.

Tableau 4. Exemple : facteurs de risque dans le contexte socioculturel, fièvre hémorragique Marburg

Quels facteurs de risque, définis en termes d'épidémiologie, avez-vous relevés ?	Quelles sont les pratiques familiales actuelles liées aux facteurs de risque définis en termes d'épidémiologie ?	Sur quelles croyances et quelles valeurs reposent les pratiques ?	Quelles sont les normes sociales et communautaires liées aux pratiques ?
Contact avec des liquides corporels (sang, sueur, salive, vomi, sperme, selles) de personnes infectées ■ en soignant des personnes atteintes de la maladie ■ par contact avec des défunts porteurs de la maladie Consommation de viande de brousse infectée	Ce sont surtout les femmes qui soignent les malades dans la famille. Les femmes s'occupent aussi des jeunes enfants dans la famille. La purification des survivants, des membres de la famille et des personnes en contact avec les malades repose sur des cérémonies et des rituels traditionnels. Les défunts sont lavés par les membres de la proche famille et préparés pour permettre à ceux qui les connaissaient de les toucher et de les pleurer pendant quelques jours avant l'enterrement.	Le statut et la valeur des femmes sont liés à leur rôle de mères et d'épouses, et à la question de savoir si elles s'occupent bien de leur famille. Le sang est associé à la sorcellerie et aux guérisseurs. Le défunt devient un ancêtre, et le fait de le pleurer et de toucher son corps empêche l'ancêtre de revenir d'entre les morts et de porter malheur.	Les femmes restent à la maison et travaillent la terre familiale. Les rites de purification sont du ressort des tradipraticiens. La famille du défunt est censée organiser une fête. Un objet appartenant au défunt est normalement placé sur la tombe.

Le Tableau 4 montre que ce sont surtout les femmes qui s'occupent des membres de la famille et qu'il est donc important qu'elles aient accès aux informations concernant les risques et la manière de se protéger et de protéger leur famille en cas de maladie. Vous devez trouver comment atteindre les femmes, qui peuvent être à la maison ou aux champs, loin du foyer. Il faudra vous pencher sur les types de cérémonies et de rituels traditionnels, et consulter les tradipraticiens pour débattre avec eux de la manière d'éliminer les risques liés à ces pratiques pendant la flambée. L'attention devra aussi porter sur les obsèques et les festivités associées aux enterrements traditionnels, et il faudra négocier avec les membres de la famille, les chefs religieux et les membres de la communauté les mesures à prendre pour humaniser les cérémonies tout en les rendant plus sûres. La compétence culturelle favorisera l'acceptation des pratiques modifiées.

Le Tableau 5 donne un exemple d'examen approfondi de l'environnement.

Tableau 5. Exemple d'utilisation de l'outil 7 : examen approfondi de l'environnement

Questions sociales et culturelles Croyances et coutumes religieuses et traditionnelles	Questions économiques	Questions politiques Politique, ethnicité, relations communautaires	Questions environnementales Géographie, saisons, climat
■ Quelle est la religion dominante ? ■ Y a-t-il des caractéristiques locales, comme des systèmes multiconfessionnels ? ■ Les communautés sont-elles profondément croyantes et quel rôle jouent les institutions religieuses dans la vie quotidienne ? ■ La religion et la culture influent-elles sur la manière dont les communautés perçoivent et gèrent la maladie et la foi, enterrements et rites funéraires, médecine traditionnelle, par exemple ? ■ Comment les rites funéraires pendant une flambée peuvent-ils tenir compte des pratiques culturelles ? Exemple : pendant la flambée d'Ebola dans le sud du Soudan (2004), les rites traditionnels associés au deuil et à l'enterrement ont été suspendus. Dans ces communautés, ces rites sont un moyen de se protéger du malheur ; sans un enterrement en bonne et due forme, la croyance veut que l'esprit erre et apporte le malheur aux survivants.	■ Les communautés ont-elles les moyens d'appliquer des pratiques destinées à réduire les risques, comme remplacer les objets personnels qu'il faudra peut-être détruire, acheter des cercueils, par exemple ? ■ Les emplois locaux et les sources de revenu seront-ils affectés, les marchés seront-ils fermés, par exemple, entraînant une perte de revenu pour les marchands et les chasseurs ? ■ Y aura-t-il une perte ou une réduction des sources de protéines, et comment seront-elles remplacées ? ■ Les communautés auront-elles accès aux services ? Comment se rendront-elles dans les dispensaires et les hôpitaux, en bus, à pied, à vélo, par exemple ? Exemple : Les flambées de grippe aviaire affecteront le statut nutritionnel et la sécurité alimentaire si la volaille est la principale source locale de protéines et de nourriture.	■ Quels sont les principaux groupes ethniques et culturels qui sont touchés par la flambée ? ■ Quelle est la relation entre les autorités locales et les communautés locales ? ■ Les communautés locales font-elles confiance aux autorités ? ■ Existe-t-il un conflit ou des tensions susceptibles d'influer sur la manière dont la riposte est perçue et gérée par les autorités locales ? ■ Quelles sont les relations entre le personnel de santé et l'administration aux niveaux national et local ? Exemple : Pendant la flambée de Marburg en Angola (2005), le personnel médical a saisi l'occasion de la flambée pour exiger le paiement des salaires impayés avant de combattre la flambée.	■ Les facteurs saisonniers, climatiques et géographiques affecteront-ils la riposte à la flambée, et des dispositions spéciales sont-elles nécessaires, sera-t-il facile d'atteindre les communautés touchées, par exemple, et cela aura-t-il des incidences sur le carburant et les transports ? ■ Les pratiques des communautés changent-elles selon la saison ? Exemple : Pendant la flambée de grippe aviaire en Turquie (2006), certaines communautés ont fait rentrer leurs animaux pour les protéger du froid. Dans certaines communautés africaines, la volaille est logée dans des structures que ferment des portes si petites, pour des raisons de sécurité, que seuls les enfants peuvent s'occuper de la volaille.
Où obtenir de plus amples informations : Chefs religieux, tradipraticiens, personnels de santé, communautés locales et associations féminines	**Où obtenir de plus amples informations :** Autorités locales, associations commerciales comme les chambres de commerce, marchands et propriétaires de marchés, commerçants, membres de la communauté, associations féminines	**Où obtenir de plus amples informations :** Représentants des institutions et organisations locales, des autorités traditionnelles, des groupes religieux, des organisations non gouvernementales, et des associations féminines	**Où obtenir de plus amples informations :** Autorités locales, organisations non gouvernementales, institutions des Nations Unies, communautés locales, et associations féminines

Les objectifs comportementaux préliminaires résultant de cet exercice pourraient être les suivants :

- Les personnes présentant des symptômes doivent se rendre dans les 24 heures dans le centre de santé le plus proche pour un diagnostic et un traitement appropriés.
- Éviter tout contact physique avec des personnes infectieuses.
- Bien cuire les aliments.

Souvenez-vous que ce sont là des objectifs *préliminaires*. Lorsque vous aurez défini vos objectifs et précisé quel comportement pourrait réduire le risque d'infection et la propagation de la flambée dans les communautés, vous devrez faire une étude de marché (étape 2) afin de déterminer si les objectifs sont possibles, pratiques et culturellement appropriés. Sur la base de cette analyse, vous affinerez et confirmerez vos objectifs comportementaux.

Objectifs précis, mesurables, réalisables, réalistes, limités dans le temps (objectifs « SMART »)

À ce stade, vos objectifs ne seront pas suffisamment précis. Pendant l'étape 3, lorsque vous définissez vos objectifs comportementaux et vous assurez qu'ils sont complets, vous pouvez vérifier qu'ils satisfont aux critères fixés. Sont-ils :

Précis ?	Administrer le vaccin antiamaril à tous les enfants de 9 mois à 14 ans
Mesurables ?	Vacciner 45 000 sujets
Réalisables ?	50 sites d'accès facile pour la population choisis avec les représentants de la communauté
Réalistes ?	Les ressources humaines et financières allouées à cet effet sont suffisantes.
Limités dans le temps ?	La vaccination s'étendra sur 2 jours, les 24 et 25 octobre 2011.

Il est important, en cas de flambée, de fixer des objectifs précis, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps car les objectifs sont étroitement liés aux mesures en faveur de l'adoption de pratiques propres à réduire les risques. Souvenez-vous que la lutte contre une flambée ne consiste pas seulement à sensibiliser les communautés mais également à promouvoir la réduction des risques face à une flambée.

Vous pouvez aussi vous poser les cinq questions : qui, quoi, quand, où et pourquoi au sujet de vos objectifs comportementaux. Clairement énoncé, le résultat comportemental attendu indiquera qui est censé faire quoi, quand, où et pourquoi, et il témoignera du lien entre le comportement et le but ultime.

Par exemple :	
Qui ?	45 000 sujets (par exemple tous les enfants de 9 mois à 14 ans)
Quoi ?	viendront, ou seront amenés par les personnes qui s'en occupent, pour être vaccinés contre la fièvre jaune par les personnels de santé
Quand ?	les 24 et 25 octobre 2011
Où ?	dans 50 sites fixes, annoncés à l'avance.
Pourquoi ?	la vaccination est la principale mesure de prévention de la fièvre jaune, et elle protège pendant 10 ans.

La réponse à ces questions essentielles devra être contenue dans l'objectif comportemental. Choisissez quelques résultats comportementaux souhaités (trois au maximum), en veillant à ce qu'ils contribuent à la réalisation de l'objectif général.

Souvenez-vous !

Privilégiez les comportements qui contribueront le plus à la réalisation de vos objectifs de prévention et de lutte.

Étape 2 : Effectuez une rapide étude de marché pour définir les objectifs comportementaux préliminaires

Le marketing du secteur privé et son utilisation de la recherche anthropologique nous ont enseigné deux choses. Premièrement, qu'il est important d'être "à l'écoute du consommateur" pour dépasser la simple reconnaissance des comportements à risque (ce que les gens font pour se mettre, et mettre autrui, en danger) et la définition des objectifs comportementaux (ce que les gens devraient faire pour se protéger et protéger autrui), et comprendre en définitive les raisons pour lesquelles les gens agissent ainsi. Deuxièmement, que les entreprises commerciales ne vendent pas un produit ou un service, mais la réponse qu'apporte leur produit ou leur service à un besoin, un manque ou un désir que les gens ont déjà.

Une étude de marché portant sur les résultats comportementaux préliminaires aide à comprendre le comportement souhaité du point de vue des communautés touchées. Elle vous permet de déterminer quelles sont les croyances ou les pratiques socioculturelles qui peuvent entraver l'adoption des mesures de lutte et de prévention. Grâce à ce savoir, vous pouvez solliciter l'attention de la communauté en faveur de pratiques qui réduiront effectivement les risques. La connaissance de la culture de la communauté vous aidera à nouer le dialogue avec la population de façon à l'amener à modifier ses comportements.

Cette analyse mettra aussi en évidence les problèmes que la communication ne peut résoudre à elle seule, et désignera ceux auxquels il faudra s'atteler pour que la communication soit efficace. L'analyse indiquera par exemple les services et les médicaments qui devront être disponibles et mis en place, ou soulignera l'importance de bien connaître les raisons de la flambée et du déploiement de la stratégie de lutte par les organismes et les autres acteurs concernés avant de commencer votre action de communication comportementale et sociale axée sur les populations à risque ou touchées.

Outils	
Outil 9	Liste de contrôle pour la réalisation d'une rapide étude de marché
Outil 10	Entretiens semi-structurés

Résultats attendus

- Liste des obstacles à l'adoption des mesures de prévention et de lutte, et des facteurs favorables
- Une perception claire de ce que peut et ne peut pas faire la communication

L'étude de marché porte également sur la manière dont les communautés locales réagissent à la riposte aux flambées. Même si vous avez mis en place une équipe d'intervention pluridisciplinaire, de nombreuses investigations auront inévitablement lieu simultanément. Vous devrez déterminer où les opinions et les idées convergent et où elles divergent. Comme en témoignent les ripostes au syndrome respiratoire aigu sévère et à d'autres épidémies et flambées récentes, l'action doit impérativement être coordonnée avec les partenaires locaux et internationaux. (Les modalités de l'application de la méthode COMBI dans la lutte contre les flambées de fièvre hémorragique Ebola au Soudan et de rougeole à Fidji sont décrites dans la troisième partie de la Section 4.)

Mesures de lutte contre les flambées et les quatre C de la communication intégrée du marketing

La communication intégrée du marketing conceptualise le marketing sous la forme des "quatre C", mieux adaptés aux résultats comportementaux liés à la santé que le concept plus classique des quatre P (produit, prix, point de distribution et promotion). Comme il est indiqué dans la Section 1, les quatre C nous permettent d'examiner le calcul du coût et de la valeur du comportement pour les besoins, les manques et les désirs existants des personnes et des communautés. Ils indiquent les facteurs réels (par opposition aux facteurs supposés) qui peuvent entraver ou faciliter l'adoption d'un comportement.

Le premier C désigne le “besoin, le manque ou le désir du consommateur”, au lieu du P de “produit”. Il est axé sur le consommateur et la perception qu’a le consommateur du besoin, du manque ou du désir, qui peut relever « de la notoriété spontanée de premier rang » ou être caché. Les entreprises ne créent pas les besoins, les manques ni les désirs ; elles répondent aux besoins existants ou, dans le meilleur des cas, stimulent ceux qui sont latents. Les programmes de santé répondent au besoin et au désir de bonne santé ; il n’y aura pas lieu de créer ce besoin, il existe déjà.

Dans une étude de marché, vous examinez à quel besoin, à quel manque ou à quel désir des consommateurs répond le comportement recommandé et vous cherchez à déterminer comment cela est perçu par les gens. En cas de flambée de maladie animale qui touche les êtres humains, par exemple, la protection de la santé animale est liée à la stabilité économique et à la sécurité alimentaire, et non à la prévention de la maladie. C’est là principalement ce qui encourage à agir conformément aux conseils de la santé publique.

Le deuxième C désigne le “coût” (par opposition au P de “prix”), qui associe un ensemble de coûts monétaires et d’opportunité et le coût des efforts déployés. Vous devez examiner le “coût” du comportement recommandé par rapport à la “valeur” promise si le comportement est adopté. L’accent porte sur la valeur perçue par la personne et non sur les “avantages” ; un comportement peut présenter des avantages que n’apprécie pas une personne. C’est le stade de la décision pour le consommateur ; si le coût et la valeur ne sont pas équilibrés, et si le coût paraît trop élevé par rapport à la valeur promise, le consommateur rejettera l’offre. Lorsqu’il s’agit de recommander un comportement sain, c’est en général l’élément central du dialogue avec les gens : les aider à calculer le coût par rapport à la valeur et écouter leurs préoccupations, leurs craintes et leurs réserves.

Dans l’étude de marché, vous devez examiner le coût du comportement recommandé par rapport à sa valeur tel que le perçoivent les personnes et les communautés. Dans le cas de maladies infectieuses transmises par contact avec des liquides corporels de personnes infectées, par exemple, l’arrêt des pratiques funéraires normales qui consistent à toucher et pleurer le défunt a un coût social élevé. Les communautés doivent en venir à considérer favorablement la suspension des pratiques sociales (protection des personnes encore en vie) en comparaison du coût perçu que pourrait avoir l’absence d’hommage rendu aux défunts. Cette perception devra être prise en compte dans la planification de l’acceptation par les communautés d’adapter des pratiques solidement ancrées.

Le troisième C, “commodité” (par opposition au P de “point de distribution”), au-delà du point de distribution et du lieu physiques d’un produit, porte sur la question de savoir s’il est commode pour le consommateur d’obtenir le service ou d’adopter le comportement voulu. Des facteurs tels que la situation du centre de santé, les heures d’ouverture, la disponibilité de prestataires de services et la nature du comportement recommandé sont des dimensions du troisième C. L’étude de marché doit porter sur la perception qu’ont les personnes de la facilité avec laquelle elles pourraient adopter le comportement recommandé.

Le premier C (“besoin, manque ou désir du consommateur”) et le troisième C (“commodité”) entrent dans le calcul du rapport entre le coût et la valeur. Si le coût (y compris le facteur commodité) est considéré comme trop élevé par rapport à la valeur promise (liée au “besoin, manque ou désir du consommateur”), il faudra trouver le moyen de réduire le coût ou d’amener les gens à considérer que la valeur promise vaut ce coût élevé. Si le coût en termes de commodité est trop élevé, le programme de lutte contre la maladie pourra tenter de rendre l’adoption du comportement plus facile ; au lieu, par exemple, d’inviter les gens à venir se faire vacciner contre la fièvre jaune dans un poste de vaccination, ils pourraient être vaccinés chez eux. Ce n’est pas là un problème de communication mais une question liée au programme qui peut entraver la communication destinée à convaincre les gens de venir au poste de vaccination. L’étude de marché appelle l’attention des responsables de la gestion des opérations contre la flambée sur ce problème pour les aider à décider de la stratégie à mettre en œuvre et pourquoi elle doit être mise en œuvre.

Le quatrième C, “communication” (pendant du P de “promotion”), est une communication

intégrée et engagée, qui associe judicieusement relations publiques, sensibilisation, mobilisation administrative, publicité, médias, médias populaires, mobilisation communautaire, “vente” personnelle, conseil et promotion du point de prestation des services. La communication ne se limite pas à la simple promotion d’un produit ou d’un service et à la production d’affiches, de T-shirts et de brochures ; elle est la preuve qu’il n’existe pas de solution miracle.

La communication consiste à partager avec le consommateur des informations relatives aux trois autres C : “Voici une magnifique solution à votre besoin, d’un coût idéal pour sa valeur, et très commode à obtenir”. Il s’agit d’amener le consommateur à examiner le rapport entre le coût et la valeur, et non simplement à promouvoir une marque. Cette action doit être massive, répétitive, intensive et persistante.

Important !

La réalisation d’une étude de marché peut être très frustrante ! Elle peut prendre jusqu’à 80 % de votre temps lors de la planification mais, si elle est faite correctement, les étapes suivantes seront relativement facilitées et elles auront surtout plus de chances d’encourager la participation de la communauté à la prévention et à l’endiguement de la flambée. Une stratégie et un plan d’action émergeront naturellement de l’étude de marché. Même dans une situation d’urgence comme une flambée, il faudra trouver le temps nécessaire, ne serait-ce que pour vérifier les hypothèses. De même que vous ne calculeriez jamais une courbe épidémiologique sans recueillir des données de terrain, vous ne produiriez jamais des matériels et des produits communicationnels sans vous informer sur la population touchée.

Outils pour la collecte des données

L’outil 9 est une liste de contrôle qui vous donne un aperçu du type de questions auxquelles vous pourrez souhaiter obtenir des réponses pendant l’étude de marché. Associé aux outils 6, 7 et 8, l’outil 9 sert à organiser les données recueillies, à valider ce que vous savez déjà et à trouver des informations sur :

- les groupes et les populations à risque ;
- les langues et l’ethnicité ;
- les connaissances, la conscience et les perceptions qu’ont les communautés concernant les protocoles applicables à certaines maladies et certaines flambées ;
- le comportement et les normes sociales des communautés concernées ;
- la manière dont la communauté comprend les termes liés à la flambée, comme “pandémique” et “réduction des contacts sociaux” ;
- les sources, canaux et sites d’information ;
- les pratiques familiales et communautaires ;
- les concepts de santé et de maladie ;
- le contexte socioculturel, économique, politique et environnemental ;
- les pratiques culturelles, religieuses et traditionnelles ;
- les populations vulnérables et négligées et les stratégies qui visent à répondre à leurs besoins ;
- l’expérience des membres de la communauté en matière de réactions psychologiques aux crises ;
- les personnes influentes et les partenaires pour la mobilisation sociale, comme les personnels soignants, les agents de vulgarisation, les personnels de santé vétérinaire, les décideurs, les autorités locales, les chefs religieux, les entrepreneurs, les enseignants, les responsables communautaires, les associations féminines et les enfants plus grands, et les tradipraticiens ;
- les obstacles et autres facteurs susceptibles d’empêcher l’adoption des mesures d’urgence ;
- les capacités de communication existantes et les besoins supplémentaires ;
- les enseignements retirés de flambées de maladies passées ;
- les programmes et interventions existants ; et
- les autres sujets propres à cette flambée ou à cette communauté.

L'étude de marché traitera de questions telles que "Quelles informations existantes pouvons-nous appliquer ?", "Quelles informations devons-nous recueillir ?" et "Quelle est la meilleure méthode pour obtenir les informations ?". Des informations peuvent être recueillies rapidement en écoutant attentivement ce que les gens disent au sujet de la flambée et de la manière dont ils perçoivent ce qui se passe et réagissent. Pour obtenir les informations de la liste de contrôle, vous aurez besoin à la fois des outils 8, 9 et 10. Les méthodes sont les suivantes :

- entretiens semi-structurés, comme des entretiens avec des informateurs clés, des analyses "de la notoriété spontanée de premier rang" et "une journée dans la vie de" avec les familles touchées, les personnels de santé, les responsables communautaires et les partenaires pour la mobilisation sociale ;
- discussions de groupe avec les représentants des groupes cibles ;
- observation directe des réactions de la communauté pendant la flambée ; et
- dialogue avec la communauté (communication interpersonnelle) et avec un groupe représentatif existant, ou spécialement constitué, de membres de la communauté.

En l'absence de mécanisme officiel de dialogue communautaire, vous pouvez envisager de créer un conseil consultatif communautaire, composé de membres de la communauté locale, pour encourager la communauté à participer. Il faudra pour cela connaître la culture locale afin de bien choisir les représentants. Le conseil pourra recueillir et analyser des informations pour fixer les priorités. Cela est particulièrement important en cas de flambée, les communautés devant s'adapter rapidement à des conditions nouvelles et adopter de nouvelles mesures à un moment de grand danger et de grande incertitude. Le conseil consultatif communautaire devra aussi collaborer avec le sous-comité technique et éventuellement servir de version élargie de ce sous-comité.

Parmi les divers outils de recherche utilisés pour la collecte des données, vous devrez décider lesquels conviendront le mieux à votre situation. Les outils examinés dans la section sur les outils analytiques sont spécialement conçus pour les flambées épidémiques.

Points importants à retenir

- La portée de l'étude de marché dépendra des ressources disponibles. L'analyse devra être effectuée de manière systématique, et commencer par la vérification des hypothèses faites sur la base des discussions initiales avec le personnel de santé et les membres de l'équipe d'intervention.
- Pendant une étude de marché, il est important de procéder par triangulation et de vérifier par recoupement si les mêmes thèmes, ou des thèmes différents, émergent des discussions avec différents groupes. Cela aidera à confirmer les préoccupations ou à déterminer les questions qui nécessitent des investigations plus approfondies.
- Si l'étude de marché est bien conçue, elle facilitera le suivi et l'évaluation futurs des progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés. Pour procéder à une évaluation par rapport à la situation de départ ou "précédant l'intervention", on utilise des indicateurs et des méthodes de collecte des données choisis avec soin, tant au cours de la riposte qu'après que la flambée a été maîtrisée (étape 6).

Prenez le temps de vous familiariser avec ces outils, et utilisez-les avec souplesse. Vous pouvez, par exemple, intégrer une analyse "une journée dans la vie de" ou "de la notoriété spontanée de premier rang" dans une discussion de groupe. De même, pendant l'observation directe, vous recueillerez des informations qui orienteront les discussions de groupe. À l'étape 3, vous rassemblerez et analyserez les informations recueillies pendant l'étude de marché. C'est pourquoi il est important de planifier avec soin la collecte des informations pour veiller à obtenir le plus de données utiles possible.

Étape 3 : Affinez les objectifs comportementaux, énoncez les objectifs communicationnels

L'étape suivante consiste à réunir, analyser et utiliser les informations recueillies pour affiner les objectifs comportementaux et définir les objectifs communicationnels. Ceux-ci vous aideront ensuite à concevoir la stratégie et le plan COMBI.

Outils	
Outil 11	Adoption du comportement : HIC-DARM
Outil 12	Modèle pour les canaux & paramètres
Outil 13	Dresser la liste des principales questions qui relèvent de la communication et des questions qui ne relèvent pas de la communication

Résultats attendus

- Objectifs comportementaux
- Objectifs communicationnels

Reformuler les objectifs comportementaux

La première étape de la conception d'une stratégie consiste à reformuler les objectifs comportementaux sur la base des résultats de l'étude de marché. Les outils 9 - 13 doivent vous aider à organiser et analyser les données recueillies. Cela fait, vous pourrez reformuler vos objectifs comportementaux. Veuillez prendre un instant pour vous familiariser avec tous les outils et comprendre le but de chacun d'eux.

En prenant comme exemple la fièvre jaune, sur la base de l'étude de marché et des discussions de l'équipe qui s'ensuivent, vous pourrez arriver en définitive à des objectifs comportementaux tels que les suivants :

But général : Aider à endiguer une flambée de fièvre jaune dans le district d'Utopia

Objectifs comportementaux :

- Faire venir environ 45 000 habitants (soit tous les enfants de 9 mois à 14 ans) d'Utopia (qui pourront être amenés par les personnes qui en ont la garde) au poste de vaccination fixe le plus proche pour qu'ils soient vaccinés contre la fièvre jaune par les personnels de santé le 24 juin 2008.
- Encourager environ 400 000 habitants (soit toute la population sauf les femmes enceintes, les nourrissons de moins de 9 mois et les adultes gravement malades) d'Utopia à accepter de se faire vacciner contre la fièvre jaune par les personnels de santé à leur domicile entre le 24 et le 26 juin 2008.
- Amener quelque 20 000 habitants à risque d'Utopia à penser, pendant la durée de la flambée de fièvre jaune, que tout épisode de fièvre ou de céphalée est symptomatique de la fièvre jaune et à solliciter immédiatement (dans les 24 heures) un diagnostic et des soins dans le centre de santé le plus proche.

Outil 13 : Dresser la liste des principales questions qui relèvent de la communication et des questions qui ne relèvent pas de la communication

En analysant les résultats de l'étude de marché et en examinant les objectifs comportementaux, vous pourrez faire la part entre ce que votre stratégie de communication comportementale et sociale sera capable d'accomplir et ce qu'il lui sera impossible d'accomplir. Vous pouvez maintenant commencer à définir vos objectifs communicationnels.

L'outil 13 devrait vous aider à déterminer ce dont vous devez tenir compte en concevant votre stratégie. La colonne de gauche du Tableau 6 contient une liste de questions qui se posent pour votre stratégie de communication comportementale et sociale, comme la nécessité de persuader les ménages de javelliser leur eau. La colonne de droite contient une liste de questions qui se posent mais qui ne relèvent pas de la communication comportementale ou sociale et requièrent du matériel et des consommables, comme une quantité suffisante de pastilles d'eau de Javel. Cet outil, qui prend pour exemple une flambée de choléra, peut servir à définir les conditions requises pour une mise en œuvre efficace des interventions de communication comportementale et sociale.

Tableau 6. Outil 13 : Dresser la liste des principales questions qui relèvent de la communication et des questions qui ne relèvent pas de la communication ; exemple d'une flambée de choléra

Questions pouvant être résolues par des interventions de communication et de mobilisation sociale	Questions nécessitant des interventions ne relevant pas de la communication

■ Persuader les ménages et les familles de l'utilité de javelliser l'eau destinée à la consommation
■ Persuader les familles de l'importance de tirer de l'eau propre des pompes communales traitées à l'eau de Javel
■ Persuader les ménages et les familles de la nécessité d'utiliser des latrines et de se laver ensuite les mains
■ Persuader les ménages que le coût du traitement à l'eau de Javel n'est pas trop élevé par rapport à la valeur du résultat, même si l'eau javellisée n'a pas bon goût
■ Perceptions culturelles de la "propreté" et de la "saleté" et de la manière dont la maladie peut être propagée
■ Notion selon laquelle il est culturellement inacceptable qu'hommes et femmes utilisent les mêmes latrines, y compris au sein du même foyer
■ Mauvais entretien des pompes communales
■ Persuader les ménages et les familles d'agir différemment maintenant, même si les flambées de choléra sont fréquentes
■ Rumeurs selon lesquelles la javellisation de l'eau rend impuissant
■ Groupes nécessitant une communication spéciale :
  ▫ femmes et jeunes filles qui vont chercher et utilisent l'eau
  ▫ hommes qui pèseront sur la décision de la famille d'accepter l'eau javellisée
  ▫ personnes et organismes responsables de l'entretien des pompes communales
	■ Quantité appropriée et suffisante de pastilles d'eau de Javel disponibles pour les ménages
	■ Système de javellisation de l'eau de qualité garantie aux pompes communales
	■ Eau javellisée en quantité suffisante pour tous les ménages approvisionnés par la pompe communale
	■ Savon disponible et accessible si son utilisation est encouragée, coût pour les ménages les plus pauvres, par exemple
	■ Situation des pompes communales : si elles ne sont pas commodes d'accès, un approvisionnement en eau provisoire pourra être nécessaire plus près des ménages

Tableau 7. Outil 14 : Définir les objectifs comportementaux et communicationnels ; exemple de la fièvre jaune

Objectifs comportementaux	Objectifs communicationnels pour la réalisation des objectifs comportementaux
■ Population ■ Faire venir environ 45 000 habitants (soit tous les enfants de 9 mois à 14 ans) d'Utopia (qui pourront être amenés par les personnes qui en ont la garde) au poste fixe de vaccination le plus proche pour être vaccinés contre la fièvre jaune par les personnels de santé le 24 juin 2008	■ S'assurer que XX habitants de YY (district/village) comprennent que leurs communautés sont touchées par la fièvre jaune ■ Sensibiliser la population à la gravité de la situation et à l'importance d'une action préventive pendant la flambée ■ Veiller à ce que XX habitants de YY (district/village) reçoivent des informations claires et exactes concernant les signes et les symptômes de la fièvre jaune, l'endroit où trouver de l'aide et ce qu'ils doivent faire pendant la flambée ■ Rassurer la population quant à l'innocuité et aux effets secondaires du vaccin
Personnel soignant ■ S'assurer que tous les personnels de santé qui s'occupent des XX habitants de (district/village) sont capables de diagnostiquer et de traiter la fièvre jaune et de communiquer des informations et des conseils au sujet de la flambée de fièvre jaune	Si les connaissances sont en cause : ■ S'assurer que XX agents de santé au service de XX habitants de YY (district/village) connaissent et comprennent les recommandations, les politiques et les mesures déployées Si la confiance et l'innocuité du vaccin sont en cause : ■ S'assurer que les XX agents de santé de YY (district/village) connaissent l'efficacité et l'innocuité des vaccins utilisés et en sont convaincus Si les capacités sont en cause : ■ S'assurer que XX agents de santé de YY (district/village) sont capables de reconnaître les signes et les symptômes précoces de la fièvre jaune Si la communication des informations appropriées aux patients est en cause : ■ S'assurer que XX agents de santé de YY (district/village) sont convaincus de l'importance d'un diagnostic et d'une vaccination précoces et des avantages et des risques liés au vaccin, et sont capables de communiquer cela efficacement aux XX aidants de YY (district/village)

Pour la grippe aviaire hautement pathogène, les objectifs comportementaux et communicationnels peuvent s'inscrire dans le schéma illustré dans le Tableau 8.

Outil 14 : Définir les objectifs comportementaux et communicationnels

COMBI repose en grande partie sur le déploiement de diverses activités de communication qui contribuent à la réalisation de certains résultats comportementaux. Une fois définis vos objectifs comportementaux ultimes, vous devez déterminer ce que vous avez besoin de communiquer, à qui et dans quelles conditions pour atteindre ces objectifs.

Pendant l'étude de marché, vous devriez avoir découvert les principaux facteurs de nature à faciliter ou à entraver la réalisation de vos résultats comportementaux. C'est là que vont servir vos interventions communicationnelles. L'étude de marché, par exemple, a peut-être signalé comme un obstacle les personnes qui ne savent pas où se faire soigner. La communication devra alors mettre l'accent sur la promotion des points de prestation des services, l'objectif étant de faire savoir à la population où sont situés les centres de traitement.

Si l'étude de marché a indiqué que les gens s'inquiètent des effets secondaires des médicaments, un objectif communicationnel sera de les rassurer en expliquant en quoi consistent les effets secondaires, pourquoi ils se produisent et où trouver de l'aide.

Les objectifs comportementaux d'une riposte à une flambée sont le fondement des objectifs communicationnels, et plusieurs objectifs communicationnels peuvent viser à assurer le résultat comportemental voulu. Des exemples d'objectifs comportementaux et communicationnels pour un programme de lutte contre la fièvre jaune sont donnés dans le Tableau 7.

Tableau 8. Outil 14 : Définir les objectifs comportementaux et communicationnels ; exemple de la grippe aviaire hautement pathogène

Objectifs comportementaux pour la réduction des risques	Objectifs communicationnels pour la réalisation des objectifs comportementaux
S'assurer que XXX ménages de [lieu] qui ont de la volaille de basse-cour : ■ déclarent les cas aviaires suspectés aux autorités vétérinaires locales dans les 24 heures. ■ déclarent les cas humains suspectés présentant une forte fièvre à la suite de contacts avec des oiseaux ou des animaux malades aux autorités sanitaires locales dans les 24 heures. ■ empêchent tout contact entre leurs volailles et les êtres humains et les oiseaux sauvages en les isolant selon des méthodes possibles, localement acceptées.	■ S'assurer que XXX habitants de (lieu) reçoivent en temps voulu des informations claires et exactes sur les causes et les signes de la grippe aviaire chez l'homme et l'animal et sur l'aide disponible, compensations et antiviraux, par exemple. ■ S'assurer que XXX habitants de (lieu) savent où et comment déclarer les cas humains et animaux suspectés. ■ Sensibiliser la population à la gravité de la situation et à l'importance d'une action préventive aux niveaux individuel, familial et communautaire. ■ Réduire au maximum l'inquiétude du public en infirmant et en corrigeant de manière appropriée les informations erronées et les rumeurs. ■ Veiller à entretenir la confiance dans les autorités et les organismes en publiant des rapports et en informant la communauté de façon régulière et transparente sur les résultats obtenus.

Établir des indicateurs précis

À ce stade, vous devez vous interroger sur la manière de déterminer si les objectifs comportementaux et communicationnels sont en voie d'être réalisés. Vous devez établir des indicateurs précis des changements voulus, tâche facile pendant une flambée. Dans l'exemple de la grippe aviaire, vous indiqueriez comment les objectifs comportementaux de déclaration et d'isolement seront mesurés, par qui et pendant combien de temps. De la même manière, les objectifs communicationnels nécessitent des indicateurs précis pour montrer si les informations sont faciles à obtenir, si la perception des risques a été améliorée et si le problème des rumeurs est en voie d'être résolu. (Voir la section sur le suivi, étape 6.)

Étape 4 : Concevez une stratégie intégrée

Maintenant que vous avez défini vos objectifs comportementaux et communicationnels, vous pouvez élaborer votre stratégie générale. Lisez les quatre études de cas présentées dans la troisième partie de la Section 4 pour déterminer les raisons des interventions déployées dans quatre pays différents et pour quatre flambées de maladies différentes.

Outils	
Outil 14a	Résumé des objectifs comportementaux et communicationnels et stratégie générale
Outil 14b	Réaffirmer les objectifs de communication

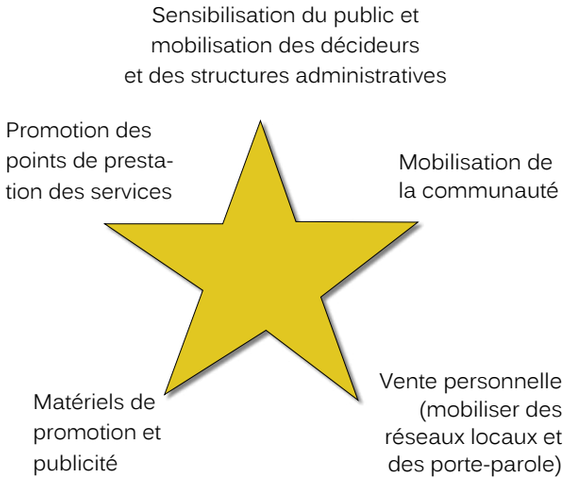
Résultat attendu

- Une stratégie intégrée liée aux objectifs comportements et de la communication

L'étoile à cinq branches de l'action communicationnelle intégrée

Une intervention de communication comportementale et sociale réussie requiert un assortiment intégré judicieux de cinq domaines d'action communicationnelle, comme l'illustre l'étoile à cinq branches de la Figure 6. Ces actions seront intégrées dans un plan de communication stratégique (examiné à l'étape 5) autour de vos buts comportementaux. Le plan de l'action communicationnelle prévoit de mobiliser la population à tous les niveaux de la société en recourant à un large éventail de médias et dans divers contextes, à la maison, au dispensaire, au travail, à l'église, dans les associations civiques, à l'école et dans les manifestations communautaires, par exemple. Ce faisant, vous devrez donner un aperçu général des actions de communication proposées pour réaliser vos objectifs dans les cinq domaines d'action communicationnelle présentés dans la Figure 6.

Figure 6
Les domaines d'action de 5 communication



La sensibilisation du public et la mobilisation des décideurs et des structures administratives recouvrent des activités axées sur divers niveaux, l'objectif étant d'inscrire la flambée et les mesures de lutte dans le programme politique et administratif. Il s'agit également de persuader les personnes et les organisations influentes de recommander les interventions proposées et d'organiser un appui en leur faveur. Il est essentiel de mobiliser tous les personnels de santé afin qu'ils soient parfaitement informés de l'émergence d'une crise pour la santé publique avant qu'elle soit annoncée au public par les médias. Ainsi sensibilisés, ils appuieront les interventions publiques, et leur crédibilité sera intacte lorsque les groupes concernés commenceront à demander conseil et la confirmation du problème dans les centres de santé locaux.

Comme l'expérience le confirme, le public a besoin de ressentir l'urgence d'une situation et de se sentir en danger pour envisager de prendre les mesures appropriées. La communication sur la flambée et la communication sur les risques jouent un rôle essentiel dans la maîtrise d'une flambée et leur coordination doit s'inscrire dans ce domaine d'action.

Si les médias (radio, télévision et presse écrite) sont les modes d'information les plus accessibles, notamment pour les populations urbaines, ils doivent néanmoins être complétés par des stratégies qui s'adressent aux communautés des zones rurales et des zones difficiles à atteindre.

La sensibilisation du public peut inclure des réunions administratives, des mémorandums et des séances d'information ; le recours aux médias (radio, télévision et journaux) à l'aide

de reportages, de débats télévisés ou radiodiffusés, de feuilletons télévisés, et de programmes de discussion ou incluant les représentants de célébrités ; et des réunions et des débats entre les représentants du gouvernement, les organisations locales et communautaires et les dirigeants.

La mobilisation de la communauté, qui sera associée et participera à l'action, est déterminante pour l'endiguement d'une flambée et la réduction des conséquences d'une crise. Elle consiste à mobiliser les responsables (politiques, sociaux et religieux, personnes et organisations influentes) et les membres de la communauté pour examiner les risques liés à la flambée et les mesures qui peuvent être adoptées pour protéger la communauté. Il est important pour cela d'avoir une connaissance précise de la communauté et de sa culture. Les membres ont peut-être déjà fait face à des flambées de maladies et ont une approche locale de la prévention et de la lutte. Si cette approche diffère de celle de la biomédecine, elle peut être complémentaire. Il est essentiel de tenir compte de la culture, des croyances et des pratiques de la communauté pour éviter une réponse négative à la mobilisation sociale.

La mobilisation de la communauté peut se faire par les moyens suivants : réunions de groupes communautaires ; médias traditionnels, comme un crieur de rue ; organisations communautaires ; écoliers ; institutions religieuses ; et tradipraticiens. Voir Stratégies pour la mobilisation des communautés pendant une flambée, (p. 42).

La vente personnelle et la mobilisation des réseaux et porte-parole locaux peuvent être confiées à des personnels qualifiés qui interviennent directement auprès des communautés et des familles ; elles améliorent sensiblement les mesures de lutte. Le conseil personnel consiste notamment à écouter attentivement les gens exprimer leurs inquiétudes au sujet des interventions proposées pour pouvoir y répondre rapidement. C'est là un moyen puissant d'associer les personnes et les ménages, surtout avec l'appui d'autres stratégies.

Les agents de l'aide au développement communautaire, les bénévoles et les agents de santé communautaires sont souvent des sources d'information crédibles, dignes de confiance. Les enfants sont de bons porte-parole au sein des ménages et des communautés. Des enquêtes réalisées dans plusieurs pays ont montré que les agents de santé communautaires, s'ils sont souvent les sources d'information qui jouissent de la plus grande confiance, ne sont pas les plus accessibles.

Les matériels de promotion et la publicité servent à rappeler aux communautés qu'il y a un problème et qu'elles doivent rester vigilantes jusqu'à ce que la flambée soit déclarée terminée. Les matériels de promotion revêtent par exemple la forme de dépliants, de brochures, de bannières, de drapeaux, de papillons publicitaires et de messages radiodiffusés ou télévisés. Ils doivent être utilisés de manière stratégique, dans le contexte local. Les techniques publicitaires (périodes espacées d'activité publicitaire, stratégie d'image, positionnement) rappellent à la population les avantages des comportements encouragés et pourquoi elle devrait participer et rester vigilante. Les spécialistes de la communication peuvent donner des conseils sur la manière d'utiliser et d'assortir ces interventions. Les messages et les matériels doivent être préalablement testés auprès du public cible – et non auprès des professionnels de la santé – avant d'être produits et diffusés.

La promotion des points de prestation des services consiste à signaler de manière visible les points où sont dispensés les services. Elle peut servir à rappeler la disponibilité et l'accessibilité d'un appui en faveur du comportement sain qui est recommandé. Rare est la promotion des centres de santé du secteur public en tant que points où sont dispensés des services de soins de santé de types particuliers et, dans de nombreux pays, les panneaux signalant la disponibilité d'eau gazeuse sucrée sont plus fréquents que les panneaux qui signalent un centre de santé. La population a besoin de rappels, non seulement pour des actions assez évidentes (où acheter une boisson pétillante, par exemple) mais aussi pour savoir où se trouvent les centres de santé et quels services y sont dispensés.

Souvenez-vous !

Aucune activité ni aucun matériel de communication n'aura isolément l'impact comportemental voulu. Une stratégie COMBI associe des actions différentes, mais intégrées, qui sont adaptées aux objectifs comportementaux. Ne vous limitez pas aux suggestions qui précèdent ; vous

pouvez en trouver d'autres. Les cinq domaines d'action communicationnelle fournissent un cadre pour la planification des activités et des tâches. L'ensemble que vous utilisez dépendra des informations recueillies pendant l'étude de marché. Les activités et les tâches seront ensuite intégrées dans une stratégie générale pour réaliser les objectifs comportementaux et communicationnels. Prenez le temps d'examiner les études de cas.

Conseils utiles

Choisissez et utilisez les médias appropriés : adressez-vous à des spécialistes de la communication qui peuvent guider le choix et l'assortiment des médias qui couvriront le mieux un public cible défini. Si les médias permettent de couvrir tout un district, les réseaux de communication communautaires locaux sont aussi un moyen efficace d'atteindre les gens à un niveau plus personnel. Les médias peuvent influer sur les décideurs à tous les niveaux pour qu'ils soutiennent le programme, et une couverture nationale renforce aussi la crédibilité des activités au niveau du district. De nombreux pays ont fixé un "taux social" pour la production et la radio ou télédiffusion de programmes de santé publique ; des taux compétitifs devront donc être recherchés et négociés avec le directeur ou l'administrateur d'une station de radio ou de télévision. Sans communication face à face (vente personnelle), l'action destinée à prévenir et combattre la flambée est vouée à l'échec !

Utilisez les réseaux de communication existants de manière créative : mieux vaut utiliser les systèmes existants que d'en créer de nouveaux. S'il existe dans le pays une dramatique à succès, cherchez comment introduire des thèmes comportementaux dans le scénario au lieu d'investir dans la production d'un feuilleton entièrement nouveau. Si les feuilletons radiophoniques ne sont pas ancrés dans les habitudes, ne vous lancez pas dans de telles dépenses.

S'il existe des joueurs de tambour dans le village, travaillez avec eux. Si des cyclopousses équipés de vieilles sonos circulent encore, utilisez-les. Les nouvelles technologies comme les téléphones portables, les SMS et les médias sociaux peuvent convenir dans certains groupes. Trouvez une place pour présenter vos activités dans les expositions ou les salons sur la santé existants ou dans les pages santé de la presse écrite. Vous ne devrez normalement rien payer mais il vous suffira d'invoquer un solide argument pour faire inclure l'intervention proposée. Veuillez à ce que vos stratégies atteignent les groupes marginalisés.

Optez pour une communication participative : à la radio et à la télévision, les débats et les émissions à lignes ouvertes figurent parmi les formats les plus populaires et les plus économiques de communication participative. Ils entraînent une interaction et une participation par procuration. Les auditeurs et les téléspectateurs se sentent impliqués dans la conversation ou l'appel téléphonique, même sans téléphoner ni être présents dans le studio. Cette participation imaginaire favorise l'engagement et la réflexion sur le comportement recommandé.

Attelez-vous à la question des effets secondaires : en informant les gens des effets secondaires potentiels vous leur permettez de se préparer à tout symptôme inhabituel consécutif à la vaccination ou au traitement, et ils seront moins sujets à l'inquiétude ou à la panique en cas d'effet secondaire. Il faudra également leur indiquer où se faire soigner en cas de réaction au traitement. Une simple brochure contenant les questions les plus courantes que les gens sont susceptibles de se poser, et les réponses correspondantes, pourra être mise au point et utilisée dans les séances d'information et les matériels à l'usage des partenaires du programme. Des mises à jour pourront être nécessaires à mesure que se déroule la flambée et que de nouvelles informations sont disponibles. Les médias doivent être tenus informés pendant toute la durée d'une flambée.

Pensez en termes de campagnes publicitaires sporadiques : pensez en termes de périodes d'activité espacées lorsque vous planifiez la diffusion d'annonces dans les médias : une campagne de trois semaines de diffusion, par exemple, avec six ou huit passages quotidiens sur les ondes, cinq jours par semaine et deux ou trois spots télévisés chaque soir, cinq jours par semaine, sur la même période ; et des placards pleine page dans les journaux trois fois par semaine environ. Laissez ensuite le public tranquille pendant deux à trois semaines et revenez pour une autre campagne de trois semaines. Adaptez cette application stratégique de la publicité à votre programme de prévention et de lutte.

Étape 5 : Élaborez les plans de mise en œuvre et un budget

Le plan d'action doit présenter de manière claire, complète et détaillée les activités qui permettront de mettre en œuvre la stratégie. Dressez la liste des activités requises pour réaliser vos objectifs communicationnels et comportementaux dans les cinq domaines d'action communicationnelle énumérés à l'étape 4.

Outils	
Outil 15	Plan d'action et budget détaillés
Outil 16	Tableau de suivi
Outil 17	Suivi du plan de mise en œuvre

Résultats attendus

- Plan de mise en œuvre et budget détaillés
- Plan de suivi et d'évaluation et budget

Le plan d'action doit inclure toutes les activités préparatoires ainsi que les tâches détaillées pour la mise en œuvre de la stratégie dans chacune des catégories de communication de l'étoile à cinq branches (Figure 6). Cette étape relève des sous-comités compétents et vous devrez vous assurer que les acteurs concernés qui fourniront des ressources humaines ou financières y sont associés. Le groupe pourra également inclure les décideurs des départements ministériels et des organismes qui seront associés à la diffusion, tels les chefs des départements locaux de l'éducation, des églises et des organisations non gouvernementales. Le sous-comité devra se demander si certaines activités sont possibles, qui en sera responsable, quelles ressources sont nécessaires et qui financera les activités. Il faudra décider des activités prioritaires.

L'outil 15 (Tableau 9) est un modèle destiné à faciliter l'élaboration d'un plan d'action détaillé. Utilisez-le pour dresser la liste des activités précises dans chacun des cinq domaines d'action communicationnelle et, sur cette base, indiquez qui est responsable, ce que coûtera l'activité, et le calendrier de l'action. Cet exemple d'outil de planification et de suivi montre comment dresser la liste des activités détaillées pour chaque domaine d'action lié à la communication, et ce afin que l'équipe de planification sache clairement qui fait quoi, quand et comment, et sur quels progrès porte le suivi. L'utilisation de ce modèle et l'estimation du coût de chaque activité vous permettront d'établir un budget détaillé. Selon les ressources disponibles, vous pourrez être appelés à hiérarchiser les activités de votre plan.

Tableau 9. Outil 15 : Plan d'action détaillé pour les interventions de communication

Stratégie	Intervention de communication							
Mobiliser les décideurs		Tâche	Responsable	Budget	Juin (semaine)			
					1	2	3	4
	1.1	Établir une note d'information de deux pages sur la vaccination de masse qui aura lieu le XX. À rédiger en xx langues.	Médecin de district					
	1.2	Communiquer la note d'information et le plan de mobilisation sociale aux services du district et aux organisations non gouvernementales qui seront directement associés à la mise en œuvre. Communiquez-leur le plan d'action et assurez-vous de leur participation à telle ou telle action.	Médecin de district					
	1.3	Approuver et établir une structure chargée de la gestion et de la mise en œuvre qui supervisera et coordonnera le plan de mobilisation sociale et organisera un programme de réunions régulières.	Médecin de district					
	1.4	Rédiger et distribuer un mémorandum à tous les personnels de santé du district, les informant du plan de vaccination de masse, les invitant instamment à apporter leur soutien et expliquant ce qui est attendu d'eux.	Médecin de district					

Un plan d'action clair et complet est important pour l'obtention de ressources. Vous pourrez observer que des groupes et des organisations apporteront leur soutien à condition de comprendre exactement comment ils peuvent contribuer à l'endiguement d'une flambée. Des organismes pourront financer directement certaines activités ou fournir des services en nature, du matériel ou les services de personnel expérimenté.

Outils 16 et 17 : Tableau et plan de suivi

Le plan pour un suivi efficace doit être clairement formulé aux fins de la quantification des objectifs comportementaux et communicationnels pour divers acteurs concernés. Pour mesurer les changements pendant la phase de la riposte, vous devrez déterminer quels indicateurs permettront d'évaluer la portée et la qualité de vos interventions, la satisfaction des participants et les premiers signes d'un changement de comportement.

Les trois types de suivi[8] ci-après peuvent être utilisés :

(i) Le suivi des tendances et des nouvelles émergentes permet également de suivre l'évolution des perspectives et de la structure communau-

8 D'après : UNICEF (2008). Essentials for excellence : researching, monitoring and evaluating strategic communication in the prevention and control of avian influenza/pandemic influenza. Paris ; and Schiavo R (2007). Health communication : from theory to practice. San Francisco, Jossey-Bass.

taires et des niveaux de pouvoir, qui pourra nécessiter ou suggérer des adaptations et des changements dans les orientations du programme. Il s'agit notamment de surveiller les rumeurs et les communications trompeuses et leurs effets sur les groupes et les communautés cibles.

(ii) Le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du processus sont utilisés pour comparer ce qui est censé se produire et ce qui se produit en réalité en surveillant les ressources et les résultats prévus, en général au moyen d'un système de suivi de base tel que votre plan de travail. Cela indiquera également si les activités sont exécutées de façon satisfaisante sous l'angle, par exemple, de la portée, de la qualité, de la satisfaction des participants et de la participation des acteurs concernés, en permettant d'affiner continuellement la stratégie COMBI. Il s'agit notamment de suivre les étapes intermédiaires (souvenir des messages, sensibilisation et compétences, par exemple) du processus qui conduit à l'adoption du comportement par différents groupes.

(iii) Le suivi comportemental permet de mesurer les résultats comportementaux intermédiaires des activités du programme chez certains participants. Il aide à expliquer des résultats obtenus comme la formation et la manière dont ces résultats sont liés aux changements à long terme prévus dans vos objectifs. Le suivi comportemental est appliqué à chaque communauté, chaque groupe et chaque acteur concerné (y compris les membres de la communauté, les personnels de santé, les entrepreneurs, les chefs religieux, les décideurs et autres personnes et partenaires influents) envisagé et associé à la préparation et à la riposte à une flambée. Les conclusions peuvent être organisées et classées en trois stades pour chaque groupe, à savoir « état de préparation au comportement », « adoption du comportement » et « maintien et pérennité du comportement ».

Collecte des données du suivi

Les informations pour le suivi peuvent provenir de sources diverses, et notamment des réunions et discussions avec un comité de gestion de crise, les responsables de la surveillance, les personnels de santé qui administrent la vaccination et les personnes directement associées à l'éducation pour la santé, à la mobilisation sociale et aux services de proximité. Plus le niveau des mesures à effectuer augmentera, plus le suivi et la collecte des données seront complexes. Il est possible de vérifier les indicateurs de mise en œuvre en comparant les rapports systématiques sur les progrès réalisés au plan de travail, aux rapports des réunions et aux feuilles de présence, par exemple, et ce chaque jour, chaque semaine ou chaque mois, selon la nature de la flambée et de la riposte à la flambée.

Les indicateurs de processus et de comportement requièrent davantage de recherches, par exemple au moyen d'entretiens et d'observations semi-structurés ou structurés, d'un dialogue avec la communauté et d'autres activités menées en collaboration avec les acteurs concernés. Vous aurez besoin d'informations pour :

- suivre (et mesurer) les changements afin d'évaluer ce qui a ou n'a pas changé depuis le début des interventions ;
- interpréter les changements afin de comprendre pourquoi et comment les changements se sont produits et dans quelle mesure un changement peut être attribué aux interventions ou à d'autres programmes (analyse des contributions) ; et
- évaluer les perceptions et les attitudes afin de déterminer ce que les gens pensent des changements survenus et ce qui a ou n'a pas fonctionné.

Ces recherches doivent être effectuées à des moments stratégiques de la riposte à une flambée, par exemple après la mise en œuvre d'activités ayant donné un certain résultat, comme des émissions ou des entretiens sur une radio locale, des visites porte à porte ou des activités de proximité sur les marchés. Veillez à inclure dans le suivi des questions ouvertes et des méthodes de recherche participative pour accroître au maximum les chances d'obtenir des informations dans des catégories que vous n'avez peut-être pas prises en compte.

Vous devriez instaurer des systèmes pour gérer et communiquer toutes les informations relatives au suivi, au moyen de réunions de coordination et d'activités d'encadrement, et informer régulièrement les comités techniques et administratifs de l'évolution de la situation. (Voir l'étude de cas sur la rougeole à Fidji qui décrit comment intégrer le suivi comportemental dans la riposte à une épidémie.)

Étape 6 : Assurez la mise en œuvre et le suivi des interventions

Le suivi et l'évaluation sont des éléments importants de la méthode COMBI. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de planifier assez tôt les modalités du suivi et de l'évaluation de vos interventions. Vous devez commencer à définir les indicateurs et concevoir vos plans de suivi et d'évaluation dès que vous avez fixé vos objectifs comportementaux et communicationnels (étape 3).

Appliquer les outils 15 et 17 à l'étape

Résultats attendus

- Informations en retour pour mesurer les progrès et les résultats afin d'ajuster la stratégie au besoin

La mise au point du plan de suivi et d'évaluation sera achevée pendant les étapes 4 et 5, alors que vous planifierez votre stratégie générale et élaborerez un plan d'action détaillé et un budget. En cas de flambée, le suivi de la mise en œuvre et des effets de vos interventions de mobilisation sociale vous permettra d'adapter les activités et les messages face à l'évolution de la situation. L'objet du suivi est d'informer les principaux responsables et les autres acteurs concernés des premiers signes de progrès (ou de l'absence de progrès) sur la voie de la réalisation des objectifs. Un suivi attentif continu des indicateurs et des processus pertinents fournit des informations pour l'évaluation (étape 7) et donne surtout une première indication des problèmes éventuels, ce qui permet de les résoudre.

L'étude de marché répondra aux questions "Où en sommes-nous ?" et "Cela va-t-il fonctionner ?" Le suivi répond aux questions "Faisons-nous du bon travail ?", "Dans quelle mesure les activités planifiées sont-elles en voie d'être réalisées ?", "Nos messages atteignent-ils nos groupes cibles et sont-ils bien compris ?" et "Nos interventions communicationnelles ont-elles modifié ce que disent ou font les personnes et les organisations ?". En cas de flambée, vous n'aurez probablement pas le temps de mener les enquêtes de base qui servent d'ordinaire à décrire la situation avant les interventions. Les données de départ incluront vraisemblablement les réactions immédiates à la flambée et le contexte dans lequel elle s'inscrit, qui aideront à déterminer les éléments essentiels de la conception de vos interventions communicationnelles contre la flambée.

Ajuster la stratégie

Le suivi pourra indiquer qu'il y a lieu de modifier votre stratégie. Pendant un programme de vaccination de masse, par exemple, les équipes pourront rencontrer des difficultés dans certains endroits en raison des rumeurs négatives qui circulent. En faisant des recherches, vous observerez peut-être que les responsables communautaires locaux connaissent mal le programme de vaccination parce qu'ils n'ont pas été consultés et n'ont donc pas participé à la conception ; en public, ils n'approuvent donc pas et n'adoptent pas les interventions, d'où les soupçons des membres de la communauté à l'égard du vaccin. Si les responsables communautaires que vous avez associés aux interventions n'étaient pas représentatifs de la zone ou de la communauté, peut-être devriez-vous organiser des réunions et des activités spéciales pour traiter de cette question. Vous pourriez également associer les chefs religieux locaux ou d'autres acteurs concernés pour évaluer leur perception de l'intervention et leur permettre de participer et de contribuer à la conception et à la mise en œuvre d'éventuelles interventions ou activités futures.

Exemple de tableau de suivi

L'outil 16 donne des exemples des questions posées dans chaque type de suivi et des exemples d'indicateurs, de méthodes de collecte des informations et de présentation des conclusions. Ce ne sont là que des exemples. Une approche participative de la diffusion et de l'examen des données dans les communautés cibles et les groupes d'acteurs concernés est préférable. Le conseil consultatif de la communauté doit participer à toutes les phases et à tous les éléments de la conception des recherches, de la collecte et de l'analyse des données, de leur examen et de leur diffusion, et les approuver.

Étape 7 : Évaluez une fois la flambée achevée

L'objet de l'évaluation est de déterminer la pertinence, la performance et le succès des interventions contre une flambée. L'évaluation sert à mesurer les changements comportementaux, organisationnels et sociaux et à estimer la contribution de la communication comportementale et sociale aux changements. L'évaluation répond surtout à la question "Avons-nous bien travaillé ?".

Outils	
Outil 4	Questions fréquentes sur le suivi et l'évaluation
Outil 10	Entretiens semi structurés
Outil 16	Tableau de suivi
Outil 17	Suivi du plan de mise en œuvre

Résultats attendus

- Effets
- Enseignements tirés
- Bonnes pratiques

Une évaluation mesure en principe les progrès réalisés par rapport à la situation de départ, d'après les informations obtenues avant ou pendant une étude de marché. Vous devez poser des questions comme "La riposte a-t-elle été assez rapide ?", "Était-elle appropriée ?" et, le cas échéant, "Les mesures de lutte ont-elles été efficaces ?" et "Quels sont certains des enseignements retirés ?". Les données sont recueillies pendant toute la mise en œuvre du programme puis analysées pendant et après la flambée.

Les deux principaux types d'évaluation sont : l'évaluation des résultats qui vise à déterminer si les objectifs communicationnels stratégiques, ordinairement formulés en termes de résultats comportementaux ou comportementaux sociaux, ont été atteints dans des délais donnés ; et l'évaluation des effets, qui porte sur la pérennité de tout changement observé dans l'évaluation des résultats. Elle sert à établir si le but général a été atteint et à apprécier la contribution de la communication stratégique.

Une évaluation doit vous permettre au minimum de déterminer si vos interventions ont contribué à un changement et si cette différence améliorera la préparation et la riposte à des flambées futures. Ce type de recherche demande du temps, une planification minutieuse et des ressources, et elle doit être confiée de préférence à un spécialiste ou une équipe d'évaluation qualifiée. L'évaluation requiert en général des ressources importantes car elle doit être complète.

Les outils utilisés pour l'étude de marché et le suivi peuvent également servir à recueillir les données requises pour l'évaluation, comme les suivants :

- entretiens semi-structurés, incluant "l'énumération spontanée" et l'analyse de "la notoriété spontanée de premier rang" ;
- observations non structurées et structurées ;
- discussions de groupe et réunions communautaires ;
- entretiens structurés avec un questionnaire ;
- dialogue avec la communauté ; et
- entretiens avec les acteurs concernés.

Le système de suivi sera de préférence conçu pour la collecte et l'analyse des données qui serviront à évaluer les effets des interventions.

Ce que l'évaluation peut réaliser

L'évaluation devrait rendre compte du point de vue de tous les acteurs concernés. Cela est important pour l'évaluation de la lutte contre une flambée, vu la rapidité des événements et le peu de temps disponible pour recueillir toutes les informations requises pour la prise des décisions. L'évaluation est un processus

continu et les systèmes de suivi et de collecte des données doivent être en place longtemps avant la mise en œuvre du programme.

L'évaluation sert à examiner les décisions qui ont conduit à une certaine action. Elle peut être utilisée pour rétablir la confiance qui a pu être mise à mal pendant la riposte. Elle signale leurs responsabilités aux acteurs concernés et renforce les relations qu'il pourra être nécessaire de réactiver en cas de nouvelle flambée. Le fait d'écouter différents acteurs concernés vous aidera à :

- prendre des décisions concernant des opérations, politiques ou stratégies futures ;
- reconnaître les stratégies couronnées de succès qui pourront être prolongées ou reproduites ;
- modifier les stratégies qui ont échoué ;
- utiliser les ressources des acteurs concernés ; et
- communiquer des informations sur les questions et les obstacles liés aux flambées.

Une évaluation planifiée peut aider les communautés à accepter ce qui s'est passé pendant une flambée. Elle peut jouer un rôle important dans le deuil (qui peut durer des années) et clore des questionnements restés en suspens. L'évaluation planifiée peut aussi aider les organismes qui ont conduit la riposte à reconnaître leurs faiblesses et leurs points forts et à trouver de nouveaux moyens de travailler ensemble, et aider les autorités à savoir quels sont les protocoles existants qui fonctionnent bien et ce qu'il convient de modifier ou d'étendre.

La communication comportementale et sociale doit être évaluée dans le contexte de l'évaluation générale destinée à établir si la riposte à la flambée (et notamment la prise en charge des cas, la surveillance et les éléments laboratoire et médias) a été efficace.

Questions qui pourraient être posées :

- Les changements comportementaux nécessaires sont-ils de longue durée ? Quelles sont les chances de voir le comportement (et, partant, la prévention de futures flambées) perdurer ? La participation communautaire a-t-elle atteint un niveau tel que l'adaptation comportementale persistera longtemps ?
- Quelles informations qualitatives l'évaluation des interventions de communication comportementale et sociale peut-elle fournir pour l'évaluation de l'ensemble de la riposte à la flambée ?
- Avez-vous parfaitement compris le comportement, les normes sociales et les facteurs culturels et autres ? De quoi faudra-t-il tenir compte dans les interventions futures ?
- Quelles sont les lacunes ? Comment devons-nous y remédier ?

Les flambées épidémiques offrent l'occasion exceptionnelle de mettre en évidence les facteurs à l'origine de l'émergence et du développement de maladies épidémiques ou nouvelles, comme par exemple la pauvreté, les déplacements de populations dus à la guerre et le manque d'accès à de l'eau propre et à des installations d'assainissement. Elles sont aussi l'occasion de découvrir les facteurs du succès des opérations destinées à prévenir et réduire les épidémies et les maladies émergentes. Elles rappellent surtout de façon brutale l'importance de la préparation et de l'état de préparation.

La communication comportementale et sociale est essentielle et les enseignements retirés peuvent être intégrés dans des stratégies d'interventions pour le développement ou d'interventions organisationnelles ou politiques à plus long terme.

Section 3

Outils et modèles pour la collecte et l'analyse des données

Introduction

La présente section décrit les outils qui peuvent être utilisés pour une rapide collecte des données lors d'une flambée, avant, pendant et après la rapide étude de marché. Certains outils peuvent également être utilisés pendant le suivi et l'évaluation. Ces outils sont conçus pour vous aider à :

- comprendre le contexte organisationnel et programmatique et faire le point sur les informations qui sont disponibles et celles qui manquent ;
- recueillir des informations pendant la rapide étude de marché ; et
- organiser les données obtenues pour définir les objectifs comportementaux et communicationnels qui serviront à concevoir un plan COMBI.

Avant d'utiliser les outils, il est important de comprendre leur objet et de choisir ceux qui répondent le mieux aux exigences et sont les mieux adaptés au contexte. Ce que les gens disent faire n'est pas toujours ce qu'ils font en réalité ; aussi faudra-t-il recourir à un ensemble d'outils et de méthodes pour se faire une idée juste de la situation sur le terrain. L'observation directe, par exemple, sert à recueillir des informations qui faciliteront les discussions de groupe. Il existe déjà quantité d'ouvrages de référence sur la conduite de recherches qualitatives et quantitatives, et ce sujet n'est donc pas traité ici dans le détail. La présente section propose des outils qui vous aideront à recueillir rapidement des données utiles sur les flambées. Les outils 1-7 vous aideront à évaluer ce qui existe déjà, les outils 8-10 vous aideront à recueillir des informations pendant une rapide étude de marché, et les outils 11-17 vous aideront à organiser, analyser et utiliser les données recueillies. (Voir le Tableau 1 ci-après).

Outils devant aider à comprendre le contexte organisationnel

Outil 1. Questions en vue de la mise en place d'interventions comportementales et sociales

- Les interventions comportementales et sociales sont-elles adaptées à la gestion des opérations et à la riposte en général ? Quels types d'interventions comportementales et sociales devraient être envisagés pour cette flambée ?
- Quel est le lien entre l'élément communication et les autres interventions comportementales et sociales ?
- Qui est responsable de ces composantes ?
- Quels établissements partenaires seront associés, et quels sont leurs domaines de responsabilité ?
- Quelle est la structure administrative et d'encadrement ?
- Comment les données obtenues peuvent-elles être communiquées aux responsables afin de les aider à prendre les décisions nécessaires pour faire face à la flambée ?
- Qui fournira un appui administratif et logistique ?
- Quel est le potentiel existant en ressources humaines, et quels sont les besoins ?
- Quels sont les besoins en formation ?
- Qui sont les acteurs concernés et quel rôle peuvent-ils jouer (points forts, faiblesses, possibilités et dangers) ?
- Quel type de recherche formative sera nécessaire ?
- Quelles organisations, quels projets et quels programmes peuvent disposer d'informations utiles pour la lutte contre la flambée ?
- Comment assurerez-vous le suivi et l'évaluation de vos activités ?

Outil 2. Recenser les acteurs concernés

Indiquez qui sont les acteurs concernés, par catégorie.

Les acteurs « primaires » sont les personnes qui sont touchées en définitive par la flambée, comme les bénéficiaires des interventions et les communautés touchées.

Les acteurs « secondaires » sont les personnes associées à la planification et à la mise en œuvre des interventions, et notamment les spécialistes techniques, les responsables de la lutte contre la flambée, les secteurs gouvernementaux et les départements ministériels, les organismes publics et privés, les personnels soignants et les administrateurs d'hôpitaux, les organisations non gouvernementales et les partenaires pour la mobilisation sociale et la communication (responsables communautaires, enseignants, chefs religieux, associations féminines, entrepreneurs, enfants plus grands).

Les acteurs « tertiaires » sont les entités qui ne sont pas directement touchées mais qui peuvent influer sur les acteurs primaires et secondaires pendant la riposte et le relèvement, tels les pays limitrophes, les médias internationaux, les touristes et le secteur privé.

Outil 3. Inventorier les compétences et les capacités existantes

De quelles fonctions et de quelles compétences aurez-vous besoin pour planifier et mettre en œuvre vos interventions ? Prenez le temps de dresser l'inventaire des compétences existantes auxquelles vous pourrez faire appel, qu'il s'agisse de personnes ou d'établissements, et d'enregistrer vos conclusions comme indiqué dans le Tableau 10.

Tableau 10. Exemple de formulaire servant à inventorier les compétences et les capacités existantes

Compétences et capacités	Oui	Non	Coordonnées
Spécialiste de la communication ou de la mobilisation sociale, l'accent portant sur la communication pour un impact sur le comportement et le comportement social			
Recherche anthropologique ou en sciences sociales			
Promotion de la santé, éducation sanitaire, information, éducation et communication (IEC), mobilisation sociale			
Agents de vulgarisation et de santé vétérinaire			
Agents de développement communautaire et de proximité			
Formation et animation de réunions			
Production et impression de matériels (graphiste, artiste, par exemple)			
Relations avec les médias ; capacités rédactionnelles et éditoriales (presse écrite et radio ou télédiffusée, producteurs de radio et de télévision)			
Marketing et publicité			
Suivi et évaluation			
Planification précoce et mise en œuvre et autres capacités logistiques			

Vous devez également définir vos besoins en infrastructures logistique et communicationnelle. Le succès d'une stratégie dépend notamment de la solidité de l'appui logistique. Vous devrez aussi évaluer les moyens existants, ceux qui peuvent être fournis et ceux dont vous devrez vous passer, et trouver ensuite des solutions de substitution.

Établissez clairement les rôles et les responsabilités des différents groupes et formulez un mandat spécifique pour chaque personne et chaque organisme engagés pour fournir des produits ou dispenser un service. Assurez-vous de leurs capacités et du résultat à attendre, ainsi que des ressources disponibles et des modalités de rémunération de la personne ou de l'organisme.

Les compétences et les connaissances de nombreux professionnels se chevauchent et il est donc important de toujours travailler en équipe afin d'optimiser au maximum les compétences et les talents de chacun.

Souvenez-vous !

Pensez à la santé et au bien-être des personnels participants et donnez-leur les informations nécessaires pour qu'ils décident en connaissance de cause et se protègent. Les personnes associées aux activités de proximité directes dans les zones touchées peuvent rencontrer des personnes et des familles malades et elles doivent parfaitement comprendre les risques potentiels et la manière de les éviter.

Outil 4 : Questions fréquentes sur le suivi et l'évaluation

Décrire et classer les parties prenantes.

Q1 : Quand dois-je planifier le suivi et l'évaluation ?

A1 : La planification du suivi et de l'évaluation fait partie intégrante de COMBI et doit commencer immédiatement, avec la recherche formative, la définition d'un budget, de ressources humaines et de processus suffisants pour les composantes et les phases ultérieures du suivi et de l'évaluation.

Q2 : Que faire en l'absence de données de base ?

A2 : Commencez à recueillir des données dès que possible. Les changements peuvent prendre du temps et vous pourrez peut-être comparer les résultats obtenus aux données recueillies après le début de l'intervention. Demandez aux partenaires, aux autorités locales et aux autres organismes des informations utiles recueillies dans des situations similaires ou pour des populations analogues. Souvenez-vous qu'une évaluation, si limitée soit-elle, vaut mieux que l'absence d'évaluation.

Q3 : Quel type de budget dois-je consacrer à l'évaluation ?

A3 : Le budget dépend de la taille et de la portée de votre projet et des difficultés que vous pourrez rencontrer. En règle générale, le budget du suivi et de l'évaluation devrait se situer aux environs de 5 % et ne pas dépasser 10 % du budget total du projet.

Q4 : Quel type de méthodes de recherche, de suivi et d'évaluation dois-je utiliser pour recueillir des informations ?

A4 : Cela dépend du contexte culturel et de la situation. Dans certaines cultures, par exemple, il peut être difficile de constituer des groupes de discussion, les gens pouvant être trop intimidés pour exprimer leur opinion en présence d'autres membres de la communauté. Dans ce contexte, les entretiens approfondis multiples ou les questionnaires anonymes avant et après un événement pourront être préférables. Les enquêtes répétées restent la meilleure méthode de suivi des résultats comportementaux à divers intervalles, mais d'autres méthodes doivent aussi être envisagées. Le présent manuel contient des exemples d'outils divers déjà utilisés dans COMBI.

Q5 : Quelle est la mesure ultime du succès d'une intervention COMBI ?

A5 : Les étapes intermédiaires et les indicateurs que nous suivons, examinons et évaluons ont pour principal intérêt de donner à un spécialiste COMBI une idée des progrès réalisés sur la voie de résultats comportementaux. La mesure ultime du succès d'une intervention COMBI est la réalisation des objectifs comportementaux, qui contribuent à améliorer l'issue des flambées au plan de la santé publique. Elle est révélatrice des théories et des pratiques de communication types de la santé publique.

Étape 1 de la planification COMBI : définir les objectifs comportementaux préliminaires

Outil 5. Définir les objectifs comportementaux préliminaires ; comprendre le contexte des interventions

Exemple : Objectifs comportementaux préliminaires pour la fièvre hémorragique Marburg

Les objectifs comportementaux préliminaires définis sur la base d'une analyse des facteurs de risque d'exposition et de transmission, tels qu'établis par des études épidémiologiques, et des interventions susceptibles de réduire et de prévenir l'exposition au virus Marburg et sa transmission (Tableau 5) sont d'assurer que :

- les personnes qui présentent des symptômes se rendent dans le centre de santé le plus proche dans les 24 heures pour un diagnostic et un traitement appropriés,
- les autres personnes évitent tout contact physique avec des personnes infectieuses et
- les aliments consommés dans les familles sont cuits à point.

Outil 6. Facteurs de risque dans le contexte socioculturel

Exemple : fièvre hémorragique Marburg (Voir le Tableau 4.)

Outil 7. Examen approfondi de l'environnement

Exemple : fièvre hémorragique Marburg (Voir le Tableau 5.)

Étape 2 de la planification COMBI : Rapide étude de marché

Outil 8 : Conseils pour les entretiens

- Testez au préalable le plan et les questions de l'entretien pour plus de clarté et pour vous assurer que les questions ne risquent pas d'être perçues comme déplaisantes ou critiques.
- Présentez-vous et indiquez la raison de l'entretien et la manière dont les informations seront utilisées.
- Essayez d'établir de bonnes relations avec la personne interrogée.
- Assurez la personne interrogée que ce qu'elle dira restera confidentiel.
- Demandez à la personne interrogée si elle voit un inconvénient à ce que vous preniez des notes ou enregistriez l'entretien.
- Enregistrez les termes exacts de la personne interrogée dans la mesure du possible.
- Continuez de parler en notant les réponses.
- Restez dans les limites du sujet de l'entretien.
- Faites attention aux réponses vagues et essayez d'obtenir davantage d'informations.
- Donnez à la personne interrogée la possibilité de poser des questions et de demander des explications.
- N'offensez en aucune manière la personne interrogée.
- Ne portez pas de jugement.
- N'interrompez pas la personne interrogée au milieu d'une phrase.
- Ne faites pas dire à la personne interrogée ce qu'elle n'a pas dit.
- Ne montrez pas ce que vous pensez par un changement de ton.

Outil 9 : Liste de contrôle pour une étude de marché

La liste de contrôle ci-après peut servir de guide et être adaptée au besoin. L'analyse a pour objet d'assurer que le comportement proposé pour réduire les risques est possible et culturellement adapté. Vous devez également déterminer de quelle manière la mobilisation sociale et la communication peuvent étayer les objectifs de la lutte contre la flambée liés à la santé publique et l'adoption d'un comportement destiné à réduire les risques. Selon le public cible, il pourra être nécessaire d'utiliser des approches et des messages communicationnels différents pour certaines activités.

Groupes et populations à risque

- Certains groupes cibles ou bénéficiaires peuvent-ils être segmentés ou définis ? En cas d'exposition professionnelle à la maladie, les personnels de santé, les tradipraticiens et le personnel des abattoirs, par exemple ; en cas d'exposition familiale ou communautaire à la maladie, les femmes qui soignent les membres de la famille qui sont malades, par exemple.
- Faudra-t-il atteindre des groupes particulièrement vulnérables ou à haut risque ?

Savoir, sensibilisation et perceptions

- Que savez-vous de la culture et des pratiques individuelles et communautaires ?
- Que savent les personnes et les communautés sur la cause et la transmission de la maladie ?
- Quels sont les termes locaux qui désignent ou décrivent la maladie ?
- Comment le risque associé à la flambée est-il perçu par les personnes et les communautés ?
- Ont-elles déjà connu des flambées, et comment ont-elles fait face ?
- Quels sont les messages qui circulent actuellement dans la communauté ?

Sources d'informations, canaux existants et cadres appropriés

- Où et auprès de qui les gens s'informent-ils et pourquoi ? Quelles sont les sources d'informations "dignes de confiance" et "crédibles", et qu'est-ce qui leur confère ce statut, responsables locaux, chefs religieux, personnel soignant, personnalités influentes (officielles ou non), par exemple ?
- Quels médias ou canaux de communication sont disponibles pour promouvoir vos messages ? Quels sont les canaux les plus influents ou les plus populaires ? Quels médias traditionnels sont utilisés ? Quels sont les schémas actuels de communication sociale ? Existe-t-il des structures et des réseaux communautaires actifs, et comment sont-ils perçus par la population locale ? Quelles autres organisations s'occupent de ce problème dans la communauté ?
- Quels sont les cadres adaptés aux interventions de communication, le dispensaire, la maison, le village, par exemple ?

Pratiques familiales et communautaires

- Quelles sont les pratiques actuelles de recours aux soins et de soins de santé ?
- Les pratiques existantes augmentent-elles les risques, et par quelles croyances et quelles valeurs sont-elles soutenues ?
- Certaines pratiques existantes réduisent-elles les risques, comme par exemple le fait de se laver les mains, la cuisson complète des aliments, la chloration, et par quelles croyances et quelles valeurs sont-elles soutenues ?
- Comment sont prises les décisions concernant le recours aux soins dans les communautés et les ménages ?

Contexte socioculturel, économique et environnemental

- Existe-t-il des tensions sociales et politiques de nature à affecter l'adoption des pratiques destinées à réduire les risques ?
- Les gens ont-ils accès à des ressources suffisantes pour adopter la pratique destinée à réduire les risques ? Ont-ils accès à de l'eau propre ? Des services de santé sont-ils disponibles et accessibles ? Est-il difficile de transporter les malades dans les dispensaires ou les hôpitaux ?

- Certaines croyances traditionnelles et normes sociales peuvent-elles empêcher les gens d'appliquer les pratiques destinées à réduire les risques ? Certaines croyances traditionnelles et normes sociales peuvent-elles d'autre part favoriser l'application des pratiques destinées à réduire les risques ?

Outil 10 : Entretiens semi-structurés

Les entretiens semi-structurés servent à recueillir des informations pendant une étude de marché et au cours du suivi et de l'évaluation. Les questions ouvertes avec questions et relances sont utilisées pour obtenir un large éventail de réponses détaillées sur les sujets d'intérêt. Le choix de vos informateurs dépendra du contexte local mais ils pourront inclure des personnes qui ont la charge d'enfants, le personnel des services de santé locaux, des tradipraticiens, des responsables communautaires (élus ou auto-désignés), des chefs religieux, des fonctionnaires et des membres d'organisations non gouvernementales.

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour les entretiens semi-structurés.

Énumération spontanée

La personne interrogée est invitée à dire ce qui lui vient spontanément à l'esprit en réponse à une certaine question posée par la personne qui conduit l'entretien. Par exemple :

- Quelles sont les maladies courantes des volailles dans cette zone ? [question posée à un éleveur de volailles ou à un boucher dans un marché de produits frais pendant une flambée de grippe aviaire]
- Quels sont les mots locaux pour "moustique" [question posée à une personne qui a la charge d'enfants, un tradipraticien, une infirmière ou un commerçant local qui vend des médicaments pendant une flambée de fièvre jaune].
- Quelles méthodes emploie la population locale pour prévenir la fièvre jaune ? [question posée à une personne qui a la charge d'enfants, un tradipraticien, une infirmière ou un commerçant local qui vend des médicaments pendant une flambée de fièvre jaune]
- Quelles sont vos principales préoccupations concernant [terme local pour la grippe aviaire, la fièvre hémorragique Ebola, la fièvre jaune, par exemple] ?
- De quel type d'informations avez-vous besoin ou voudriez-vous disposer ?
- Où obtenez-vous à présent la plupart de vos informations ?
- Comment souhaitez-vous que les informations vous soient communiquées ?
- Savez-vous si un groupe particulier a besoin d'informations spéciales ?
- Savez-vous si une autre langue ou un autre dialecte est parlé dans la communauté ?

Discussion de groupe

Les discussions de groupe peuvent être utilisées pendant une rapide étude de marché et pendant le suivi et l'évaluation. Les groupes de 6-12 participants sont de dimension raisonnable. Les participants ne sont pas choisis au hasard et vous devez veiller à l'homogénéité des groupes. Si vous vous rendez dans plusieurs endroits pour effectuer des entretiens semi-structurés, vous pouvez organiser deux groupes de discussion dans quelques communautés (hommes et femmes séparément, au besoin). Répartissez les groupes de discussion entre tous vos sites de communication stratégiques.

Les représentants des groupes participants suffisent d'ordinaire pour chaque discussion, personnes qui ont la charge d'enfants, fonctionnaires, personnel des services de santé locaux, tradipraticiens, responsables communautaires, chefs religieux et membres d'organisations non gouvernementales, par exemple. Recueillez toujours des informations générales sur les personnes interrogées afin d'en connaître les caractéristiques, et incluez ces détails dans votre rapport.

Il est extrêmement important de confier l'animation des discussions à une personne qualifiée. Les questions ouvertes avec questions et relances servent à obtenir des réponses détaillées sur les sujets d'intérêt. Une discussion de groupe sur une flambée de maladie donnée, par exemple, peut inclure des questions telles que les suivantes :

- Quelles sont les maladies courantes dans cette communauté ?
- Quelle est la maladie la plus importante ?
- Qu'en est-il de (la maladie qui fait l'objet d'une flambée) [utilisez les termes locaux fournis précédemment dans l'énumération spontanée] ?
- Qui a la charge d'enfants dans cette communauté ?
- Qui détecte généralement en premier les maladies des enfants ?
- Qui décide des mesures à prendre concernant la maladie ? Nous souhaitons connaître toutes les personnes concernées.
- Si un enfant contracte (la maladie qui fait l'objet de la flambée), quel est le traitement administré ici ? Quel est le premier traitement généralement donné ? Qui décide ?
- Dans quelles circonstances enverriez-vous un enfant atteint de (la maladie qui fait l'objet de la flambée) à un (nommez une à une les différentes options disponibles dans la communauté pour l'administration d'un traitement) ?
- Comment (la maladie qui fait l'objet de la flambée) peut-elle être prévenue ?

Analyse de la notoriété spontanée de premier rang

L'analyse dite de la « notoriété spontanée de premier rang » vous permet de découvrir comment les gens perçoivent la flambée et les interventions de lutte, et à quoi ils les associent immédiatement. Les gens sont simplement invités à dire la première chose que leur évoque un certain mot ou une certaine expression (en lien avec le comportement ou le service examiné), puis la deuxième chose qui leur vient à l'esprit, puis la troisième. Après une série d'interrogations, vous vous faites ainsi une idée de l'état d'esprit de votre groupe bénéficiaire. Cela peut être fait rapidement, sur place, au moment où vous conduisez les entretiens ou rencontrez les gens. Cela permet d'être informé rapidement sur ce que pensent et ressentent les gens au sujet d'une certaine question et vous aide à définir vos objectifs comportementaux et communicationnels.

Commencez par déterminer l'objet de l'outil. Vous souhaiterez peut-être comparer la perception qu'ont différents groupes du même sujet et à quoi ils l'associent, par exemple les membres de la communauté et les personnels de santé au sujet de « l'isolement » ou du « choléra ».

Expliquez en deuxième lieu le processus pour que les gens comprennent ce que vous essayez de faire. Tentez quelques associations avec des mots sans rapport avec le sujet que vous examinez. Quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit quand je dis "insérer un mot" ? Quelle est la deuxième chose qui vous vient à l'esprit quand je dis "insérer un mot" ? Quelle est la troisième chose qui vous vient à l'esprit quand je dis "insérer un mot" ?

En troisième lieu, interprétez les résultats. Un logiciel simple comme Excel® peut être utilisé pour produire des graphiques à partir des données recueillies.

Quatrièmement, utilisez les données. Une analyse de la « notoriété spontanée de premier rang » peut fournir des renseignements utiles pour concevoir des messages et des interventions. Recherchez les points sur lesquels il y a consensus ou un désaccord écrasant ; cela vous indiquera les domaines nécessitant de plus amples investigations ou quand il convient de modifier les perceptions et les associations actuelles.

Analyses "une journée dans la vie de" et "un moment dans la vie de"

Une analyse "une journée dans la vie de" sert à examiner les situations et le contexte quotidien pour lesquels le comportement destiné à réduire les risques est recommandé. Ce type d'analyse est utilisé

pour enregistrer les activités quotidiennes des personnes que vous souhaitez faire participer, du réveil au coucher. Elle vous aide à trouver des points de contact, des lieux et des canaux de communication et à situer le comportement proposé dans leur quotidien. Elle permet de mieux comprendre les facteurs qui favoriseront ou entraveront l'adoption du comportement. Elle aide à répondre aux questions "Comment pouvons-nous informer les personnes et les familles ?", "Quel est le canal ou le lieu le plus approprié pour fournir les informations ?" et "Comment pouvons-nous réduire le "coût" du comportement proposé s'il pose un problème dans l'activité quotidienne ?".

Une analyse "une journée dans la vie de" peut par exemple révéler que la plupart des adultes de la communauté sont absents de chez eux une grande partie de la journée, parce qu'ils travaillent dans les champs. Cela soulèvera diverses questions stratégiques comme "Comment pouvons-nous informer ce groupe de personnes ?" et "Comment pouvons-nous réduire le "coût" du comportement recommandé, en leur permettant de quitter plus facilement leur champ pour se faire vacciner ?" Les résultats de l'analyse peuvent être enregistrés comme suit :

Nom et profession : Lieu :		
Moment de la journée ou segment	Activité	Observations et notes : Possibilités de promouvoir les pratiques destinées à réduire les risques, lieux, canaux et langues, par exemple
Matin		
Midi		
Après-midi		
Soir		

Est-il prévu que l'application des pratiques recommandées pour réduire les risques pose des problèmes ou des difficultés ?

Une analyse "un moment dans la vie de" a pour objet de déterminer le "coût" d'un comportement au moment où il est mis en pratique. Le jeu de rôle ou la simple observation fait apparaître les actions requises pour adopter un comportement recommandé. Ce qui peut paraître simple (aller se faire vacciner au dispensaire) peut s'avérer extrêmement complexe. Une analyse "un moment dans la vie de" peut faire apparaître des obstacles, des attitudes et des possibilités qui n'avaient encore pas été envisagés. Si nous pouvons comprendre le processus de la pratique d'un comportement donné et la réaction qu'il suscite chez les gens, nous serons mieux à même de les préparer au moment où ils passeront à l'action, et de faciliter cette acceptation. Une analyse "un moment dans la vie de" nous aide à nous mettre à la place de nos "clients", à comprendre ce qui traverse l'esprit des membres du ménage au moment de passer à l'action. Cela indiquera comment nous pouvons aider à encourager les gens à accepter le comportement recommandé.

Une analyse "un moment dans la vie de" doit s'appuyer sur :

- ce que les gens doivent faire pour mettre le comportement en pratique (se déplacer, trouver quelqu'un pour garder leurs enfants, par exemple) et la question de savoir si le comportement est commode à adopter (prendre de quatre à sept comprimés en même temps)
- le rôle des bénévoles ou des établissements : encouragent-ils le comportement ou s'y opposent-ils ? ;
- le fardeau que représente pour la personne (aux plans financier et économique, de sa réputation, de la commodité ou de l'inconfort physique, par exemple) le fait de passer à l'action ; et
- les obstacles qui pourraient être écartés ou mieux expliqués dès le départ pour rendre le comportement plus facile à accepter.

Étapes 3 et 4 de la planification COMBI : affiner les objectifs et concevoir une stratégie générale

Outil 11 : HIC-DARM

Cet outil vous aide à définir vos groupes cibles et le niveau des messages destinés à différents groupes. Le modèle HIC-DARM fournit un cadre pour la segmentation du "marché" qui vous permet d'établir les priorités au sein de la population et d'adresser des messages particuliers ou de prendre des mesures particulières à l'intention des différents groupes. Un segment est en général un sous-groupe d'une population plus large qui partage certaines caractéristiques. La segmentation présente deux avantages principaux : vous êtes mieux à même de répondre aux besoins de petits segments qu'en ciblant tout le monde et, si vos ressources sont limitées, vous serez d'autant plus efficaces, y compris au plan économique, que vous aurez distingué les segments qui requièrent plus de ressources que d'autres et adapté vos stratégies en conséquence.

Le modèle HIC-DARM vous permet de segmenter vos groupes cibles en fonction de leur situation dans le processus d'adoption du comportement. Chaque dimension du modèle HIC-DARM exige une intervention communicationnelle appropriée. Il peut être utile de considérer l'élément HIC comme la partie information lorsque vous évaluez la manière dont la population comprend la maladie, comment elle se transmet et où il faut aller se faire soigner. L'élément DARM concerne les interventions et les mesures destinées à amener les gens à agir. Si vous apprenez que la plupart des gens n'ont pas entendu parler de la maladie, vous devrez vous attacher à les informer au sujet de la maladie et du programme de prévention et de lutte. Si les gens sont déjà informés, vous pourrez vous employer à les convaincre d'agir en publiant le témoignage de personnes qui sont déjà passées à l'action et ce qu'elles en ont retiré. Vous aurez en fait besoin d'une stratégie mixte pour relever l'ensemble des défis comportementaux et communicationnels qui se posent.

Outil 12 : Modèle pour MS.CREFS

Cet outil vous aidera à déterminer quels sont les canaux, les voix et les lieux les plus appropriés pour vos communications. La conception de votre stratégie suppose une bonne connaissance du contexte communicationnel. Le modèle MS.CREFS décrit le processus de communication : un **M**essage provenant d'une **S**ource, envoyé par un **C**anal à une personne qui le **R**eçoit, et porteur d'un **E**ffet voulu et de possibilités de **F**eedback, dans une **S**ituation donnée. Une analyse MS.CREFS vous permettra de mettre en place les canaux les mieux adaptés, d'utiliser les structures existantes, de choisir les voix les plus crédibles pour communiquer vos messages et de trouver le lieu optimal pour chaque public. Elle vous permet également de savoir où des problèmes sont susceptibles de survenir. En utilisant un assortiment d'outils analytiques, vous devriez obtenir les informations suivantes dans le cadre d'une analyse MS.CREFS.

Message

La conception de messages, synthèse de divers facteurs, est complexe. Le(s) message(s) final(s) s'appuie(nt) à la fois sur les objectifs comportementaux, l'effet recherché, et les canaux et les matériels utilisés. Les messages doivent porter sur ce que les gens peuvent faire, à titre individuel et collectif. Ils doivent traiter d'actions particulières, propres à prévenir l'exposition, à empêcher l'infection et à interrompre la transmission.

Vous devez également comprendre les messages en circulation sur la maladie et le comportement connexe. Quelles informations veulent les gens ou de quelles informations ont-ils besoin ? Quelle(s) est (sont) la (les) langue(s) appropriée(s) ? Quels messages peuvent inciter les gens à passer à l'action ? Y a-t-il des rumeurs persistantes ? Pouvez-vous anticiper des messages négatifs qui pourraient circuler et poser un problème ?

Les messages doivent être adaptés à la maladie et correspondre aux réalités socioculturelles et économiques locales. Le langage utilisé doit être facile à comprendre, et ne pas être trop technique. Le message central doit être clair ; des messages trop nombreux peuvent prêter à confusion et amener les gens à hiérarchiser les mesures à prendre, ou à se sentir dépassés par tant de choses à faire – et, en définitive, à ne rien faire.

Les types de messages et les concepts pertinents dans la littérature sur la communication dans le domaine de la santé[9, 10] qui sont utiles en cas de flambée sont les suivants :

Types de messages :

- *appel rationnel,* transmission d'informations techniques solides, reposant sur la logique et le bon sens ;
- *appel affectif,* destiné à susciter une réponse affective, sentiment de bien-être, rire, surprise, choc, par exemple ;
- *appel fondé sur la menace (ou la peur)*, dont l'utilisation dans les campagnes de santé publique est très controversée. Les appels fondés sur la peur sont utilisés avec précaution dans des programmes de santé ne relevant pas d'une urgence, comme pour le tabagisme ou les cardiopathies. En cas de flambée, la peur et l'anxiété peuvent déjà être présentes, selon la flambée (comme la propagation rapide d'une maladie hautement infectieuse), que son origine soit connue ou non. Les messages doivent donc viser à apaiser les peurs et les inquiétudes existantes.

Concepts pertinents :

- *la menace perçue,* qui correspond à la vulnérabilité perçue (mesure dans laquelle une personne se sent susceptible d'être menacée) ;
- *gravité perçue,* (ampleur du dommage attendu de la menace) ; et
- *auto-efficacité perçue,* confiance dans sa propre capacité à prendre les mesures recommandées et
- *efficacité perçue de la riposte*, croyance personnelle que l'action recommandée aura un effet.

Dans une étude sur l'état de préparation aux situations d'urgence et le comportement lié à la santé aux États-Unis d'Amérique, Paek et al.[11] ont observé que les campagnes destinées à renforcer la perception qu'ont les gens de leur propre efficacité et de l'efficacité de la riposte étaient plus performantes que celles qui privilégiaient des aspects tels que la probabilité ou la gravité potentielle des situations d'urgence et des catastrophes. Ils ont également observé que les appels affectifs basés sur des normes subjectives, à savoir ceux qui invoquent ce que pourraient penser ou vouloir la famille et les proches, peuvent être efficaces. Pour accroître l'auto-efficacité, vous devez en outre répertorier les obstacles, comme les connaissances, les compétences, le coût, les croyances et les émotions, qui inhibent la capacité perçue d'une personne à effectuer une action, et vous devez les aborder directement dans la stratégie.

Sources

Qui sont actuellement les sources d'informations crédibles, dignes de confiance, dans la communauté ? À quoi cela tient-il ? Certaines personnes (personnalités du monde des sports, acteurs, figures politiques) apparaîtraient-elles comme des sources d'informations crédibles, dignes de confiance ? Les sources

9 Siegel M, Lotenberg LD (2007). Marketing public health strategies to promote social change. 2nd Ed. Sudbury, Ontario, Jones and Barlett

10 Evans WD, Hastings G (2008). Public health branding, applying marketing for social change. Oxford, Oxford University Press.

11 Paek H et al. (2008). Applying theories of behaviour change to public emergency preparedness : implications for effective health and risk communication. Document présenté à la 94e Convention annuelle de la National Communication Association, San Diego, California, TBA. Disponible à l'adresse http://www.allacademic.com/meta/p259806_index.html (dernière consultation le 16 février 2011).

crédibles, dignes de confiance, ont-elles des caractéristiques spéciales, chères à la communauté ? Pour le comportement particulier encouragé, quelles pourraient être dans la communauté les sources d'informations crédibles, dignes de confiance, sur le comportement ? Dans quelle mesure les personnels de santé sont-ils une source d'informations crédible, digne de confiance ? Dans quelle mesure leur formation et leur apparence (un uniforme, par exemple) renforcent-elles la perception de crédibilité et de compétence ? Dans quelle mesure les enseignants et les écoliers sont-ils des sources d'informations ?

L'acceptation du message est fonction de la crédibilité de la personne qui le communique. Les gens, par exemple, accorderont plus d'attention à un message s'il est communiqué par un médecin réputé que s'il émane d'un commerçant local, et un jeune pourra avoir plus de chances de persuader d'autres jeunes d'agir qu'une personne âgée, qui pourra paraître autoritaire. Souvenez-vous que l'apparence modifie la manière dont une source est perçue ; aussi faudra-t-il faire preuve de soin et de sensibilité dans la manière de s'habiller et de se présenter. La crédibilité, la compétence, la loyauté et l'empathie sont importantes.

Canaux

Quels sont les canaux de communication qui existent dans la communauté ? Quels canaux de communication ont déjà été utilisés dans des campagnes de communication sur la santé ? Quels canaux ont été utilisés dans des campagnes politiques ? Les réunions communautaires font-elles partie de la structure administrative locale ? Les médias sont-ils aisément accessibles ? Quelle part de la population possède et écoute une radio ou regarde la télévision ? Combien lisent les journaux ? Quels sont les chaînes et les programmes de radio et de télévision qui ont le plus de succès ? Quels sont les journaux les plus lus ? Quels médias traditionnels sont utilisés pour la communication ? Les lieux de culte sont-ils des canaux de communication potentiels pour les messages liés à la santé ? Y a-t-il des endroits où les gens se réunissent (officiellement ou non) et échangent des informations ? Quels nouveaux canaux de communication peu coûteux peuvent être introduits dans la communauté ? Existe-t-il des agences de publicité compétentes dans la communauté, expertes dans l'utilisation des canaux de communication disponibles ?

Il est important de choisir le canal le mieux adapté, qu'il s'agisse de médias (radio, télévision et journaux) ou de canaux interpersonnels, comme les visites porte à porte, le théâtre traditionnel et les réunions communautaires. La communication non verbale, et notamment le langage corporel, les expressions du visage et la posture de la personne qui communique un message, est importante. Le canal approprié doit être utilisé pour le public cible approprié ; la stratégie la plus efficace repose en général sur une sélection de canaux. Une campagne trop dépendante des médias ou de la communication interpersonnelle ne sera pas aussi efficace qu'une autre qui associe les deux. Les uns renforçant les autres, les messages médiatiques peuvent rejoindre et renforcer ceux qui se transmettent entre personnes ou par d'autres moyens, et gagner ainsi en efficacité au plan de la portée et de la communication. Envisagez de recourir aux nouvelles techniques comme les SMS, les téléphones portables et les médias sociaux.

Retour d'informations

Existe-t-il dans la communauté des mécanismes de retour d'informations qui permettront de déterminer si les messages sont entendus et compris comme souhaité ? À défaut, quel système de retour d'informations pourrait-il être nécessaire de mettre en place pour vérifier ce point ? Il est important de s'assurer que les interventions de communication sont appropriées et efficaces et retiennent l'attention de celui qui reçoit le message. L'information en retour donne cette garantie et permet d'affiner les actions communicationnelles.

Situation

Où se situeront les diverses interventions communicationnelles envisagées ? Sur le pas de la porte des gens ? Dans leur salon ? Dans les centres de santé ? Sous un arbre ? Dans des établissements avec ou sans électricité ? Dans la cour du chef de village ? Dans le hall d'une école ? Sur la route ? Comment

le lieu influe-t-il sur la conception de l'intervention communicationnelle ? Le moment favorable pour l'action communicationnelle est-il indiqué par certaines situations ?

Le lieu facilite ou entrave la communication. Trop de bruit, un moment inopportun, un endroit inadapté compte tenu du sujet traité, trop de distractions ou un lieu trop chaud ou trop froid sont autant de facteurs qui influent sur la manière dont les messages sont reçus et interprétés. Les endroits tels que les lieux de culte, les centres de santé, les cafés, les places de marché et les écoles ont leurs propres caractéristiques qui affectent la dynamique de la communication et dont il faut tenir compte dans la planification des cinq actions communicationnelles COMBI.

Définissez les publics cibles et l'effet recherché des messages pour déterminer qui communiquera les messages, comment et quand (Tableau 11).

Tableau 11. Outil 12. Modèle MS.CREFS

	Public (qui reçoit)		
	Ménages (aidants, décideurs)	**Agents de santé communautaires, tradipraticiens, chefs religieux, bénévoles, agents de vulgarisation et de santé vétérinaire, chefs de village**	**Médias (locaux, nationaux, internationaux)** **Journalistes, producteurs, éditeurs, propriétaires**
Sources d'informations dignes de confiance et crédibles	Personnels de santé Tradipraticiens Chefs religieux Chefs de village Bénévoles	Pairs Hiérarchie (administration) Autres organismes	Comptes rendus de première main sur l'expérience Savoir et opinion spécialisés Établissements et organismes
Canaux de diffusion de l'information	Bouche-à-oreille Radio locale Réunions de groupe Face à face Dépliants d'information et affiches Téléphones portables	Mémorandums et circulaires Procédure à suivre Téléphone, téléphone portable Dépliants d'information Réunions de groupe Face à face	Téléphone, téléphones portables Courrier électronique Face à face Réunions de groupe Communiqués de presse et séances d'information
Effet recherché dans les publics cibles	**Réconfort** **Meilleure perception des risques** **Favoriser la survie** **Changement de comportement** **Auto-efficacité**	**Valeur et respect** **Coopération et partenariat** **Confiance dans les mesures de riposte à la flambée et en soi** **Professionnalisme**	**Respect** **Coopération et partenariat** **Confiance dans les autorités locales** **Responsabilité et professionnalisme**
Feed-back (retour d'informations) pour s'assurer que la mobilisation sociale est efficace	Entretiens (informateurs clés) Auto-déclaration Observation	Déclaration Observation	Surveillance des médias Rapports de journalistes aux responsables sanitaires Exactitude, cohérence et corrélation des conseils en matière de santé dans les médias et des conseils de santé publique
Situations (lieux)	Maisons Quartiers Villages	Dispensaires Lieux de formation Réunions	Points de presse Entretiens et possibilités d'entretiens (manifestations comme une distribution de médicaments et lieux comme des hôpitaux locaux) Sites informels

Outil 13 : Questions qui relèvent de la communication et questions qui ne relèvent pas de la communication

Cet outil peut être utilisé pour déterminer ce qui devrait être en place pour assurer l'efficacité des interventions comportementales et sociales. Le Tableau 6 donne un exemple de questions qui se posent dans un programme de lutte contre le choléra et nécessitent ces deux types de communication.

Outil 14a. Reformuler les objectifs comportementaux et communicationnels

Les objectifs ont-ils changé du fait de la connaissance accrue du contexte socioculturel ? Souvenez-vous que les objectifs doivent indiquer à qui il incombe de faire quoi, quand, où, pourquoi et comment. Cela servira de base à votre plan stratégique. L'étape suivante vous aidera à définir la stratégie générale au moyen de laquelle seront réalisés les objectifs comportementaux et communicationnels.

Exemple d'un programme de lutte contre la dengue hémorragique.

Les trois principaux objectifs comportementaux pour la réduction des risques sont les suivants :

- encourager les membres de tous les foyers du district xxx à procéder tous les dimanches à une inspection de 30 minutes de leur maison, à l'intérieur et à l'extérieur, à la recherche d'éventuels gîtes larvaires, et ce pendant les xx prochaines semaines (date x-date x) ;
- encourager toute personne fébrile au cours de ces xx prochaines semaines à penser qu'il peut s'agir de la dengue hémorragique et à se rendre immédiatement (dans les 24 heures au plus tard) dans le dispensaire le plus proche pour un diagnostic et un traitement ; et
- encourager les habitants de chaque village, de chaque communauté ou de chaque quartier à constituer une équipe bénévole de lutte contre la dengue qui effectuera des inspections hebdomadaires à la recherche de gîtes larvaires dans la communauté (et non dans les maisons) et débarrassera la zone des gîtes larvaires existants.

Outil 14b. Relier les objectifs comportementaux et communicationnels à la stratégie générale

Dans l'exemple ci-dessus, les objectifs communicationnels pour la réalisation des objectifs comportementaux sont d'assurer que :

- xx habitants du (district/village) comprennent qu'une flambée de dengue hémorragique pourrait toucher leur communauté, et de sensibiliser l'opinion à la gravité de la situation et à l'importance de prendre des mesures de prévention et de lutte ;
- xx habitants du (district/village) et les équipes d'inspection bénévoles reçoivent des informations claires et exactes sur les signes et les symptômes de la dengue, l'endroit où obtenir de l'aide et ce qu'ils doivent faire ;
- tous les professionnels de soins de santé des dispensaires publics et privés qui desservent xx habitants du (district/village) sont capables de poser rapidement un diagnostic et de dispenser un traitement et des conseils appropriés sur la dengue ; et
- les informations sur la flambée, les moyens de lutte déployés et les mesures prises pour accélérer le diagnostic et le traitement sont communiquées en temps opportun et de manière appropriée.

Outil 15 : Plan de mise en œuvre détaillé

L'exemple de tableau de planification et de suivi ci-dessous donne une liste détaillée des activités pour chaque domaine d'action communicationnelle. Il s'agit d'assurer que l'équipe de planification comprend qui fait quoi, quand et comment, et que les progrès font l'objet d'un suivi.

Tableau 9. Outil 15 : Plan d'action détaillé pour les interventions communicationnelles

Stratégie	**Intervention communicationnelle**							
Mobiliser les décideurs		Tâche	Responsable	Budget	juin (semaine)			
					1	2	3	4
	1.1	Rédiger une note d'information de deux pages sur la vaccination de masse à effectuer le XX. À rédiger en xx langues.	Médecin de district					
	1.2	Communiquer le document d'information et le plan de mobilisation sociale aux administrations du district et aux organisations non gouvernementales qui seront directement associées à la mise en œuvre. Communiquer le plan d'action et obtenir des engagements en faveur de telle ou telle action.	Médecin de district					
	1.3	Adopter et créer une structure administrative et de mise en œuvre pour surveiller et coordonner le plan de mobilisation sociale et organiser un programme de réunions régulières.	Médecin de district					
	1.4	Rédiger et distribuer une note à tous les personnels de santé du district, les informant du plan de vaccination de masse, sollicitant leur concours et expliquant ce qu'ils doivent faire.	Médecin de district					

Étapes 6 et 7 de la planification COMBI : Suivi et évaluation des interventions

Outil 16 : Élaborer un tableau de suivi

L'outil ci-dessous donne une liste d'exemples de questions contenues dans chaque forme de suivi, avec des exemples d'indicateurs et de méthodes de collecte des informations.

Questions essentielles	Indicateur	Méthode de collecte des données
Les activités sont-elles mises en œuvre conformément au plan ? Les résultats obtenus sont-ils conformes au plan ? Les activités s'inscrivent-elles dans les limites du budget ?	Sur la base du calendrier de mise en œuvre, du plan d'action et du budget, par exemple : ■ nombre de participants aux réunions ■ nombre d'affiches produites et distribuées ■ nombre de messages radiodiffusés ■ nombre de bénévoles formés et associés à la mobilisation sociale ■ nombre de foyers visités ■ coûts dans les limites du budget	Rapports d'activité Fiches de présence Rapports financiers
Processus	**Indicateur**	**Méthode de collecte des données**
Le message ou l'activité atteint-il/elle la population à laquelle il/elle était destiné(e) ? La participation est-elle satisfaisante ? Dans quelle mesure les interventions contre la flambée sont-elles adaptées aux besoins locaux ? Y a-t-il une tendance ou un changement récent dont il faut tenir compte ? Des changements survenus dans le contexte social ou politique pourraient-ils affecter les mesures de lutte et la stratégie COMBI ?	Exemples d'indicateurs quantitatifs: ■ % de la population cible qui a entendu ou vu les messages et les activités ■ % du public cible qui comprend, apprécie ou accepte les messages ■ % du public cible qui connaît les symptômes de la maladie ■ nombre de femmes et d'hommes qui ont été activement associés à la mobilisation sociale et aux autres interventions de lutte contre la flambée Exemples d'indicateurs qualitatifs: ■ Circulation de rumeurs ou de messages encourageant la non-participation ■ Les participants estiment que leurs préoccupations et leurs idées sont prises en compte par le comité local de lutte contre la flambée ■ Les interventions sont perçues comme adaptées et répondant aux besoins exprimés de la population cible Exemples d'indicateurs quantitatifs: ■ % de faits exacts rapportés dans les médias Exemples d'indicateurs qualitatifs: ■ Preuves de communications trompeuses qui sapent les stratégies de riposte ■ Preuves de messages contradictoires	Enquêtes rapides, entretiens et observation par les moyens suivants: ■ entretien avec les gens de passage dans un lieu central ■ discussions de groupe ■ observation aux points de prestation des services ■ entretiens avec le personnel de terrain associé à la riposte contre la flambée ■ observation du personnel de terrain chargé de la mise en œuvre des interventions dans les communautés locales ■ examen et analyse de la couverture médiatique Conversations et réunions informelles avec les principales collectivités locales, les journalistes etc.

Tableau 12. Outil 16. Exemple de tableau de suivi

Comportement	Indicateur	Méthode de collecte des données
Sous l'effet des interventions, les populations cibles adoptent-elles le comportement souhaité ? Objectif 1 Objectif 2 Objectif 3	Exemples d'indicateurs quantitatifs : ■ % de la population cible ayant adopté le comportement souhaité ■ % de la population capable de décrire les pratiques propres à réduire les risques et déclarant les appliquer ■ Exemples d'indicateurs qualitatifs : ■ Les membres des populations cibles pensent que le comportement proposé contribue efficacement à réduire les risques ■ Observation des pratiques de réduction des risques qui sont appliquées	Fiches de notification aux autorités locales Enquête rapide Données des établissements de santé ou formulaires d'enquête Groupes de discussion Entretiens avec des informateurs clés

Tableau 13. Outil 17. Exemple de plan de mise en œuvre du suivi

Description des indicateurs (inclure des paramètres quantitatifs et qualitatifs)	Activité (pour la mise en œuvre et certaines catégories de suivi du processus SEULEMENT)	Situation initiale	Changement attendu	Méthode de collecte des données	Fréquence de la collecte de données	Organisation responsable
Exemples d'indicateurs de mise en œuvre : Nombre de participants et qualité de la participation aux réunions locales concernant : la lutte et les interventions contre la flambée	▪ Réunions et dialogue communautaires ▪ Atelier, salon dédié à la santé ou point de prestation de services de santé	Si votre réunion s'inscrit dans une série, ou fait suite à une précédente manifestation, comparez avec les données sur la participation aux réunions précédentes	**Nombre de participants :** XX % d'augmentation de la participation des membres de la communauté aux manifestations locales sur la lutte et les interventions contre la flambée organisées au cours de ces XX derniers jours/ dernières semaines. **Qualité de la participation :** informations/faits nouveaux et suggestions des participants aux manifestations qui sont essentiels pour les interventions contre la flambée ou éclairent d'un jour nouveau une question particulière	▪ Rapports d'activité (compte rendu de réunions, rapports d'encadrement, rapports de mission/de voyage etc.) ▪ Le point sur la situation ▪ Feuilles de présence	À chaque manifestation	Membre du personnel du partenaire local ou membre de l'équipe COMBI ou un tiers associé à la planification et à l'évaluation de la manifestation (organisme extérieur, par exemple, ou consultant en suivi et évaluation) ou membre(s) de la communauté préalablement formé(s) à cet effet
Exemple d'indicateur de processus : exposition au message et souvenir du message	Cet indicateur n'est pas spécifique à une activité car plusieurs activités d'un plan COMBI intégré contribuent à le modifier	Pourcentage de la population prévue susceptible de connaître les principaux faits mis en lumière par vos messages essentiels et/ ou s'en souvenir (avant votre mise en œuvre)	% de la population prévue ayant entendu/ vu les messages et les activités concernant votre plan et se souvenant des principaux messages XX temps après le début de vos interventions	Enquêtes rapides, entretiens et observation avec les principaux publics et acteurs concernés par les moyens suivants : ▪ entretien avec les gens de passage dans un lieu central ▪ discussions de groupe ▪ observation aux points de prestation des services ▪ entretiens avec les principaux personnels de terrain associés à la riposte à la flambée ▪ observation du personnel de terrain chargé des interventions dans les communautés	À intervalles réguliers après la mise en œuvre/ le début du programme (jours, semaines, mois, etc.) selon la durée de la flambée et le niveau de l'urgence à recueillir des données	Membre du personnel du partenaire local ou membre de l'équipe COMBI ou un tiers associé au suivi et à l'évaluation du programme (organisme extérieur, par exemple, ou consultant en suivi et évaluation) ou membre(s) de la communauté préalablement formé(s) à cet effet

Outil 17. Élaborer un plan de mise en œuvre du suivi

Une fois établis les indicateurs pour chaque catégorie de suivi et d'évaluation (voir l'outil 16), vous pouvez utiliser un tableau comme celui qui est présenté ci-dessous pour résumer les données recueillies concernant les deux ou trois premiers indicateurs pour chaque catégorie. L'équipe chargée de gérer les interventions contre la flambée devra convenir des principaux indicateurs et des changements attendus par rapport à la situation initiale.

Description des indicateurs (inclure des paramètres quantitatifs et qualitatifs)	Activité (pour la mise en œuvre et certaines catégories de suivi du processus SEULEMENT)	Situation initiale	Changement attendu	Méthode de collecte des données	Fréquence de la collecte de données	Organisation responsable
Exemple d'indicateur comportemental : Adoption du comportement recommandé face à la flambée/ la situation d'urgence (abris mis en place, vaccination, etc.)	Cet indicateur n'est pas spécifique à une activité car plusieurs activités d'un plan COMBI intégré contribuent à le modifier	Pourcentage de la population prévue appliquant le comportement recommandé avant votre mise en œuvre	% de la population prévue ayant adopté les pratiques comportementales souhaitées dans les XX jours/ semaines suivant la mise en œuvre de l'intervention	▪ Fiches de notification aux autorités locales ▪ Enquête rapide ▪ Données des établissements de santé /formulaires d'enquête ▪ Groupes de discussion ▪ Entretiens avec des informateurs clés	À intervalles réguliers après la mise en œuvre/ le début du programme (X jours, X semaines, X mois, etc.) selon la durée de la flambée et le niveau de l'urgence à recueillir des données	Membre du personnel du partenaire local ou membre de l'équipe COMBI ou un tiers associé au suivi et à l'évaluation du programme (organisme extérieur, par exemple, ou consultant en suivi et évaluation) ou membre(s) de la communauté préalablement formé(s) à cet effet

D'après *Schiavo R (2007). Health communication : from theory to practice. Chapter 13 and Appendix A. San Francisco, California, Jossey-Bass et* Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2010). *Monitoring and evaluation plan guidance*. Geneva.



Section 4

Ressources essentielles, études de cas et fiches d'information

Introduction

La présente section se divise en quatre parties : approches anthropologiques de la riposte aux flambées, interventions comportementales, études de cas et faits essentiels relatifs aux principales maladies à tendance épidémique.

Approches anthropologiques de la riposte aux flambées épidémiques

Introduction

Divers concepts anthropologiques sont proposés pour orienter la sélection des questions et des outils méthodologiques à utiliser dans le cadre de la planification COMBI, afin d'accroître l'efficacité des interventions et des stratégies. Cette section confère une perspective anthropologique à la riposte aux flambées et montre comment cette discipline peut éclairer le contexte socioculturel des comportements individuels, communautaires, voire institutionnels, pendant une flambée épidémique.

Les équipes de riposte aux flambées devraient de préférence inclure, ou pouvoir consulter, un anthropologue ou un spécialiste des sciences sociales doté d'une formation similaire, mais cela n'est peut-être pas toujours possible. L'accent est mis ici sur les concepts anthropologiques qui s'appliquent aux sept étapes de la planification COMBI décrites dans la Section 2. Ces concepts, dans la mesure du possible, sont associés à des exemples et des études de cas destinés à illustrer leur utilité pour la planification et l'évaluation de la lutte contre les flambées. L'objectif est de trouver le moyen d'amener la communauté et les acteurs concernés à participer à un dialogue afin de faciliter la prise des décisions et d'effectuer rapidement les ajustements requis lorsque se présentent des possibilités ou des problèmes imprévus. Les concepts anthropologiques sont applicables à l'ensemble du processus de la planification COMBI, de l'étude de marché initiale à l'affinement des objectifs comportementaux, à la conception d'une stragégie COMBI générale et au suivi et à l'évaluation des interventions.

La présente section montre comment plusieurs concepts anthropologiques de base peuvent être utilisés pour maximiser l'impact comportemental des stratégies de communication pendant une flambée. L'efficacité de cette approche, au-delà de la reconnaissance des comportements à risque (ce que les gens font pour se mettre, ou mettre autrui, en danger) et de la définition des objectifs comportementaux (ce que nous voulons que les gens fassent), passe par la découverte des raisons pour lesquelles les gens agissent comme ils le font. Une approche anthropologique de la communication vise en priorité à comprendre les motifs, les valeurs et les modèles culturels, fondements indispensables de stratégies de mobilisation sociale efficaces agissant durablement sur les comportements.

Cette section propose un cadre analytique souple incluant des concepts anthropologiques de base, des questions directrices, des outils basés sur la participation et des objectifs mesurables pouvant servir à la prise des décisions relatives aux stratégies de communication et de mobilisation sociale dans divers contextes épidémiques. Une perspective anthropologique situe la prise de décisions et le comportement individuels dans le contexte culturel, technologique et environnemental où le comportement est « cohérent », à la fois parce qu'il est adapté à la situation locale et parce qu'il est considéré comme souhaitable ou raisonnable. Pour comprendre pourquoi les gens font ce qu'ils font, il faudra procéder à des recherches ininterrompues et associer la communauté de manière significative tout au long de la planification et de l'évaluation COMBI. Cette approche devrait se solder en définitive par une confiance accrue et une compréhension mutuelle entre les acteurs concernés, une détection et une notification plus rapides des cas, des canaux et un contenu communicationnels plus appropriés, des interventions humanisées et des stratégies de mobilisation sociale plus efficaces. Des approches anthropologiques souples permettent un retour rapide de l'information au cours de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des interventions de communication et de mobilisation sociale, et un prompt ajustement des stratégies en cas de possibilités ou de problèmes imprévus.

Contribution de la recherche anthropologique à la riposte aux flambées épidémiques

La recherche anthropologique peut fournir des informations essentielles à tous les stades d'une flambée pour la conception, la mise en œuvre

et l'ajustement des stratégies de mobilisation sociale. La contribution des anthropologues à la planification COMBI revient à établir une passerelle entre les communautés touchées par une flambée et les professionnels chargés des interventions médicales et des mesures de lutte contre la flambée en instaurant la confiance et une compréhension mutuelle. C'est pourquoi ils recommandent l'établissement de relations fondées sur le dialogue, le respect et la confiance avec les communautés pour des stratégies de communication et de mobilisation sociale efficaces et plus réalistes. Au-delà des responsables communautaires officiels, il s'agira de gagner aussi la confiance des femmes, des hommes et des enfants de la communauté. Les anthropologues distinguent également des réseaux et des groupes informels qui sont marginalisés socialement pour des raisons de sexe, d'appartenance ethnique, d'âge ou de religion, et qui n'ont pas officiellement droit à la parole. Un dialogue systématique fera apparaître les circonstances et les contraintes caractéristiques, les perceptions et les croyances, les besoins perçus et les pratiques capables d'exacerber – ou de réduire – le risque de transmission de la maladie. Des interventions comportementales et sociales efficaces, en coordination avec une politique appropriée, sont souvent nécessaires pour assurer l'entière coopération de la communauté à la lutte contre les maladies infectieuses ; mais, sans sa confiance, sa compréhension et le sentiment qu'elle participe aux efforts de prévention et d'endiguement de la flambée, cela ne suffira pas.

Une approche anthropologique de la lutte contre les flambées inclut la création d'un modèle concerté de dialogue et de participation active, qui se distingue d'un modèle de communication radio ou télédiffusée imposé d'en haut. La recherche anthropologique pendant une flambée a pour objet de déterminer comment :

- associer au maximum les communautés touchées,
- reconnaître les obstacles existants et les ressources locales disponibles pour une mobilisation sociale efficace,
- obtenir des informations parfois sensibles et critiques, et
- éviter les malentendus et prévenir et résoudre les conflits.

Ces recherches tiennent compte de l'organisation sociale de la communauté et soulignent l'importance des liens de parenté et des rôles assignés aux hommes et aux femmes dans les ménages et dans la communauté, ainsi que des connaissances et des croyances locales sur la maladie et les flambées. En utilisant un grand nombre des outils du présent manuel, les anthropologues peuvent déterminer et analyser les comportements locaux, les croyances communautaires et les pratiques quotidiennes capables d'influer sur la transmission de la maladie. Ils sont ainsi mieux à même de reconnaître un comportement à réformer en priorité et de déterminer les ressources ou les pratiques culturelles propres à améliorer l'efficacité d'une riposte à une flambée. Les responsables de la planification des interventions peuvent utiliser la recherche anthropologique pour concevoir des mesures plus attentives à la culture et plus humaines, qui amélioreront l'efficacité des interventions comportementales et sociales tout en réduisant également au maximum le risque de détachement de la communauté ou d'un traumatisme supplémentaire infligé à la population. Le fait d'entretenir de bonnes relations avec la communauté n'est pas qu'un simple témoignage de sensibilité culturelle ; comme le montrent un grand nombre des études de cas décrites dans le présent manuel, la participation active et la confiance de la communauté, associées à des interventions attentives à la culture, peuvent jouer un rôle déterminant en empêchant un comportement qui consisterait par exemple à dissimuler des cas, et augmenterait le risque de transmission et de propagation de l'infection (voir l'étude de cas relative au virus Marburg).

En associant autant que possible les communautés, les anthropologues peuvent leur donner le sentiment d'être parties prenantes à la lutte contre une flambée de maladie infectieuse. Les communautés touchées réagiront de manière positive si elles sentent que les équipes d'intervention écoutent leurs questions, comprennent leurs préoccupations et leur donnent des réponses simples, cohérentes d'un point de vue local. Cet engagement communautaire fondé sur la participation réduit au maximum le risque de s'aliéner les populations mais il offre aussi des possibilités de collecte de données et de retour d'information qui peuvent aider les planificateurs à ajuster les stratégies

de mobilisation sociale pour la prévention et l'endiguement des flambées et optimiser leur efficacité.

Concepts anthropologiques essentiels

Plusieurs concepts anthropologiques peuvent guider le choix des questions et des outils pendant la planification COMBI :

- la distinction entre la maladie en tant qu'atteinte organique et la maladie en tant qu'expérience et représentation personnelles ;
- systèmes ethnomédicaux "personnalistes" par opposition à "naturalistes" ;
- pluralisme médical et modèles explicatifs ;
- comportement face à la maladie et 'hiérarchie des recours' ; et
- sexospécificité, liens de parenté et 'production familiale de santé'.

Ces concepts servent de base à une série adaptable infinie de questions d'une utilité pratique pour les recherches et la planification COMBI.

Les questions ci-après figurent parmi celles qui peuvent être posées dans le cadre de recherches anthropologiques :

- À quels membres des ménages et de la communauté les gens font-ils confiance pour prendre en charge la maladie ?
- À qui s'adressent les gens en premier pour des conseils sur la maladie ? Vers qui se tournent-ils ensuite lorsqu'ils négocient leur hiérarchie de recours ?
- À quels types de malentendus et de comportements problématiques peut-on s'attendre quand la connaissance locale de la maladie diffère du savoir biomédical ?
- Quels types d'informations et de conseils sont prioritaires pour différentes personnes ?
- Comment les gens comprennent-ils les raisons de leur maladie ?
- Les gens comprennent-ils que leur maladie peut se transmettre à autrui, et comment elle peut se transmettre ?
- Quelles mesures prennent les parents ou les membres de la communauté pour soigner les malades et pour se protéger et protéger la communauté contre la maladie ?
- Qui supporte le fardeau quand des membres de la famille tombent malades ? Quels sont les coûts et les risques connexes ?

Une approche anthropologique part du principe que des stratégies communicationnelles efficaces doivent être ancrées dans la vie culturelle et matérielle des gens, leurs besoins et leurs responsabilités, leurs attitudes et leurs engagements, leurs croyances concernant la santé, la maladie et les causes de maladie, et les priorités et les contraintes sur lesquelles s'appuient leurs pratiques, dont elles doivent avoir connaissance.

La maladie en tant qu'atteinte organique par opposition à la maladie en tant qu'expérience et représentation personnelles

La distinction entre la dimension organique et la dimension existentielle de la maladie occupe de longue date une place centrale dans la discipline de l'anthropologie médicale. C'est par là que devrait commencer l'étude du contexte socio-culturel des flambées épidémiques, car cette distinction peut expliquer les comportements souvent contradictoires des personnes, des familles et des communautés, voire des professionnels de la santé et des établissements de santé. Une distinction entre atteinte organique et expérience et représentation personnelles de la maladie a d'abord été proposée en 1977 par Leon Eisenberg, qui tentait d'expliquer pourquoi les professionnels et la population comprenaient très différemment la maladie, et ce afin de résoudre des problèmes courants de malentendus réciproques et de confusion et les problèmes qui s'ensuivent comme le non-respect des traitements prescrits.

La maladie en tant qu'atteinte organique désigne les manifestations cliniques d'un dysfonctionnement physiologique ou d'une infection due à un agent pathogène. Le concept d'atteinte organique est au coeur de la biomédecine clinique et de l'épidémiologie et il devrait être familier à quiconque est associé à la lutte contre des maladies infectieuses. Ce concept joue un rôle essentiel dans les étapes COMBI de la définition des facteurs de risque en termes d'épidémiologie et de la désignation

des objectifs comportementaux. Il aide en outre à comprendre le comportement et les pratiques des équipes et des établissements de soins de santé qui participent à la prévention et à la maîtrise des flambées de maladies infectieuses.

La maladie considérée dans sa dimension existentielle renvoie à une représentation et une expérience culturelles de la maladie. L'une des premières observations de l'anthropologie médicale est que la définition culturelle d'une maladie, et des attentes sociales, de l'expérience et du comportement de recours aux soins qui y sont associés, dépend au moins autant de facteurs sociaux et de normes culturelles que des caractéristiques biologiques et des symptômes de la maladie.

La distinction entre expérience et représentation personnelles de la maladie et atteinte organique souligne l'importance comportementale des systèmes sociaux et culturels qu'utilisent les gens pour comprendre la maladie et les rôles et les stratégies décisionnelles connexes utilisés par toute personne qui cherche à guérir. Il a été reproché à cette distinction de représenter l'expérience personnelle de la maladie comme localisée et influencée par la culture, tandis que la définition biomédicale de la maladie est incontestée car universelle et objective. Une autre approche consiste à considérer que la définition biomédicale de la maladie s'applique exclusivement au système ethnomédical et aux modèles explicatifs utilisés par les spécialistes de la biomédecine et les épidémiologistes. Ce point de vue permet aux planificateurs COMBI de tenir compte des hypothèses sur lesquelles reposent les actions de tous les acteurs concernés, et pas seulement celles des membres de la communauté, pendant une flambée.

Quand les gens sont malades, c'est souvent d'abord à des membres de la famille ou à des amis qu'ils parlent de leurs symptômes et ensuite seulement qu'ils vont voir un guérisseur ou des personnels soignants qui interrogent, évaluent et posent éventuellement un diagnostic ou proposent un traitement. Au cours de ce processus, l'expérience de troubles ou d'une maladie, de symptômes dissociés se transforme en un état morbide désigné que les autres membres de la communauté peuvent comprendre. Cela confère à la maladie une signification culturelle particulière et assigne au patient et aux aidants un ensemble de rôles culturellement définis, assortis d'attentes liées au traitement et aux soins. Comme il ressortira clairement des parties suivantes, la connaissance des processus sociaux qui orientent la prise des décisions relatives à la maladie, et des rôles et des attentes connexes, pourra aider à détecter et combattre les flambées de maladie en temps opportun et de manière efficace et culturellement appropriée.

La compréhension de l'expérience personnelle de la maladie et du comportement de recours aux soins apparenté nécessite une analyse minutieuse des systèmes médicaux locaux. Un « système médical » est traditionnellement défini comme l'ensemble des connaissances, des croyances et des pratiques apprises et partagées par un groupe de personnes. Les systèmes culturels de croyances aident les gens à faire face à la maladie, et les systèmes médicaux expliquent comment et pourquoi les gens tombent malades et conseillent ce qu'il convient de faire en cas de maladie. Tous les systèmes médicaux se caractérisent par au moins trois éléments : explication des causes de la maladie, mécanismes de diagnostic de la maladie et prescription de mesures appropriées ou d'un traitement sur la base du diagnostic. Des décennies d'études anthropologiques interculturelles montrent que tous les groupes humains ont des systèmes médicaux qui incluent ces éléments. On pourrait dire de même de la biomédecine moderne, dont les anthropologues médicaux ont soutenu qu'elle pouvait être abordée comme tout autre système ethnomédical.

Pour les besoins de la planification COMBI, des évaluations anthropologiques rapides associant tous les acteurs concernés peuvent aider à comprendre comment différents groupes font face à la maladie et en expliquent les causes, les types d'avis médical et de traitements qu'ils sollicitent, les personnes auxquelles ils s'adressent lorsqu'ils sont malades et les rôles et les responsabilités attendus des patients, des guérisseurs et des aidants. Une conception anthropologique est importante pour la reconnaissance des facteurs de risque définis en termes d'épidémiologie et des possibilités de dépistage précoce des cas, l'intégration de tradipraticiens médicaux dans les stratégies de communication et de mobilisation sociale,

et la participation accrue de la communauté aux efforts destinés à prévenir et combattre les flambées.

Systèmes ethnomédicaux ‘personnalistes’ et ‘naturalistes’

La distinction anthropologique classique entre systèmes ethnomédicaux “naturalistes” et “personnalistes”, bien que simplifiée à l’excès, peut aider à comprendre le comportement de recours aux soins et les pratiques et les rôles sociaux associés aux épisodes morbides dans certains contextes. Les systèmes médicaux naturalistes donnent en général des explications étiologiques qui se limitent à la description des symptômes, sont axées sur le corps du malade et se concentrent sur un seul niveau de causalité associé aux interactions environnementales et aux déséquilibres ou troubles corporels perçus. Les systèmes médicaux naturalistes expliquent les maladies en termes impersonnels et systémiques. La première fonction du praticien médical est thérapeutique, incluant la prescription de traitements symptomatiques, des restrictions concernant l’alimentation et l’activité, et d’autres interventions thérapeutiques (dont certaines peuvent exacerber ou réduire la transmission de la maladie). Les systèmes personnalistes, en revanche, au-delà des systèmes corporels, s’étendent au domaine complexe des relations sociales, avec des personnes vivantes, des ancêtres ou d’autres entités spirituelles. Comme son nom l’indique, la théorie de la causalité des maladies attribue la maladie à l’intervention intentionnelle d’un agent, humain ou autre. Les systèmes personnalistes, c’est là un point important, ne distinguent généralement pas la maladie de nombreuses autres sortes d’infortunes qui peuvent toucher une personne, une famille ou une communauté. Aussi la fonction du guérisseur est-elle plus diagnostique que thérapeutique. La personne malade cherche des réponses à trois questions : Quelle technique a été utilisée pour rendre la victime malade ? Qui est responable ? Et pourquoi la victime a-t-elle été ciblée ?

Les systèmes médicaux naturalistes se caractérisent souvent par une formation plus ou moins officielle ; les praticiens peuvent acquérir du prestige en partageant leurs compétences et leur savoir et ils peuvent même être vaguement organisés en ce qui peut s’apparenter à des associations professionnelles. Celles-ci peuvent offrir la possibilité de diffuser des informations et d’intégrer les guérisseurs locaux dans les stratégies de notification précoce et de mobilisation sociale. Dans les systèmes personnalistes, les praticiens sont plus souvent estimés et distingués pour leurs compétences spirituelles personnelles. Un chaman ou un praticien similaire dans un système naturaliste renforce généralement son prestige en conservant pour lui son savoir ethnomédical et non en le partageant. Ainsi que de nombreux anthropologues l’ont indiqué, les pratiques chamaniques reposent souvent sur l’idiosyncrasie, car les systèmes officiels de diffusion ou de codification de leur savoir sont rares (à l’exception notable de l’apprentissage individuel). L’utilisation de systèmes personnalistes pour la réalisation d’analyses situationnelles a notamment pour conséquence que les renseignements recueillis auprès de quelques informateurs clés ne sont pas nécessairement représentatifs de l’éventail complet des pratiques propres à d’autres praticiens. La diversité des pratiques et l’absence d’associations, d’organisations ou de professionalisation nécessitent aussi différentes tactiques pour intégrer ces membres importants de la communauté, qui bénéficient souvent d’une haute estime, dans les stratégies de mobilisation sociale et les mesures en faveur de la notification précoce des cas inhabituels.

L’une des raisons de distinguer entre les deux sortes de systèmes ethnomédicaux et de les intégrer l’un et l’autre dans la lutte contre les maladies infectieuses tient au fait que des pratiques diagnostiques et des recommandations thérapeutiques particulières peuvent exposer les gens à un risque d’infection accru. Tel est notamment le cas des aidants, souvent appelés du fait de leur culture à être en contact direct avec un malade dans la famille. Les soins dispensés par des proches sont généralement considérés comme de la plus haute importance dans de nombreuses communautés du monde, et les mesures prises pour tenter de modifier le comportement des aidants afin de réduire la transmission doivent tenir compte de ce fait social. (C’est ce qu’illustre de manière frappante l’étude de cas relative à une flambée de fièvre hémorragique Marburg en Angola, où l’impossibilité de résoudre ces problèmes a eu

des conséquences fatales). Des recherches anthropologiques sur les systèmes médicaux locaux sont indispensables pour comprendre les incidences épidémiologiques des pratiques ethnomédicales, et cette connaissance aidera à concevoir des stratégies d'intervention respectueuses de la culture, destinées à réduire le risque de transmission sans provoquer des troubles sociaux susceptibles d'entraîner la perte de la confiance de la communauté, voire d'accroître les comportements à risque, comme la dissimulation intentionnelle des cas.

La recherche sur les systèmes ethnomédicaux, tout en aidant à mettre en évidence les facteurs de risque tels qu'établis par des études épidémiologiques, sinon difficiles à détecter, et à définir des objectifs comportementaux culturellement applicables, donne la possibilité d'améliorer l'efficacité de la prévention, de la détection et de la maîtrise des flambées épidémiques avec la planification COMBI, en intégrant ces systèmes et ces praticiens dans l'action de mobilisation sociale. Quel que soit le système médical dominant dans une communauté, les gens sollicitent souvent l'aide de tradipraticiens à un moment donné de leur maladie. L'établissement de liens et de relations avec les tradipraticiens dans l'un ou l'autre type de système ethnomédical doit constituer la première étape de l'action de proximité, avec l'instauration de relations de confiance avec des personnalités respectées qui ont une utilité pratique pour le dépistage précoce et la notification des cas ainsi que pour la mobilisation sociale à l'appui d'interventions rapides.

La distinction entre systèmes médicaux personnalistes et naturalistes n'est certes qu'une simplification pratique car, dans le monde entier, la plupart des gens prennent en réalité leurs décisions en accédant à de nombreuses ressources médicales différentes, des remèdes familiaux populaires aux installations et aux services de la biomédecine moderne. C'est ce que la littérature anthropologique désigne comme le "pluralisme médical".

Pluralisme médical et modèles explicatifs

L'anthropologue médical Arthur Kleinman a défendu l'idée que trois secteurs de soins de santé interdépendants et se recouvrant partiellement constituent ensemble la condition du pluralisme médical : le secteur populaire, le secteur traditionnel et le secteur professionnel.[12] Chacun a sa propre manière d'expliquer et de soigner la maladie et de définir les rôles et les relations entre guérisseur et patient.

Le secteur populaire est le domaine profane, non professionnel, non spécialisé de la société. C'est en général le secteur où la maladie survient et est d'abord définie et où naît le comportement de recours aux soins. Il englobe toutes les options thérapeutiques auxquelles les gens recourent avant de consulter un spécialiste comme un praticien traditionnel ou biomédical, et notamment l'autodiagnostic et l'autotraitement, et les conseils et les traitements de la famille, des amis, de membres de la communauté en qui ils ont confiance et d'autres non spécialistes. C'est sans doute là le secteur le plus important pour les stratégies de communication et la mobilisation sociale ; on estime en effet que 70-90 % des décisions liées aux soins de santé sont prises dans le secteur populaire, qu'il s'agisse ou non de pays occidentaux.[13]

Kleinman a proposé le concept utile des "modèles explicatifs" pour décrire les modèles sociaux et cognitifs populaires de la maladie. De même que dans le cas de la distinction entre la dimension organique et la dimension existentielle de la maladie, ce concept devait servir à expliquer les écarts de perceptions et de croyances, source de confusion et de difficultés dans les interactions cliniques, et cause fréquente d'une mauvaise observance thérapeutique et d'issues indésirables. Selon Kleinman, le patient et le guérisseur (et même l'anthropologue) utilisent toujours des modèles explicatifs de la maladie, en partie conscients et en partie non conscients, et souvent constitués d'un amalgame d'éléments provenant de différents systèmes et secteurs de santé.

12 Kleinman A (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, California, University of California Press.

13 Kleinman A, Eisenberg L, Good B (1978). Culture, illness, and care : clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88 :251–258.

Kleinman a suggéré que les cliniciens communiqueraient plus efficacement, améliorant ainsi les résultats comportementaux, en obtenant des modèles explicatifs des patients, au moyen de questions comme les suivantes :

- Quelle est à votre avis la cause de votre problème ?
- Pourquoi, à votre avis, cette maladie s'est déclarée à ce moment précis ? Pensez-vous que cette maladie est grave ?
- Qu'est-ce qui vous inquiète le plus à propos de cette maladie ?
- Quel type de traitement attendez-vous ou espérez-vous ?
- Quels résultats attendez-vous du traitement, et quel est à votre avis le traitement le mieux adapté à ce type de maladie ?

En milieu clinique, les réponses à ce type de questions permettent au dispensateur de soins de santé de connaître les croyances culturelles du patient (modèles explicatifs) concernant sa maladie, et de prévenir ainsi d'éventuels problèmes de communication et malentendus pour améliorer l'efficacité et l'observance du traitement.

Notez que ces questions ressemblent à celles que poserait un anthropologue médical (et l'équipe COMBI) sur les systèmes ethnomédicaux et les modèles de maladie traditionnels. Bien que le concept des modèles explicatifs soit généralement appliqué au niveau individuel, Kleinman a admis, dès lors qu'un groupe important de personnes partage de nombreux aspects d'un modèle explicatif, qu'on peut à juste titre parler de modèle traditionnel, voire d'un système ethnomédical plus vaste.

Comportement face à la maladie et hiérarchie des recours

Le concept des modèles explicatifs est lié à un autre concept important dans la littérature anthropologique médicale : la « hiérarchie des recours ». Il s'agit des schémas et des priorités du comportement de recours aux soins au fil du temps et entre les secteurs médicaux et les systèmes de santé, du populaire au traditionnel et au biomédical. La mesure dans laquelle les activités de lutte contre les maladies infectieuses peuvent être intégrées dans les services médicaux locaux et dans la connaissance ethnomédicale de l'étiologie, du diagnostic et peut-être même du traitement, peut améliorer l'efficacité locale de la mobilisation sociale pour la prévention des flambées et les interventions. La connaissance des modèles explicatifs de la population et du concept apparenté de la hiérarchie des recours revêt une très grande utilité pratique dans la conception des plans COMBI.

Le pluralisme médical est la norme dans la plupart des contextes sociaux. Il n'existe généralement pas de relation exclusive simple entre une société et un système ethnomédical, alors que la biomédecine clinique s'étend de plus en plus aux quatre coins du monde, même si de nombreux systèmes ethnomédicaux traditionnels prospèrent encore et gagnent de nouveaux territoires. Ainsi, de nombreux secteurs de la santé et systèmes médicaux coexistent dans la plupart des contextes contemporains, et les personnes malades ont généralement le choix entre des options médicales très diverses.

Un autre ensemble important de concepts issus de l'anthropologie médicale et de la sociologie de la médecine inclut le "rôle du malade" et le "comportement face à la maladie" ou "comportement de recours aux soins". Ces concepts font référence aux rôles que jouent les gens et aux décisions que prennent les gens et les ménages dès lors qu'ils ont été déclarés malades, par eux-mêmes, leur famille, des tradipraticiens ou des spécialistes de la biomédecine. Les gens prennent des décisions comportementales concernant la maladie et la santé dans un contexte socioculturel, et ces décisions façonnent souvent le cours d'une flambée, pour le meilleur ou pour le pire.

En cas de maladie socialement reconnue, chacun, quelle que soit la culture, a un rôle social particulier à jouer : le patient, le guérisseur, le membre de la famille ou l'ami qui apporte son soutien. Toutes les personnes concernées sont ainsi censées savoir ce qu'elles doivent faire. Dans bien des cas, ces règles et ces normes influent sur les rôles spécifiques des hommes et des femmes et la répartition des tâches dans un ménage, et vice versa, pour ce qui est de la prise des décisions, de l'accès aux ressources et des croyances au sujet de la personne moralement responsable du bien-être de chacun et

de la santé de la famille. La personne dans le rôle du malade peut voir ses responsabilités sociales habituelles provisoirement modifiées ou suspendues. Le rôle du malade présente des avantages, en même temps qu'entrent en vigueur de nouvelles attentes et responsabilités sociales, pour le malade comme pour les aidants. Si les gens ne satisfont pas à ces attentes, les résultats peuvent être dévastateurs. Des études de cas sur des interventions contre des flambées dans lesquelles les aidants ont été empêchés de s'acquitter de leurs obligations sociales essentielles, et sur le traumatisme et les conséquences comportementales indésirables qui en sont résultés, sont présentées ci-après.

Les études anthropologiques du comportement face à la maladie mettent souvent l'accent sur les schémas de recours aux soins de santé. Ces schémas, comme indiqué précédemment, sont couramment désignés comme « la hiérarchie des recours ».[14] Lorsque les gens perçoivent qu'ils sont malades, ils agissent à partir de cette perception ; ils demandent conseil et cherchent éventuellement ensuite à se faire soigner. Dans le contexte du pluralisme médical, de nombreuses options s'offrent aux gens. Le concept de la hiérarchie des recours est particulièrement utile pour étudier le contexte de la prise individuelle des décisions et du comportement communautaire face à la maladie et à la guérison.

La hiérarchie des recours commence en général à la maison. En cas d'échec de l'autotraitement, de l'automédication ou des autres remèdes domestiques, le patient et sa famille peuvent recourir à des options de soins extérieures, et notamment consulter des spécialistes. Si l'état du patient ne s'améliore toujours pas, que la maladie s'aggrave ou que les ressources financières s'amenuisent, le patient peut à nouveau décider de changer de voie. Les descriptions ethnographiques du comportement lié à la prise des décisions d'ordre médical ou au recours aux soins constituent une part importante des textes de l'anthropologie médicale consacrés à la description et à la connaissance des systèmes ethnomédicaux, aux processus décisionnels et au comportement face à la maladie dans le contexte du pluralisme médical.

Le concept de hiérarchie des recours fournit un ensemble utile de questions pour l'étude de marché et la planification COMBI qui peuvent aider à savoir en qui les gens ont confiance et à qui ils s'adressent en premier quand ils sont malades, dans quelles conditions et dans quel ordre ils s'orientent vers diverses solutions thérapeutiques, diverses ressources et divers praticiens. L'étude approfondie des rôles face à la maladie, du comportement de recours aux soins et de la hiérarchie locale des recours devrait faire partie de l'étude de marché initiale dans la planification COMBI et elle se révélera probablement utile dans la planification des stratégies de mobilisation sociale pour la prévention et l'endiguement des flambées.

Les gens en quête de soins demandent conseil aux membres de la communauté – mère, médecin ou tradipraticien – aux avis ou aux traitements desquels ils se fient. Partout dans le monde, les gens suivent ainsi une hiérarchie de recours lorsqu'il s'agit d'établir des priorités entre les avis concernant leur maladie et de solliciter des formes de soins appropriées. Les schémas qui guident le comportement de recours aux soins et la prise des décisions donnent aux planificateurs COMBI l'occasion de définir et de nouer des relations avec les personnes auxquelles se fient déjà les membres de la communauté pour leur avis en matière de santé. Ces responsables devront être contactés dès que possible afin qu'ils disposent d'informations claires et appropriées à diffuser aux membres de la communauté qui sollicitent leur aide ou leur avis, et de ressources efficaces. De plus, les tradipraticiens étant probablement parmi les premiers membres de la communauté en dehors des ménages à remarquer des symptômes ou des cas cliniques inhabituels, il est important de leur donner des lignes directrices claires concernant la notification aux autorités sanitaires afin d'optimiser la riposte rapide.

Ce que les gens pensent de la maladie est toujours inspiré des "modèles explicatifs" relatifs aux causes, qui influent naturellement sur les actions considérées comme appropriées pour se rétablir ou aider autrui à aller mieux. La planification COMBI doit inclure des recherches sur l'intégration des tradipraticiens en tant qu'éducateurs ou conseillers ou parce qu'ils sont parmi les premières personnes à réagir. Les études de cas décrites dans le présent guide et la

14 Cassell EJ (1985). *The healer's art.* Cambridge, Massachusetts, MIT Press.

littérature sur l'anthropologie médicale indiquent que les mesures participatives de mobilisation sociale empiriques destinées à associer les communautés et à utiliser les pratiques et les resources existantes pour la mobilisation sociale peuvent aider à assurer la confiance, la compréhension mutuelle, l'applicabilité locale, la pérennité et la pertinence culturelle.

« Production familiale de santé' », sexospécificité et liens de parenté

Les anthropologues reprochent fréquemment aux modèles de changement de comportement en santé publique de focaliser l'attention sur la prise individuelle des décisions, et d'ignorer le contexte socioculturel plus large des relations et des rôles sociaux. Des recherches ont montré que le concept spécifiquement "occidental" de l'individu, décideur autonome et indépendant, n'est guère transposable dans beaucoup d'autres contextes. Les spécialistes des sciences sociales appréhendent de plus en plus les comportements individuels face à la santé (et au risque) dans le contexte d'unités relationnelles d'analyse plus larges comme les ménages, la famille, les clans, les classes sociales, les groupes ethno-linguisitiques et même les organisations.

Production familiale de santé

Pour des raisons déjà citées, les anthropologues médicaux qui travaillent dans les communautés et dans le contexte de la santé publique soulignent depuis longtemps l'importance d'un concept dit de la "production familiale de santé". Ce concept est particulièrement important pour les stratégies de communication et de mobilisation sociale en cas de flambée épidémique, car il a été estimé que la plupart des décisions relatives aux soins de santé et des interventions thérapeutiques émanent en premier lieu du ménage. En tant qu'unité conceptuelle d'analyse, un ménage est traditionnellement défini comme un groupe de parents, voire de personnes sans liens de parenté, qui vivent la plupart du temps sous le même toit et s'acquittent de tâches complémentaires ou communes. L'état de santé d'une personne dépendant de facteurs domestiques tels que l'accès aux infrastructures de base, la nutrition, l'eau propre et les soins de santé, les membres d'un ménage peuvent avoir de nombreux facteurs de risque en commun. En même temps, les rôles familiaux – d'ordinaire définis par l'âge et le sexe – débouchent souvent sur des issues sanitaires et des expositions différentes, y compris au sein du même ménage. Ainsi, les écarts entre les rôles assignés à l'un et l'autre sexes peuvent renforcer à la fois l'exposition et l'accès aux ressources productrices de santé. L'étude de cas sur une flambée de fièvre hémorragique Marburg en Angola illustre bien l'importance de la connaissance des rôles spécifiques des deux sexes et de leur lien avec les facteurs de risque comportementaux. L'étude de cas sur la grippe aviaire au Cambodge illustre elle aussi comment les rôles sexospécifiques associés à la manipulation et à la préparation des volailles créent des sources d'exposition différentes selon les membres de la famille. De plus, lorsque la maladie touche un membre de la famille, d'autres membres se trouvent souvent associés à différents aspects de la prise des décisions et de la prestation des soins.

Sexospécificité

La sexospécificité doit donc occuper une place centrale dans les recherches et la planification COMBI, notamment dans la mesure où les femmes s'acquittent virtuellement de toutes les tâches liées aux soins de santé dans le ménage, et ce dans la quasi-totalité des contextes étudiés par les anthropologues. En cas de flambée, il est important de procéder à des recherches situationnelles rapides pour déterminer la dynamique des rapports sociaux entre les sexes dans les ménages. Les questions suivantes pourront par exemple être posées :

- En cas de maladie, qui est le principal aidant dans le ménage, et en quoi consiste son rôle ? Qui est le principal décideur dans le ménage concernant les ressources qui seront consacrées à la consultation de guérisseurs à l'extérieur ?
- Quels sont les facteurs de risque en termes d'épidémiologie, les coûts financiers et d'opportunité et le fardeau émotionnel connexes pour l'aidant ?
- Quelles ressources et quelle hiérarchie de recours sont disponibles, et pour qui ?

Les femmes adultes étant souvent responsables des soins et de la prise en charge de la maladie au sein du ménage, la situation est particulière-

ment problématique lorsque la femme à la tête de la famille tombe malade, surtout dans les foyers où il n'y a pas d'autres parents à proximité pour s'occuper de l'aidant principal. Les recherches et la planification COMBI doivent intégrer les considérations relatives aux spécificités des deux sexes, car la demande qui pèse sur les mères dans de nombreux cas réduit leurs chances d'accéder aux soins de santé primaires en dehors du foyer, même en cas de maladie grave.

Liens de parenté

Dans de nombreuses parties du monde, la parenté (famille) diffère de la "famille nucléaire" classique. Les liens de parenté s'étendent souvent bien au-delà des murs du foyer et même au-delà des « liens de sang ». C'est là un fait important pour les recherches et la planification COMBI car, dans bien des endroits, les réseaux familiaux élargis sont activement associés à la prise des décisions d'ordre médical, et aux conseils en matière de soins de santé, et même au traitement. Certains groupes de parenté élargis jouent un rôle si important dans la prise en charge de la maladie et la prise des décisions médicales que la littérature anthropologique leur donne le nom de "groupes de prise en charge thérapeutique". Dans un tel contexte, les stratégies destinées à convaincre les "groupes de prise en charge" de l'importance d'un changement de comportement ont plus de chances de produire de réels changements dans le comportement d'un malade que les interventions qui s'adressent à une personne individuellement.

Les liens sociaux au-delà de la famille peuvent également influer sur les stratégies de riposte aux flambées et de mobilisation sociale. Les liens sociaux, par exemple, sont plus forts dans certaines communautés que dans d'autres. En cas de flambée, l'infection se propagera vraisemblablement plus vite dans les communautés où les liens sociaux sont forts et où les interactions physiques intimes peuvent être plus fréquentes entre les membres de la communauté, quels que soient les liens de parenté. À Uige, en Angola, par exemple, un nourrisson peut être nourri au sein par n'importe quelle femme de la communauté en l'absence de la mère. Pendant la flambée de fièvre hémorragique Marburg de 2005, trois femmes ont été infectées après avoir successivement allaité le nourrisson orphelin de leur voisine et s'en être occupées. Les trois femmes ont été contaminées et sont mortes.

En cas de flambée, les recherches et la planification COMBI doivent tenir compte de la force ou de la faiblesse relative des liens sociaux dans la communauté touchée. Là où les liens sociaux sont particulièrement forts, les membres de la famille du patient ne souhaiteront peut-être pas que celui-ci soit isolé ou hospitalisé. Cela pourrait aller à l'encontre des valeurs culturelles profondément ancrées concernant les "rôles liés à la maladie" et apparaître comme un abandon de la personne malade, précisément au moment où elle a le plus besoin de leur attention. Dans ce contexte culturel, de nombreuses familles préféreront dispenser les soins à domicile que de laisser la personne seule dans un hôpital. Dans les communautés où les liens sociaux sont moins forts, et que l'idée d'hospitaliser un membre de la famille qui est malade dérange moins, l'hospitalisation ou l'isolement d'un membre de la famille qui est malade ne causera pas nécessairement autant de détresse sociale.

Les anthropologues reconnaissent depuis longtemps que tout le monde n'a pas la même conception de la parenté et des relations qui unissent les gens dans une communauté. Les gens sont liés les uns aux autres de manière significative du fait de leurs rôles et de leurs attentes. Comme l'illustrent plusieurs études de cas et plusieurs exemples décrits dans le présent guide, l'importance des recherches sur les systèmes de parenté et d'autres liens sociaux pour la planification COMBI ne doit pas être sous-estimée, que ce soit comme moyen de reconnaître les facteurs de risque définis en termes d'épidémiologie ou comme ressources pour la mobilisation sociale par la communication interpersonnelle. Une fois démêlés les liens de parenté et précisés les rôles et les attentes, les planificateurs COMBI disposeront d'informations pratiques utiles pour des questions aussi diverses que la prévision des mouvements de population en cas de flambée, les obstacles à l'adoption de certains comportements protecteurs et les ressources et les possibilités qui s'offrent pour des stratégies de mobilisation sociale culturellement appropriées et adaptables, destinées à combattre les flambées.

Concepts du marketing, et théories et modèles comportementaux

Documents interorganisations sur les interventions comportementales

Les deux documents suivants sont des exemples de priorités mondiales en matière de lutte et de prévention au moyen d'interventions comportementales. Ces documents proposent des conseils techniques aux personnes qui élaborent les stratégies, les messages et les matériels de communication et ils énoncent des principes importants pour des activités de communication propres à réduire la transmission et les effets de la maladie.

Grippe A (H1N1) :

Interventions comportementales visant à réduire la transmission et à atténuer les conséquences du virus grippal A (H1N1) : cadre pour des stratégies de communication. OMS/UNICEF, 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/framework_20090626_fr.pdf

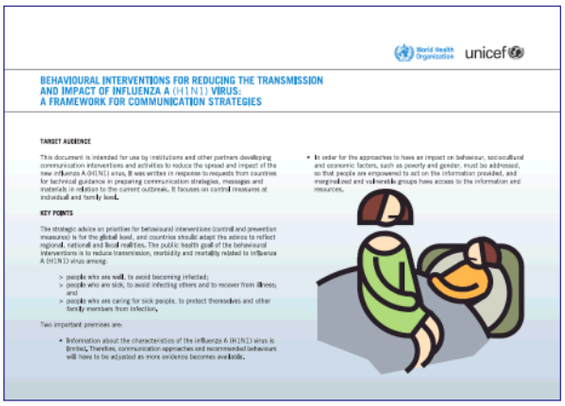


Table des matières :

- Il est important de communiquer sur le nouveau virus grippal A (H1N1) et de permettre aux gens d'adopter des pratiques de nature à réduire les risques
- Principes directeurs pour la communication au sujet du nouveau virus grippal A (H1N1)
- Liste de contrôle pour la planification et la mise en œuvre d'une communication stratégique
- Objectifs prioritaires en matière de comportement dans un pays où il y a des cas d'infection par le virus grippal A (H1N1)
- Objectifs prioritaires pour la prise en charge à domicile de la grippe à virus A (H1N1)
- Séquences de la planification de la communication

Grippe aviaire :

Summary and recommendations from the WHO/FAO/UNICEF ad hoc meeting on behavioural interventions for avian influenza risk reduction, Genève, 2006 http://www.who.int/csr/disease/av ian_influenza/adhocsummaryreport.pdf.



Table des matières :

- Généralités
- Méthode
- Interventions comportementales essentielles destinées à réduire la transmission du virus (H5N1) chez les animaux et de l'animal à l'homme
- Comportements prioritaires
- Résultats et indicateurs proposés

Concepts et techniques du marketing[15]

La méthode COMBI emprunte de nombreux éléments des techniques du marketing du secteur privé ainsi que des modèles comportementaux théoriques établis utilisés en santé publique et fondés sur des décennies de recherches ; elle s'en inspire et les intègre. Elle ne se limite cependant pas aux concepts théoriques et au jargon du marketing mais a été conçue comme une méthode pragmatique simplifiée intégrée, destinée à agir sur les comportements en matière de santé, souvent dans des circonstances difficiles. COMBI prouve et démontre au personnel technique et médical que la communication ne peut être plus efficace que si les interventions et les éléments programmatiques essentiels sont en place. Les concepts classiques du marketing et les concepts comportementaux psychosociaux ne sont pas suffisants en soi, surtout en cas de flambée épidémique. Contrairement au marketing dans le secteur privé, les interventions de santé publique et de développement social dans le cadre d'une flambée visent rarement à vendre un produit ou un comportement particulier et elles peuvent même proposer l'adoption d'un comportement perçu comme allant à l'encontre de l'intérêt d'une personne ou d'une communauté. La présente section du manuel traite brièvement de l'ancrage théorique de COMBI dans le marketing et la psychologie sociale. Il s'agit non pas d'un inventaire exhaustif mais d'un apercu utile des fondements de la méthode COMBI.

Les approches du marketing peuvent fournir des enseignements applicables à l'impact comportemental dans des scénarios de flambées épidémiques. Le marketing part essentiellement du principe que les êtres humains cherchent en permanence à s'améliorer et ne cessent donc de peser les "avantages" ou la "valeur" d'un service ou d'un produit donné par rapport à son "coût". C'est ce qui s'appelle la "théorie de l'échange". Les mercaticiens cherchent à déterminer ce dont les consommateurs ont besoin et ils créent ensuite des situations où l'analyse coût/avantage penche en faveur de l'achat d'un produit ou de l'adoption d'un comportement. Le coût peut inclure des immobilisations corporelles, comme de l'argent, et des immobilisations incorporelles, comme du temps.

L'évaluation de l'analyse coût/avantage faite par une personne n'est jamais neutre. Chacun de nous évalue une situation sur la base de ce qui lui importe le plus à un moment et en un lieu donnés. En santé publique, on pense souvent à tort que les bienfaits pour la santé publique en général (nationale ou communautaire) seront perçus comme des bienfaits par les personnes à qui l'on demande de changer. Le tabagisme, le refus de la vaccination ou des relations sexuelles non protégées relèvent de décisions personnelles : les gens ont évalué leur situation et pris une décision conforme à leur propre intérêt. Ils ont décidé que cela ne méritait pas qu'ils changent leur comportement : ils aiment fumer ; ils ne supportent pas les préservatifs. Le petit risque de tomber malade vaut l'inconvénient de se rendre au dispensaire.

Les mercaticiens cherchent à comprendre ce calcul d'une simplicité trompeuse :

- en se familiarisant avec le public pour comprendre son comportement et les avantages et les coûts associés à un échange particulier ;
- en ajustant les produits, les prix et les lieux pour optimiser les avantages reconnus comme importants pour le consommateur et réduire les coûts au maximum ; et
- en encourageant l'échange en soulignant les avantages et en expliquant comment réduire les coûts au maximum.

Qu'il s'agisse de vendre des chaussures, du shampoing ou un logement, les concepts de base sont les mêmes. Le public ou le client doit penser que l'échange encouragé est préférable aux autres solutions, y compris la plus difficile : ne rien faire.[16] Les objectifs de la santé publique ne sont peut-être pas aussi simples qu'une augmentation des ventes de shampoing ; tout un éventail de changements comportementaux sont en fait indispensables pour réduire la mortalité ou même pour amener quelqu'un à venir se faire vacciner au dispensaire. Le

15 Un grand nombre des idées présentées dans cette section sont expliquées plus en détail dans : Siegel M, Lotenberg LD (2007). Marketing public health : strategies to promote social change. Sudbury, Ontario, Jones and Bartlett.

16 Kotler P, Andreasen A (1996). Strategic marketing for nonprofit organizations, 5th Ed. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall.

changement vise souvent un effet dû à une action collective, qui ne peut pas être imputée à une personne à titre individuel. Le comportement requis pourra être impopulaire ou perçu comme ayant des effets négatifs sur la vie des personnes que les campagnes cherchent à atteindre.

Les mercaticiens savent qu'il ne suffit pas de parler d'une chose aux gens, d'augmenter leur savoir ni même de modifier leur attitude pour influer sur leurs actions. Mais dès lors que la "concurrence" et l'autre comportement possible sont connus, il est possible de trouver des stratégies plus efficaces, plus ciblées et plus réalistes. Inonder les gens d'informations sur la manière de se protéger contre le virus de l'immunodéficience humaine, par exemple, serait du même ordre qu'apprendre à plonger à quelqu'un qui a peur de l'eau. Des recherches sont nécessaires pour inscrire le comportement dans un contexte qui réduit les peurs individuelles, la désinformation et les motivations personnelles. La décision de changer de comportement est un processus et les recherches sur les valeurs, les motivations et la concurrence peuvent aider à comprendre comment influer au mieux sur les comportements.

Malgré ces difficultés, les principes fondamentaux du marketing, à savoir la concurrence, l'échange et la segmentation du public ; les quatre C de la communication intégrée du marketing (consommateur, coût, commodité et communication) ; la psychologie comportementale ; l'anthropologie ; et la théorie médiatique peuvent accroître l'efficacité des interventions de communication dans le domaine de la santé pour promouvoir l'adaptation comportementale et renforcer les pratiques existantes dans les programmes de santé publique.

Modèles comportementaux et interventions liées à la santé

De nombreux modèles comportementaux peuvent aider à comprendre et à améliorer la manière dont le comportement humain peut être influencé. Certains modèles ciblent les communautés, comme la théorie du changement organisationnel et la théorie de la diffusion de l'innovation. D'autres portent sur les relations interpersonnelles et la manière dont les réseaux sociaux peuvent affecter l'action. Les modèles écologiques traitent de l'interaction constante entre l'environnement, l'individu et le comportement. Les théories relatives aux effets des médias concernent l'impact des médias sur notre mode de pensée et de comportement. La plupart des théories n'existent pas isolément mais elles sont en fait influencées par des éléments d'autres théories, et les intègrent, pour donner des perspectives ou des applications nouvelles ou actualisées. Aucune théorie ne peut être considérée comme la meilleure ou la plus efficace car elles sont souvent utilisées conjointement, selon le comportement souhaité et le contexte.[17] Dans le meilleur des cas, les modèles comportementaux servent de guides pour envisager et prévoir les comportements et de cadre pour concevoir une campagne. Comme pour certains autres modèles, COMBI élabore des modèles pratiques et applicables à partir de plusieurs théories parfois compliquées pour travailler sur les effets comportementaux dans le domaine de la santé et du développement social.

Les quatre théories les plus couramment employées et les plus applicables sont expliquées en détail, et les autres modèles faisant autorité sur lesquels repose la méthode COMBI sont brièvement résumés. Glantz et al. (cités par Redding et al.[18]) ont observé en 1997 que les modèles les plus utilisés pour modifier les comportements en santé étaient le modèle des "croyances relatives à la santé", la "théorie de l'action raisonnée ou du comportment planifié", la "théorie sociale cognitive" et le "modèle transthéorique".

Le modèle des "croyances relatives à la santé", initialement décrit dans les années 1950, est l'un des modèles les plus anciens et les plus répandus utilisés pour expliquer les comporte-

17 Paek H et al. (2008). Applying theories of behaviour change to public emergency preparedness : implications for effective health and risk communication. Document présenté à la 94e Convention annuelle de la National Communication Association, San Diego, California, TBA. Disponible à l'adresse http://www.allacademic.com/meta/p259806_index.html (dernière consultation le 16 février 2011).

18 Redding CA et al. (2000). Health behaviour models. International Electronic Journal of Health Education, 3 : 180–193. http://www.iejhe.siu.edu.

ments liés à la santé. Il reposait à l'origine sur des études psychosociales visant à établir pourquoi certaines personnes ne participaient ni au dépistage ni à la vaccination.[19] Le modèle prévoit pour l'essentiel que les gens ne passent à l'action que sur la base des éléments suivants :

- vulnérabilité perçue : ils se perçoivent comme vulnérables face à la maladie ;
- gravité perçue : ils perçoivent que les conséquences médicales, cliniques ou sociales seront graves ;
- efficacité perçue : ils perçoivent qu'il existe une ligne de conduite qui réduira leur vulnérabilité ou la gravité de la maladie ;
- coût perçu : ils perçoivent que les avantages l'emportent sur les obstacles.

La notion d'auto-efficacité a été ajoutée depuis à ce concept théorique. L'auto-efficacité est une notion fondamentale d'un grand nombre des modèles théoriques examinés ici. D'abord introduit par le psychologue canadien Albert Bandura,[20] le sentiment d'auto-efficacité est essentiellement la confiance qu'a une personne dans sa capacité à s'acquitter d'une certaine action.[21, 22] L'auto-efficacité et les quatre perceptions du modèle des croyances relatives à la santé déterminent la probabilité de voir une personne s'acquitter de l'action souhaitée.

« Les signaux déclencheurs » sont des activités, des événements ou des stratégies qui peuvent encourager le comportement donné. Ce sont essentiellement des facteurs de motivation. Lorsque les perceptions de vulnérabilité et de gravité sont fortes, les signaux incitant à passer à l'action n'ont pas besoin d'être très marqués ; lorsque les perceptions sont faibles, en revanche, les signaux encourageant le passage à l'action devront être plus intensifs.

Dans la pratique, chacun des quatre principaux concepts du modèle des croyances relatives à la santé peut être utilisé pour concevoir des campagnes. La détermination des perceptions des gens, par exemple, aide à indiquer où l'accent doit être mis, et les conséquences graves de l'inaction et l'efficacité et la facilité d'une action proposée peuvent servir de base à une campagne. Les stratégies destinées à améliorer l'auto-efficacité et la conception de signaux déclencheurs pour encourager les gens à ajuster leur comportement sont des approches utiles des croyances relatives à la santé. Ce modèle étant considéré comme reposant sur une théorie cognitive, cependant, il lui a été reproché de ne pas tenir compte de l'influence des émotions, et notamment de la peur.[23]

Les approches COMBI incluent les concepts de vulnérabilité du modèle des croyances relatives à la santé pour formuler des objectifs comportementaux forts. Le fait de savoir ce que les gens pensent et ressentent au sujet d'une action particulière est un élément central de la pratique COMBI.

La "**théorie de l'action raisonnée**" et son prolongement, la "**théorie du comportement planifié**", sont utilisées pour expliquer pourquoi les gens, même s'ils jugent un comportement important, se conforment aux attentes sociales et à ce que leurs proches considèrent comme acceptable. Selon la théorie de l'action raisonnée, l'attitude d'une personne (ses croyances et ses valeurs concernant l'effet d'un certain comportement) et ses normes subjectives (ce qu'elle croit

19 Hochbaum GM (1958). Public participation in medical screening programs : a sociopsychological study (Public Health Service Publication No. 572). Washington DC, United States Government Printing Office.

20 Bandura A (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behaviour change. Psychological Review, 84:191–215.

21 Redding CA et al. (2000). Health behaviour models. International Electronic Journal of Health Education, 3:180–193. http://www.iejhe.siu.edu.

22 Janz NK, Champion VL, Strecher VJ (2002). The health belief model. In Glantz K, Rimer BK, Lewis FM, eds, Health behaviour and health education : theory, research and practice. San Francisco, Jossey-Bass.; (2008).

23 Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (2008). Health behaviour and health education : theory, research, and practice, 4th Ed. San Francisco, John Wiley & Sons Inc.

24 Paek H et al. (2008). Applying theories of behaviour change to public emergency preparedness : implications for effective health and risk communication. Document présenté à la 94e Convention annuelle de la National Communication Association, San Diego, California, TBA. Disponible à l'adresse http://www.allacademic.com/meta/p259806_index.html (dernière consultation le 16 février 2011).

que ses proches pensent du comportement) peuvent annoncer les résultats comportementaux.[24] Ainsi, l'intention d'adopter un comportement donne un signe indicateur fort quant à son éventuelle adoption. La théorie du comportement planifié a modifié le modèle de l'action raisonnée en ajoutant l'idée d'auto-efficacité au concept du contrôle comportemental perçu, à savoir le sentiment qu'ont les gens de leur capacité d'adopter le comportement. La probabilité de voir les gens adopter un comportement recommandé dépend donc de savoir s'ils sont convaincus qu'il préviendra les risques et s'ils se sentent capables de l'adopter, et de la mesure dans laquelle les avantages sont perçus comme l'emportant sur le coût.

Dans la mesure où la plupart des recherches utilisant la théorie de l'action raisonnée portent sur la prévision de l'intention liée à un comportement et non sur le comportement proprement dit, d'aucuns ont soutenu que son utilité était limitée, notamment parce que la corrélation théorique entre intention et comportement a été décrite comme n'étant "pas impressionnante'.[25]

Les praticiens de la méthode COMBI doivent tenir compte des attitudes et des normes subjectives ou de l'influence des personnes les plus importantes, quel que soit le contexte, qu'il s'agisse de guides d'opinion, des membres de la famille ou de collègues. Chaque étude de marché aidera à révéler les attitudes, les croyances et les valeurs existantes et à guider la conception d'une intervention comportementale plus efficace. L'intention d'adopter un comportement n'est qu'un premier pas : amener les gens à passer de l'intention à l'action est un obstacle difficile à franchir.

La théorie sociale cognitive est issue de la théorie de l'apprentissage social,[24] selon laquelle les gens retirent un enseignement non seulement de leur propre expérience mais aussi de l'observation des actions d'autrui. Selon la théorie sociale cognitive, le comportement est déterminé par les interactions entre le comportement, l'individu et l'environnement.[25] Elle privilégie les facteurs cognitifs : ce que les gens pensent du comportement. Le comportement est dynamique car il est influencé par des interactions simultanées entre l'environnement (facteurs externes comme la famille et les amis, et l'environnement physique) et la situation (la perception qu'ont les gens de leur environnement). Cette relation triadique, comportement-personne-environnement, est appelée "déterminisme réciproque", ce qui signifie que tout changement touchant un facteur affectera les deux autres ainsi que la manière dont un comportement donné est perçu. "Le comportement n'est pas simplement un produit de l'environnement et de la personne, et l'environnement n'est pas simplement un produit de la personne et du comportement".[28] Le Tableau 14 donne la liste des concepts de la théorie sociale cognitive.[12]

Albert Bandura, père de la théorie sociale cognitive, a mis l'accent sur les processus de la pensée humaine dans ses travaux. Les gens considèrent leurs capacités en termes de caractéristiques personnelles, éveil émotionnel et réactions émotionnelles face aux obstacles, aptitude comportementale, auto-efficacité, expectation, attentes de résultats, autorégulation, apprentissage par l'observation et l'expérience et renforcement. Les perceptions qu'a une personne de l'environnement, appelées "situations", peuvent soit faciliter soit empêcher le comportement. Les chances de voir une personne modifier son comportement, selon la théorie sociale cognitive, dépendent de l'auto-efficacité, des buts et des résultats attendus. Les personnes qui s'estiment douées d'auto-efficacité peuvent modifier leur comportement et surmonter les obstacles ; sans cela, elles sont privées de la motivation et de la foi requises pour surmonter la difficulté de modifier leur comportement. Pour Bandura, l'auto-efficacité est l'aspect le plus important de la théorie sociale cognitive. Son hypothèse relative à l'auto-efficacité occupe une place majeure et elle a été intégrée sous une forme ou sous

25 Redding CA et al. (2000). Health behaviour models. International Electronic Journal of Health Education, 3 :180–193. http://www.iejhe.siu.edu.

26 Miller, N. E., & Dollard, J. (1941). Social Learning and Imitation. New Haven : Yale University Press.

27 Bandura A (1986). Social foundations of thought and action : a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.

28 Rimer BK, Glanz K (2005). Theory at a glance : a guide for health promotion practice, 2nd Ed., Washington DC, National Cancer Institute, National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services.

une autre dans la plupart des modèles et des concepts théoriques ultérieurs.

Au nombre des autres concepts importants figurent « l'apprentissage par l'observation », modélisation des effets positifs d'un comportement sain au moyen de modèles de rôles crédibles ; le fait de permettre l'aptitude comportementale en s'assurant que le savoir et les compétences nécessaires pour adopter un comportement ont été communiqués ; le renforcement du comportement, le but ultime étant l'auto-renforcement ; les expectations, résultats qu'une personne attend du comportement ; et les attentes de résultats ou incitations, valeurs qu'une personne accorde à des résultats donnés.

Un reproche fait à la théorie sociale cognitive tient au fait qu'elle part du principe qu'un changement de situation et d'environnement modifiera le comportement, alors que de nombreux exemples montrent que le comportement n'a pas changé simplement parce que l'environnement avait changé. D'autres ont évoqué l'influence de l'émotion, qui peut être déterminée par la biologie et l'évolution. Ce que l'on fait sous l'effet de la colère ou l'emprise de la jalousie, par exemple, n'est pas nécessairement compatible avec son comportement normal.

Dans le cas de COMBI, la théorie sociale cognitive présente de nombreux atouts. L'importance et l'influence de l'environnement, la situation personnelle et l'attitude d'une personne vis-à-vis d'un comportement donné sont essentielles pour la méthode COMBI. L'auto-efficacité, contribution de Bandura, est un détail important dans notre travail. L'application de cette théorie pourrait pratiquement signifier que les stratégies comportementales devraient ajuster l'environnement d'une personne pour soutenir le comportement, et envisager, par exemple, de modifier le produit, le point de distribution et le prix. Il pourra aussi être utile d'adopter d'autres stratégies, et de veiller, par exemple, à ce qu'il existe des possibilités appropriées d'apprentissage par l'observation et de modélisation du comportement approprié dans la communauté, tout en effectuant de légers changements possibles pour accroître progressivement l'auto-efficacité. (Voir également la section sur le marketing).

Tableau 14. Concepts de la théorie sociale cognitive

Concepts	Description
Environnement	Facteurs extérieurs à la personne
Situation	Perception propre de l'environnement
Aptitude comportementale	Savoir et compétences propres pour adopter un comportement
Expectations	Anticipation propre des effets d'un comportement
Attentes de résultats	Évaluation positive ou négative des effets attendus
Maîtrise de soi	Régulation de son propre comportement
Renforcements	Réactions au comportement d'une personne qui influent sur la probabilité que le comportement se reproduise
Apprentissage par l'observation	Adoption d'un nouveau comportement en le regardant chez une tierce personne et en observant les résultats
Auto-efficacité	Confiance dans sa propre capacité à adopter le comportement
Réactions émotionnelles face aux obstacles	Stratégies de riposte utilisées pour surmonter des pensées, des événements ou des expériences émotionnellement difficiles
Déterminisme réciproque	Interaction dynamique entre la personne, le comportement et son environnement

Le “modèle transthéorique des stades du changement” a d’abord été décrit en 1977 par James Prochaska et ses collègues. Il s’appuie sur l’idée que le changement s’opère par stades successifs et que les stratégies qui visent à modifier le comportement doivent être conçues de façon à coïncider avec le stade où il est établi que la personne se trouve. Les praticiens de la méthode COMBI doivent être familiarisés avec ce modèle basé sur les stades, dont certains concepts ressemblent au modèle HIC-DARM. Le grand principe sur lequel repose le modèle transthéorique, à savoir que le comportement n’est pas influencé d’un seul coup mais progressivement, constitue un cadre utile pour l’examen du changement comportemental. Les gens ne passent pas nécessairement par les stades du modèle transthéorique dans l’ordre, mais ils peuvent atteindre un stade et en sortir à tout moment, répétant souvent différentes étapes avant d’enregistrer de nouveaux progrès sur la voie d’ajustements plus pérennes de leur comportement.

Ainsi que son nom l’indique, le modèle transthéorique intègre de nombreuses théories et de nombreux principes de la psychologie sociale et du changement comportemental, y compris la théorie sociale cognitive (changements), la théorie de l’action raisonnée (avantages et coûts) et le modèle des croyances relatives à la santé (avantages et obstacles), tout en adoptant le concept d’auto-efficacité de Bandura et des éléments de la théorie des effets des médias. Le modèle transthéorique aborde le changement comportemental sous la forme de quatre concepts différents mais complémentaires : stades du changement, processus du changement, équilibre des décisions et auto-efficacité.

Les “stades du changement” sont ceux par lesquels passent les gens lorsqu’ils s’emploient à modifier durablement leur comportement. Ils sont en général représentés sous la forme d’une spirale qui illustre comment les gens, même s’ils reviennent en arrière, accumulent des informations et des compétences qui faciliteront leur progression. Les stades du changement sont les suivants :

- pré-contemplation : aucune intention de passer à l’action au cours des 6 prochains mois ;
- contemplation : intention de passer à l’action au cours des 6 prochains mois ;
- préparation : intention de passer à l’action au cours des 30 prochains jours et mesures prises dans cette direction ;
- action : changement de comportement manifeste depuis moins de 6 mois ; et
- maintien : changement de comportement manifeste depuis plus de 6 mois.

Les ‘processus du changement’ sont les stratégies et les techniques cognitives, émotionnelles, comportementales et interpersonnelles qu’utilisent les gens et les ‘agents du changement’ (thérapeutes, conseillers) pour modifier le comportement problématique. Ces processus sont les suivants :

- conscientisation : apprendre des faits, des idées et des procédés nouveaux pour favoriser un changement de comportement sain ;
- soulagement émotionnel : ressentir des émotions négatives (peur, anxiété, inquiétude) qui accompagnent les risques liés à un comportement malsain ;
- auto-réévaluation : comprendre que le changement de comportement est un élément important de sa propre identité ;
- réévaluation de l’environnement : prendre conscience des effets négatifs du comportement malsain ou des effets positifs du comportement sain sur l’environnement social et physique immédiat ;
- auto-libération : prendre l’engagement de changer ;
- relations aidantes : solliciter et utiliser un appui social pour adopter un comportement sain ;
- contre-conditionnement : substituer à un comportement malsain des solutions et un savoir autres ;
- gestion des renforçateurs : accroître les récompenses pour un changement de comportement positif et réduire les récompenses pour un comportement malsain ;
- contrôle des stimuli : supprimer les rappels et les signaux incitant à adopter un comportement malsain et ajouter

des signaux encourageant à adopter un comportement sain ; et

- libération sociale : prendre conscience que les normes sociales évoluent et favorisent l'adoption d'un comportement sain.

L'"équilibre décisionnel", avantages et inconvénients d'un changement de comportement, est simplement la composante décisionnelle du modèle transthéorique assortie des raisons de changer ou de ne pas changer. En pesant le pour (avantages du changement) et le contre (arguments contraires), les gens peuvent décider de passer d'un stade du changement à un autre ou non.

L'"auto-efficacité" est liée à la foi qu'ont les gens dans leur capacité d'accomplir une tâche ou d'adopter un comportement de manière efficace. Avec des incitations et des compétences adéquates, l'auto-efficacité peut être accrue, passage de la tentation d'adopter un comportement malsain dans des situations difficiles à la confiance dans sa capacité d'adopter un comportement sain dans des situations difficiles.

L'équilibre décisionnel est le mécanisme par lequel les gens décident que les avantages associés à un certain comportement l'emportent sur les inconvénients. La confiance en soi ou l'auto-efficacité grâce à laquelle ils se sentent capables d'adopter le comportement triomphera des tentations perçues dans leur environnement. C'est alors qu'ils abordent le processus du changement.

La méthode COMBI a adopté un grand nombre des principes du modèle transthéorique. La notion de HIC-DARM, de segmentation du public, et un grand nombre des outils utilisés dans la rapide étude de marché ressemblent au modèle transthéorique, produisant des interventions focalisées réalistes, adaptées aux populations cibles et à leur situation culturelle, environnementale et économique individuelle.

Diffusion de l'innovation : La théorie classique de la diffusion de l'innovation divise une population en cinq catégories basées sur leur taux d'adoption : novateurs, adoption précoce, majorité précoce, majorité tardive et traînards. L'innovation est considérée comme une idée, une pratique ou un objet qui est perçu comme une nouveauté par une personne, une organisation ou une communauté. La « diffusion » est considérée comme le processus de la communication d'une innovation au fil du temps, au moyen de certains canaux, entre les membres d'un système social.[29] La théorie de la diffusion de l'innovation peut alors être utilisée pour déterminer ce qui se passe lorsqu'une "solution" comportementale (innovation) est présentée aux membres d'un système social au fil du temps, par certains canaux.

Modèle de l'adoption d'une précaution : Ce modèle comporte sept étapes à parcourir entre le stade de la méconnaissance et celui de l'adoption et du maintien d'un comportement. Le modèle repose sur l'importance de la prise de conscience par les gens et de leur participation active ultérieure à une question et une action. Bien que semblable à certains égards au modèle transthéorique, il s'en écarte en ceci qu'il propose que chaque personne passe par tous les stades.

> "Au premier stade du modèle de l'adoption d'une précaution, la personne peut être totalement ignorante d'un risque. La personne peut ensuite prendre conscience du problème, sans se sentir concernée (stade 2). Puis la personne est confrontée à la nécessité de décider de son action (stade 3) ; elle peut décider de ne pas agir (stade 4), ou elle peut décider d'agir (stade 5). Suivent les stades de l'action (stade 6) et du maintien (stade 7)."[30]

Le modèle de l'adoption d'une précaution peut être particulièrement utile lorsqu'il s'agit de faire face à des risques sanitaires nouveaux ou émergents et de décider d'adopter un comportement de prévention nouvellement découvert.[31]

Effets des médias : La théorie des effets des médias, outre l'influence potentielle des

29 Rogers EM (1995). Diffusions of innovations, 4th ed. New York, Free Press.

30 Rimer BK, Glanz K (2005). Theory at a glance : a guide for health promotion practice, 2nd Ed., Washington DC, National Cancer Institute, National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services.

31 Weinstein ND (1988). The precaution adoption process. Health Psychology, 7 :355–386.

médias sur le savoir et les attitudes des gens, porte également sur l'influence que les gens peuvent exercer sur les médias. Dans la mesure où les usagers des médias sont en quête d'informations, leurs propres intérêts peuvent en façonner le contenu. Les tenants de la théorie des effets des médias étudient les facteurs dont dépend la probabilité de l'exposition d'une personne à un message et les effets d'une exposition accrue (ou réduite) sur le public. L'exposition aux médias peut affecter les gens de plusieurs manières : apprentissage immédiat (les gens retirent un enseignement direct du message), apprentissage différé (l'impact du message n'est traité que quelque temps après sa transmission), apprentissage généralisé (en plus du message proprement dit, les gens sont convaincus des concepts liés au message), diffusion sociale (les messages stimulent le débat entre groupes sociaux, influant par là sur les croyances) et diffusion institutionnelle (les messages suscitent une réponse des institutions publiques qui renforce l'effet du message sur le public cible) (Freimuth et al. cités par Rimer et Glanz).

Études de cas

Application de la méthode COMBI à la lutte contre la fièvre hémorragique à virus Ebola à Yambio, Sud-Soudan

Introduction

Il a fallu du temps pour déterminer comment un habitant d'une zone urbaine a été infecté par le virus Ebola au Sud-Soudan en avril 2004. Sous l'effet de la guerre civile et de la densité relativement élevée de la population, le gibier aux environs de Yambio était moins abondant. Un peu après la fin de la flambée, Armin Prinz,[32] anthropologue médical, a pu confirmer qu'un technicien radio de 23 ans, parti chasser avec un fusil de sa fabrication le long de la frontière entre la République démocratique du Congo et le Soudan, avait abattu deux babouins. Comme le veut la coutume chez les Zandés, il a probablement consommé de la viande crue ou tout juste grillée. Deux semaines plus tard, il était fébrile, puis une éruption cutanée est apparue, accompagnée de vomissements et de selles sanglantes. Hospitalisé, il a finalement été renvoyé chez lui, où il est mort. Son père, qui avait lavé son corps, a développé les mêmes symptômes et est décédé. Sa mère, sa sœur et son oncle sont également tombés malades. La mère et la sœur se sont rétablies mais l'oncle est mort. Les membres du personnel hospitalier qui s'étaient occupés de ce premier patient, ignorant qu'il était hautement infectieux, ont également été infectés par le virus et ils ont à leur tour contaminé leur famille.

Ebola est un virus hautement infectieux qui se transmet rapidement par contact direct avec du sang, des sécrétions, des organes et d'autres liquides corporels des personnes infectées. Si le comportement requis pour interrompre la propagation du virus est simple, il a un coût social et culturel élevé. Les pratiques sociales normales qui unissent les familles et les communautés, comme les soins aux malades et l'enterrement des morts, sont devenues les modes de transmission de la maladie les plus efficaces.

Il n'existe encore ni traitement ni vaccin spécifique et les mesures de santé publique sont un isolement strict, avec des soins en isolement des personnes infectées, et une surveillance active qui consiste à rechercher les personnes pouvant avoir été en contact avec une personne infectée et à leur rendre visite chaque jour pendant la période d'incubation du virus (21 jours) pour voir si elles présentent des symptômes et, le cas échéant, les isoler et dispenser des soins palliatifs. Des interventions de mobilisation sociale et de communication sont nécessaires pour informer les communautés touchées sur la nature de la maladie et les mesures d'endiguement de la flambée, et ce qu'elles peuvent faire pour se protéger et protéger leur famille et leur communauté. Il est important de les convaincre de prendre les mesures appropriées.

Riposte aux flambées épidémiques



Le Sud-Soudan a connu des épidémies et des flambées de nombreuses maladies plus ou moins courantes. Lorsque des rumeurs ont commencé de circuler au sujet de la propagation d'une mystérieuse infection dans une communauté du sud du pays et, quelques jours après, de membres du personnel hospitalier tombant malades, le système OMS d'alerte précoce et d'intervention rapide a été déclenché pour détecter, confirmer et combattre les flambées suspectées dans les 24 - 48 heures. Des recherches ont été faites et des activités de riposte déployées.

32 Prinz A. Contributions to visual anthropology : ethnomedical background of the Ebola epidemic 2004 in Yambio, South Sudan. Presented at The Society for Applied Anthropology, 66th Annual Meeting, March 28 – April 2, 2006, Vancouver.

Le Commissaire du district a rapidement mis en place un comité de gestion de crise qu'il a chargé de diriger la riposte, avec l'aide de quatre sous-comités techniques : pour la prise en charge des cas, la surveillance, la mobilisation sociale, et la logistique et la sécurité. Le comité de gestion de crise incluait les chefs des départements des contés, de la santé et de l'éducation, par exemple, les chefs religieux et les responsables des pouvoirs publics locaux et les représentants des organisations (OMS, UNICEF, Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique et MSF).

Le sous-comité de la mobilisation sociale a coordonné le travail de 21 enseignants, pasteurs et bénévoles qui avaient déjà participé à la mobilisation communautaire pour des campagnes de lutte contre la poliomyélite et la rougeole. Ils disposaient d'un véhicule équipé d'un système de haut-parleurs leur permettant de s'adresser publiquement aux communautés locales, mais il leur était difficile de répondre aux questions des membres des communautés et se heurtaient parfois à leur hostilité. Des affiches avaient été distribuées aux centres de santé et des lettres et des documents d'information avaient été addressés à tous les responsables religieux et publics, sollicitant leur appui. De réels problèmes se posaient cependant, soulignant qu'une flambée est un phénomène dynamique, qui nécessite une écoute constante et l'adaptation permanente des activités et des messages en réponse aux préoccupations de la communauté.

Rapide étude de marché

Des activités de mobilisation sociale avaient été mises sur pied dès le début et, en juin 2004, un appui extérieur a été apporté au comité local par l'intermédiaire du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie. La première étape a consisté à écouter les gens dire ce qu'ils pensaient, ce qu'ils ressentaient et ce qu'ils comprenaient de la flambée d'Ebola et des activités de lutte, et ce qu'ils faisaient et ne faisaient pas (et surtout pourquoi) pour se protéger pendant cette crise.

Des entretiens rapides avec des informateurs clés et des discussions de groupe ont été organisés avec les agents de la mobilisation sociale, les personnels de santé et d'autres membres des équipes de riposte, comme des responsables de la surveillance et des personnes sur les marchés et dans les églises. Simultanément, des informations ont été recueillies sur la vie quotidienne des gens – ce qu'ils faisaient et avec qui ils étaient en contact – afin de choisir les lieux et les canaux de communication appropriés et les sources d'information crédibles, faisant autorité et dignes de confiance, qui seraient les mieux à même de transmettre les messages et de promouvoir l'action collective. Des recherches fondées sur l'observation ont été faites pour savoir comment les personnes chargées de la mobilisation sociale s'acquittaient de leurs activités et quel soutien pouvait leur être apporté.

La réaction des autorités locales et les activités de l'équipe de mobilisation sociale ont permis une forte sensibilisation à la flambée. Les efforts déployés pour convaincre les gens et les persuader de prendre les précautions nécessaires se sont toutefois heurtés à un certain nombre d'obstacles. En premier lieu, vu l'absence d'infrastructure communicationnelle, radio, journaux et téléphone, notamment, il a été extrêmement difficile de faire passer l'information. Les gens, en deuxième lieu, n'étaient pas convaincus de la responsabilité du virus Ebola, car cette flambée touchait moins de monde que les précédentes. En troisième lieu, les gens redoutaient l'unité d'isolement, et ils dissimulaient leurs malades aux équipes de surveillance, refusant que les membres de leur famille meurent seuls et soient privés d'un enterrement convenable. Enfin, des rumeurs circulaient selon lesquelles ils ne pouvaient pas voir leurs parents défunts en raison des échantillons de sang et de peau qui étaient prélevés sur eux et vendus. Certaines familles, cependant, se sont imposé de ne pas quitter leur domicile entre 17 heures et 7 heures, ce qui leur a énormément "coûté", croyant à tort que cela les protégerait de la maladie.

Les comportements clés

L'une des priorités était de définir au maximum trois formes de comportement préventif de nature à protéger les gens et leur famille. Il était relativement aisé de dresser une longue liste de pratiques à éviter, mais il était difficile de fixer des priorités et de présenter les comportements comme des actions positives. Il a été convenu des comportements clés suivants au terme de consultations entre les personnels techniques et les personnels chargés de la communication, et

les activités et les messages de la mobilisation sociale ont été élaborés sur cette base.

- Les gens devaient contacter l'équipe de lutte contre Ebola dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes. La propagation pouvait en effet être interrompue rapidement moyennant un dépistage et un diagnostic précoces et un traitement approprié. Les malades étaient en outre encouragés à rester chez eux et à ne pas assister à des rassemblements ou des réunions communautaires.
- Les aidants devaient se protéger et éviter tout contact direct avec les liquides corporels des malades, et les autres membres du foyer, en particulier les enfants, devaient être tenus éloignés des membres de la famille qui étaient malades.
- La tradition qui consiste à dormir près du défunt et à toucher son corps était à proscrire pendant la crise.

Les membres de la communauté ont aussi été encouragés à se laver les mains régulièrement et à veiller à ne consommer que des aliments parfaitement cuits. Il leur a été déconseillé de serrer la main des malades, de partager des ustensiles avec eux et de ramasser des animaux morts dans la forêt.

Une stratégie de mobilisation et de communication intégrée multiforme

Le cadre COMBI de l'OMS a été utilisé comme un outil de planification pour adapter et renforcer les interventions existantes et en concevoir de nouvelles. Les villages susceptibles d'héberger des cas d'Ebola ont été ciblés et d'autres activités ont été conçues pour un public plus large. Le succès de la stratégie dépendait des personnes chargées de la mobilisation sociale : il s'agissait d'une équipe déjà très engagée de pasteurs, d'enseignants et d'agents du développement communautaire qui se déplaçaient pour aller parler tous les jours avec les gens chez eux, sur les marchés et dans les restaurants et les églises. L'objectif était de les aider à mieux dialoguer avec les communautés locales et à encourager les gens à réfléchir à la manière dont le comportement recommandé (individuel et collectif) pourrait endiguer la propagation d'Ebola et mettre fin à la flambée. Ils ont été assurés que, sans leurs efforts, la crise pourrait se prolonger. L'impact de l'équipe de mobilisation sociale a été accru lorsque des survivants de la flambée d'Ebola se sont joints à elle pour raconter leur expérience aux membres de la communauté.

Les matériels de communication et les messages, sans être le point de départ de la stratégie, ont été choisis et élaborés à certaines fins, sur la base de la rapide étude de marché, et ils ont été associés à d'autres activités. L'effet souhaité n'était pas seulement « l'éducation » ou « la sensibilisation » mais l'action communautaire.

L'ensemble COMBI d'interventions communicationnelles

Sensibilisation du public : mobiliser les décideurs et les structures administratives :

- Le soutien apporté par l'administration du conté aux autorités et aux chefs religieux a été intensifié lorsque le Commissaire leur a demandé de s'employer à mettre fin aux rumeurs inquiétantes.
- Les autorités religieuses ont été priées de rappeler les comportements clés dans leurs sermons habituels pendant la crise et de dire aux fidèles qu'ils seraient informés par les autorités sanitaires dès que la crise serait finie et qu'ils pourraient reprendre les pratiques normales.
- Les agents chargés de la mobilisation sociale ont conçu un tableau de visites dans toutes les églises et ils ont pris la parole devant des assemblées nombreuses, parlant de la flambée, des mesures en cours, de l'importance de rester vigilant et d'agir collectivement, et de la nécessité d'une notification et d'un diagnostic précoces. Ils ont aussi insisté sur le risque particulier que couraient les personnes qui s'occupent de malades.

Mobilisation communautaire :

- Des réunions ont été organisées avec les chefs et les communautés locales, notamment les tradipraticiens, dans les zones où les cas potentiels pouvaient être nombreux. Les gens ont été encouragés à poser des questions, et ces séances ont été animées. Les survivants d'Ebola ont également parlé et répondu aux questions.
- Lorsque cela a été possible, une

mobilisation de maison en maison a été conduite après les réunions. Des matériels d'information ont été donnés aux agents chargés de la mobilisation pour qu'ils les distribuent chaque fois que l'occasion se présenterait, ce qui leur a donné la confiance d'aborder les gens et leur a fourni une raison de les faire participer.

- Les marchés étaient les lieux choisis pour s'adresser au public, distribuer des dépliants et s'entretenir avec les agents chargés de la mobilisation.
- Les enseignants ont été initiés aux mesures de lutte contre Ebola et des affiches pour leur école leur ont été distribuées.

Vente personnelle : mobiliser des réseaux et des porte-parole locaux :

- Les agents de la mobilisation sociale ont été formés aux techniques de communication de base, verbales et non verbales, et ils ont appris à répondre à des questions difficiles et à prendre la parole en public. Auparavant, le microphone restait dans la camionnette de sorte que les membres de la communauté ne pouvaient pas poser de questions ; ensuite, le microphone a été sorti. À un moment, la crédibilité des agents chargés de la mobilisation a été mise en doute parce que, tout en dialoguant avec la communauté, ils faisaient leurs achats ; cette pratique a été interrompue, et ils se sont concentrés sur leur travail. Les agents chargés de la mobilisation ont également été formés par les personnels de santé, auxquels ils pouvaient poser les questions qui ne figuraient pas sur les fiches de questions-réponses qui leur avaient été distribuées mais que leur posaient les membres de la communauté. On leur a aussi fait voir la salle d'isolement (depuis l'extérieur), pour qu'ils en constatent par eux-mêmes la structure et le processus, et puissent rassurer les membres de la communauté.
- Des T-shirts spéciaux leur ont été donnés pour que la population sache qu'ils étaient associés à l'action déployée et qu'ils faisaient partie de l'équipe de lutte contre Ebola. Ceci a accru leur crédibilité auprès des communautés et renforcé leur confiance en soi et leur fierté d'accomplir cette tâche.
- Un dépliant sur les questions de base et les rumeurs en circulation a été produit dans la langue locale et distribué. Un dessin exécuté par un artiste y représentait la salle d'isolement, montrant que la clôture était assez basse pour que les familles puissent voir les patients et leur parler sans les toucher. Il y avait aussi des photographies et les témoignages de personnes qui avaient survécu à Ebola après leur traitement en isolement, et qui recommandaient vivement aux familles de se protéger et aux gens de se protéger les uns les autres pendant la crise.
- L'évêque local a fait œuvre de conseiller auprès des familles qui avaient perdu un grand nombre des leurs, manifestant de l'empathie et laissant les familles exprimer et partager leur chagrin, sans leur poser des questions indiscrètes ni leur demander des échantillons de sang.

Matériels promotionnels et publicité :

- Des banderoles ont été placées dans les marchés locaux, les centres de santé et les églises pour rappeler aux gens l'importance de rester vigilants pendant la crise.
- Les agents chargés de la mobilisation sociale faisaient des annonces le soir, lorsque les gens étaient revenus des champs.
- Tous les matériels étaient de la même couleur pour que les gens les associent aisément au programme de lutte. La couleur choisie était la couleur de l'espoir, annonciatrice d'un événement positif.

Enseignements

L'un des principaux enseignements retirés de la crise qui a touché le Soudan en 2004 est que l'efficacité des stratégies de mobilisation sociale, de communication et de lutte contre les flambées repose sur une écoute de qualité. La communication ne se limite pas à transmettre des messages ; c'est un processus dont un résultat est attendu (l'endiguement de la flambée), qui encourage le dialogue entre tous les acteurs associés à

la riposte contre la flambée, à commencer par les membres touchés de la communauté. Une écoute attentive peut renforcer les relations, instaurer la confiance et accroître la transparence. Le véritable défi, cependant, réside dans la réaction aux informations et aux connaissances acquises du fait de cette écoute et leur transformation en actions appropriées. Une fois la flambée terminée, les autorités locales ont organisé une cérémonie officielle en remerciement des efforts de tous ceux qui avaient pris part à la riposte ; un hommage a été rendu aux personnes disparues et des certificats ont été remis au personnel local pour les remercier de son engagement et de son dévouement.

Application de concepts et d'approches anthropologiques pendant une flambée de fièvre hémorragique Marburg en Angola

Introduction

L'objet de la présente étude de cas est de décrire les difficultés posées par la conception de stratégies de communication efficaces pendant la flambée de fièvre hémorragique Marburg en Angola en 2005. Elle atteste aussi l'importance d'une bonne connaissance des questions socio-culturelles et politiques pour anticiper et prévenir les malentendus, les désaccords et les tensions entre les autorités sanitaires et les communautés.

Malgré les irrégularités relevées par les épidémiologistes de la santé publique dans la cartographie de la flambée de Marburg en Angola, ils sont arrivés à la conclusion que l'épidémie avait commencé en octobre 2004, lorsqu'a été enregistré le premier cas (sur la base des symptômes de certains patients) dans le service de pédiatrie de l'hôpital provincial d'Uige. Un an plus tard (octobre 2005) et 6 mois après la confirmation de la fièvre hémorragique Marburg par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique et l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal), la communauté internationale et les autorités sanitaires locales annonçaient la fin de l'épidémie. Officiellement, la flambée avait fait 429 victimes, dont plus de la moitié étaient des femmes et des enfants de moins de 5 ans.

Comprendre la flambée épidémique : science 'occidentale' et science 'du sud'

Chaque spécialité scientifique a donné sa propre explication de la flambée : l'équipe d'épidémiologistes et l'équipe OMS et MSF Espagne de lutte contre l'infection ont situé la source du virus dans les services de pédiatrie et de chirurgie de l'hôpital provincial d'Uige, où ont été observés les premiers cas. Treize membres du personnel infirmier sont décédés dans cet hôpital, en plus des patients, d'où la panique qui s'est étendue au reste du personnel, qui a abandonné l'hôpital. Le bruit a couru d'une menace invisible décimant toute la population sans exception : bébés, femmes, infirmières, médecins, jeunes et vieux. Les gens étaient infectés à la suite de contacts avec le corps des défunts au cours des rites funéraires décrits ci-après, ou contractaient des infections iatrogènes dans l'hôpital.

Pour les équipes d'intervention, le plus urgent était de désinfecter tout l'hôpital et d'instaurer des mesures de protection pour l'ensemble du personnel afin de réduire les contacts et de prévenir la propagation du virus et des décès supplémentaires.

L'explication locale, qui terrifiait la population et compliquait la mise en place de mesures de lutte, reposait sur une rumeur selon laquelle le directeur de l'hôpital d'Uige avait « acheté » le virus destiné à contaminer l'hôpital à un puissant chef traditionnel de la République démocratique du Congo, et ce, pour aider son frère, représentant du MPLA à l'Assemblée nationale, à se faire reconnaître par le Président de la République et nommer à un poste ministériel dans le prochain Gouvernement angolais. Les gens croyaient que plus vite il accumulerait des victimes du virus, plus grande et brillante serait la notoriété de son frère dans le groupe MPLA à l'Assemblée nationale. L'homme, à l'évidence un bouc émissaire, a dû partir d'urgence à Luanda, terrifié à l'idée d'être assassiné.



Le pouvoir des tradipraticiens

L'hôpital était considéré comme la source de l'infection et de la contamination. Dans la panique qui s'en est suivi, de nombreuses familles ont « subtilisé » des patients et le corps de défunts à l'hôpital pour les cacher chez eux ou dans la brousse environnante. Tout le personnel médical ayant déserté l'hôpital, les membres de la communauté, sous l'emprise de la panique, s'adressaient principalement aux tradipraticiens. Représentant désormais la principale source d'espoir, beaucoup d'entre eux se sont mis à vendre cher, entre 150 et 300 dollars des États-Unis, des « vaccins » et des traitements prophylactiques destinés à prévenir la contamination et à guérir les infections. La rumeur selon laquelle deux infirmières infectées avaient survécu a renforcé la croyance des gens dans l'efficacité, et le coût justifié, de ces remèdes. Une équipe de tradipraticiens a demandé au Gouverneur d'ouvrir un service de médecine traditionnelle dans l'hôpital, pour guérir l'infection et pour combattre les forces surnaturelles.

L'équipe d'intervention a aussi dû faire face à la rivalité entre tradipraticiens et a dû choisir ceux qui étaient effectivement capables d'aider à combattre la flambée. L'équipe d'anthropologues a organisé des visites porte à porte pour rencontrer les principaux tradipraticiens respectés et choisir parmi eux ceux qui étaient bien intentionnés. Quatre groupes ont été décrits :

- ceux qui ne connaissaient pas la fièvre hémorragique Marburg et recouraient à la divination pour trouver les causes du malheur ;
- ceux qui confondaient les manifestations cliniques de la fièvre hémorragique Marburg et celles d'un ou de plusieurs syndromes indigènes, justifiant ainsi leur diagnostic ;
- ceux qui guérissaient ou prévenaient la maladie par une révélation d'inspiration chrétienne ou indigène ; et
- ceux qui tiraient cyniquement profit du malheur d'autrui pour acquérir le plus d'argent et de pouvoir possible.

Évaluation rapide des rites funéraires normaux

Cette évaluation rapide avait pour but de comparer les rites funéraires normaux à ceux qui étaient pratiqués pendant la flambée et de proposer des solutions plus humaines pour prévenir et éviter des traumatismes supplémentaires à la population. Pendant les obsèques, les parents et les amis du même sexe lavent le corps, l'habillent, le maquillent et l'exposent sur un lit ou un matelas jusqu'à la cérémonie funèbre du lendemain. Toute la communauté danse et pleure autour du corps, chantant en souvenir des activités favorites du défunt. Les gens embrassent le défunt, le touchent et le caressent en signe d'adieu. Toutes les femmes, assises autour du corps, le veillent en pleurant. Une foule nombreuse accompagne le cercueil au cimetière en priant et en chantant, une femme du côté maternel de la famille, ou la sœur aînée, assise sur le cercueil pendant tout le trajet.

Les objets que possédait le défunt et qu'il chérissait, avec des étoffes et des draps neufs, sont placés dans la tombe, ou dessus, pour l'accompagner dans son "dernier voyage". Selon la religion, des prières ou des paroles de menace contre les meurtriers sont récitées. Le mort pourra être invité à dénoncer les meurtriers dans les rêves, et un délai peut être fixé indiquant le moment où ceux-ci rejoindront leurs victimes dans la tombe. Après les obsèques, tout le monde retourne à la maison du défunt pour laver la « tache mortelle » dans une bassine d'eau disposée à la porte ou à l'entrée de sa résidence. L'interdiction de ces rituels, comme pendant une épidémie de fièvre hémorragique Marburg, accoît la souffrance des familles, empêchées de faire leur deuil convenablement.

Conflit avec les communautés

Le conflit était dû principalement au fait que les communautés se plaignaient de ne pas

être écoutées et de ne pas être associées à la lutte contre l'épidémie. Fin mars et début avril, MSF Espagne et le corps militaire, occupés à désinfecter l'hôpital, ont retiré de la morgue les corps qui n'avaient pas été réclamés et les ont enterrés dans l'urgence, sans cercueils, dans le cimetière central d'Uige. Les noms sur les tombes ne correspondaient pas aux certificats de naissance officiels des morts.[33] Une erreur grave a en outre été commise, toutes les tombes ayant été marquées d'une croix alors que tous les morts n'étaient pas des chrétiens.

Les communautés avaient le sentiment que les activités étaient menées en secret, et qu'elles n'étaient pas informées du travail des équipes d'intervention, ni des raisons de leurs activités. Ainsi, de nombreux patients avaient été amenés de chez eux dans la salle d'isolement de l'hôpital et, à leur mort, la famille n'a pas été informée de la cause de leur décès ; aucun certificat n'a été remis à la famille, et les corps ont été enterrés conformément aux règles de la sécurité biologique, en l'absence de tout membre des familles. Les corps des personnes décédées chez elles ont été emportés par les membres des équipes techniques qui portaient les vêtements blancs de la sécurité biologique, mis rapidement dans un sac mortuaire et conduits au cimetière. Le blanc, dans la symbolique locale de la culture de l'Afrique centrale et de la culture Bantou en général, est associé aux fantômes ; pour les communautés, c'était donc comme si les patients et les morts étaient emportés par des fantômes.

Les communautés n'étaient pas autorisées à observer intégralement le rite funèbre et à faire leurs adieux aux membres de la famille, et obsèques et rites mortuaires étaient interdits. Les communautés ont également accusé les autorités politiques et administratives de ne pas les faire participer et leur ont reproché leur "silence" sur ce qui se passait, y voyant une complicité avec les "meurtriers". Les communautés se sentaient privées de la protection que devait leur assurer ceux dont c'était la responsabilité.

La mise en place d'un commandement militaire a renforcé la frustration des communautés, qui n'avaient pas le droit de poser des questions et devaient obéir aux autorités et aux ordres des militaires, comme pendant la guerre civile. Une psychologue MSF était là pour assister les familles, mais sa démarche était jugée inadaptée en raison de malentendus culturels concernant la manière de manifester son empathie. De nombreuses rumeurs se sont alors répandues dans les communautés : MSF Espagne, avant de brûler les morts, enlevait leurs organes pour les vendre. Les équipes MSF Espagne avaient vu des enfants porteurs du virus lors de leur campagne de vaccination plusieurs mois auparavant. MSF et le personnel médical tuaient des gens, abandonnant des patients dans l'unité d'isolement où ils mouraient de faim et de solitude. Le personnel médical et MSF Espagne produisaient le virus dans l'unité d'isolement et contaminaient la population. MSF et le personnel médical n'éprouvaient aucune empathie et ne partageaient pas le malheur de la population locale. L'épidémie était la dernière stratégie utilisée pour exterminer la population d'Uige. Selon une autre rumeur terrifiante, les esprits de deux infirmières mortes avaient été aperçus dans la rue et dans des taxis ; elles étaient revenues se venger parce qu'elles avaient été privées des rites mortuaires et de leurs obsèques.

Le 7 avril à 15 heures 30, un employé de l'Epicentre MSF, son chauffeur et son traducteur ont été attaqués à Kima Congo, l'un des districts les plus touchés. La population locale les a menacés et insultés, et leur véhicule a été la cible de jets de pierres. Le même jour, une équipe de l'OMS était aggressée dans un autre district.

Stratégies destinées à instaurer la confiance entre les communautés et les équipes d'intervention

Le 9 avril, les autorités politiques et administratives provinciales, accompagnées par les équipes de l'OMS et de MSF, ont rencontré les communautés des quatre districts les plus touchés. Au cours de ces visites, le Gouverneur et

33 Quarante tombes ont été affectées par cette erreur. La confusion était due au fait qu'en Angola les gens utilisent souvent un autre nom que celui qui figure sur leurs documents officiels. Les parents ayant amené un patient à l'hôpital ou les patients eux-mêmes ont pu donner un nom courant, que l'équipe MSF a inscrit sur la tombe. Les noms correspondant aux corps à identifier à la morgue étaient pratiquement illisibles, les feuilles de papier sur lesquelles ils étaient inscrits étant maculées de sécrétions provenant des corps.

les autorités médicales ont écouté les communautés, et leur ont manifesté leur empathie, expliquant le rôle des équipes d'intervention, ce qu'est le virus Marburg et pourquoi il était important de changer les habitudes liées au deuil. Ils ont sollicité la coopération des autorités traditionnelles et confirmé qu'ils devaient travailler ensemble pour maîtriser la flambée. Le coordonnateur de l'OMS, au nom de l'équipe internationale, a présenté ses condoléances, et ses excuses pour les erreurs commises, et insisté sur la nécessité de lutter conjointement contre l'épidémie. Si la mission n'a remporté qu'un succès partiel ce jour-là en raison des protestations, elle a apaisé les communautés touchées et apporté des réponses à un grand nombre de leurs questions.

Le premier spécialiste de l'OMS en matière de communication est arrivé le 10 avril du Mozambique et il a établi une stratégie de communication et de mobilisation sociale, en collaboration étroite avec l'équipe d'anthropologues. Une formation a été dispensée aux représentants des églises, aux médias, aux associations, aux collèges, au personnel médical, aux autorités traditionnelles, aux autorités administratives, aux tradipraticiens et aux organisations non gouvernementales, qui ont ensuite été associés au processus. De nouveaux messages et de nouvelles stratégies ont été conçus et distribués quotidiennement, en fonction du contexte et des rumeurs qui circulaient.

L'une des premières recommandations de l'équipe d'anthropologues a porté sur la présentation de condoléances aux familles touchées et la participation au deuil avec les familles pour manifester son empathie face à leur malheur. Des recommandations ont aussi été formulées pour améliorer la compréhension entre les équipes d'intervention et la communauté. Les agents chargés de la riposte ont été priés de conduire avec les vitres de leur véhicule baissées, de sourire aux passants et de les saluer systématiquement. Ils ont été priés d'essayer aussi souvent que possible d'établir un dialogue direct avec les gens qui se montraient hostiles et d'éviter de circuler dans les communautés avec du personnel portant les vêtements de protection blancs, ce qui leur valait souvent d'être considérés comme des "démons" et inspirait la peur et la violence.

Tenter de résoudre les problèmes liés aux spécificités de chaque sexe et sensibiliser les gens aux problèmes concernant les femmes

Les victimes de la flambée de fièvre hémorragique Marburg en Angola étaient principalement des femmes et des enfants de moins de 5 ans. Cette réalité illustre l'importance des spécificités de chaque sexe, des liens de parenté et du concept de "production familiale de santé" expliqué dans la Section 4, et elle peut être attribuée au fait que ce sont d'ordinaire les femmes qui s'occupent des enfants, des malades et des personnes âgées dans une communauté, en zone urbaine comme en zone rurale. Les professions d'accoucheuse traditionnelle, d'obstétricien et de pédiatre étant le plus souvent exercées par des femmes (tant dans les systèmes traditionnels que dans les systèmes modernes), elles sont plus fortement exposées aux infections que les hommes en cas de flambée de fièvre hémorragique. Les femmes, en général, se rendent aussi plus fréquemment dans les centres médicaux pour les consultations liées à la grossesse, aux soins prénatals, à l'accouchement et aux soins postnatals.

Les femmes continuent de s'acquitter de leurs responsabilités normales pendant une flambée et, en s'occupant d'autrui, elles sont davantage exposées au risque d'infection. L'épouse d'un infirmier de l'Hôpital Songo à Uige, par exemple, qui en était au sixième mois de sa grossesse et avait un enfant de 3 ans, a refusé de porter des gants ou toute autre protection pour soigner son mari, contre l'avis du médecin de MSF Belgique, soutenant que sa responsabilité était d'être à ses côtés et de s'occuper de lui directement. Elle craignait la réaction de la famille de son mari. Dix jours après la mort de son mari, elle a été admise dans le service d'obstétrique de l'hôpital provincial d'Uige où elle a fait une fausse couche. Elle-même, son époux et l'enfant de 3 ans étaient atteints de la fièvre hémorragique Marburg.

Toutes les équipes d'intervention doivent tenir compte des problèmes spécifiques des femmes dès le début d'une flambée, et des interventions directes doivent être conçues pour ce groupe vulnérable. Il appartient à l'équipe de mobilisation de se soucier de cette question, ainsi qu'à ceux qui sont amenés, du fait de leur position, à prendre des décisions liées à la lutte contre une épidémie.

Conclusion

Malgré un certain nombre d'échecs et d'erreurs initiales, plusieurs organisations ont coordonné leurs efforts pour concevoir des stratégies efficaces, qui ont porté leurs fruits 3 semaines après l'établissement des équipes d'intervention à Uige. Les stratégies incluaient l'équipe de mobilisation sociale et de communication de l'OMS au Mozambique, une équipe de l'UNICEF, une équipe d'anthropologues, des spécialistes de la communication de la République démocratique du Congo, des bénévoles de la Croix-Rouge angolaise, des bénévoles de l'école de soins infirmiers d'Uige, des tradipraticiens, les représentants des églises, les médias, les autorités traditionnelles, MSF et le personnel médical.

Application de concepts anthropologiques à la lutte contre la grippe aviaire au Cambodge[34]

Introduction

Le Cambodge est l'un des premiers pays d'Asie du Sud-Est qui aient été touchés par une souche dévastatrice du sous-type H5N1 responsable de la grippe aviaire hautement pathogène. Depuis janvier 2004, le Cambodge déclare régulièrement des flambées de grippe aviaire hautement pathogène à H5N1 chez les volailles, et ce fut notamment le cas en 2011. Quinze cas humains dus au virus H5N1 ont été déclarés au Cambodge, dont 13 cas mortels. Comme dans d'autres pays d'Asie du Sud-Est, la plupart des cas humains ont été associés à des contacts directs avec des volailles malades ou mortes en zone rurale, et la moitié des cas mortels étaient des enfants, preuve de leur vulnérabilité particulière à la maladie. Les flambées de grippe aviaire et les mesures connexes de lutte contre la maladie ont également contribué à la très importante mortalité chez les volailles domestiques, aux conséquences économiques catastrophiques pour les éleveurs d'animaux de basse-cour au Cambodge, qui constituent la majorité de la population rurale du pays.



Après 2004, une série de campagnes médiatiques intensives ont été menées à l'échelle nationale pour sensibiliser la population à la grippe aviaire et transmettre au public des messages concernant la prévention de la maladie, en insistant initialement sur la transmission de l'animal à l'homme. Les campagnes de communication favorisaient les messages qui incitaient les gens à déclarer immédiatement aux autorités les cas de volailles malades ou mortes ; à se laver fréquemment les mains avec de l'eau et du savon, surtout après avoir manipulé des volailles ; à tenir les enfants éloignés des volailles malades ou mortes ; et à utiliser des méthodes sûres pour manipuler, préparer et consommer la volaille. Des messages comportementaux concernant la prévention de la transmission de volaille à volaille de la grippe aviaire hautement pathogène ont été diffusés dans des campagnes de communication ultérieures, et notamment des messages demandant la séparation des espèces de volaille, la mise en quarantaine des nouvelles volailles et des volailles malades, et le maintien des volailles dans des enclos convenablement nettoyés et l'élimination appropriée des matières fécales des volailles.

Plusieurs enquêtes sociologiques réalisées en 2007 ont montré que, malgré des niveaux de sensibilisation généralement élevés concernant la grippe aviaire hautement pathogène et sa prévention, un grand nombre de personnes n'avaient pas modifié leur comportement. En d'autres termes, un écart subsistait entre la prise de conscience du comportement encouragé face à la grippe aviaire et le changement effectif de comportement. Par rapport au cadre HIC-DARM relatif à l'adoption d'un comportement (voir l'Outil 11), la plupart des gens en étaient encore au stade de l'information : la plupart avaient entendu parler de la maladie et étaient informés à son sujet et au sujet du comportement encouragé, et un grand nombre de membres des communautés touchées par des flambées antérieures étaient convaincus de la valeur du comportement. Très peu de gens déclaraient pourtant qu'ils mettaient ces informations en pratique : les stades DARM de l'adoption du comportement.

Comme dans la plupart des campagnes liées à la santé, la communication et l'éducation jouent un rôle essentiel dans les stratégies générales de mobilisation sociale destinées à combattre la grippe aviaire chez les volailles et à prévenir sa transmission aux humains. Les premiers objectifs comportementaux doivent

34 D'après une étude anthropologique participative réalisée au Cambodge (avec la permission de la FAO). Voir Hickler B (2007). Bridging the gap between HPAI 'awareness' and practice in Cambodia : recommendations from an anthropological participatory assessment. Phnom Penh. http ://www.fao.org/docs/eims/upload//241483/ai301e00.pdf.

reposer sur les meilleures données scientifiques disponibles concernant la dynamique de l'agent pathogène, notamment pour déterminer les facteurs qui contribuent aux schémas de transmission de la maladie ou au risque d'infection. Si solide soit une recommandation au plan technique, elle est inappropriée si elle ne produit pas le changement souhaité dans le comportement ou l'environnement de la population cible. La présente étude de cas a débuté dans une situation où une stratégie de communication initiale était déjà en place et où des concepts anthropologiques étaient appliqués aux étapes 2 - 4 de la planification COMBI, de l'examen de l'étude de marché à l'affinement des objectifs comportementaux et à la conception d'une stratégie générale de mobilisation sociale pour combler l'écart entre des niveaux de sensibilisation élevés et la prévalence persistante de comportements à haut risque dans les populations cibles. Par souci de brièveté, la présente étude de cas est limitée à l'application de quelques concepts anthropologiques au problème de la mobilisation sociale.

Étude de marché, outils et méthodes

La liste de contrôle pour l'étude de marché est un outil qui permet de définir rapidement les groupes sur lesquels doit porter l'attention, et de décider à qui s'adresser et où aller. Les résultats d'enquêtes antérieures ont permis de distinguer quatre échantillons distincts pour l'étude de marché.

Le premier échantillon ressemblait aux échantillons de plus grande taille utilisés dans les enquêtes quantitatives. Des sites locaux ont été choisis dans des districts déjà couverts par les études précédentes, et les mêmes critères d'inclusion ont été utilisés : fortes densités humaine et aviaire, petits élevages avicoles familiaux et important mouvement transfrontières de volailles. Comme dans les échantillons de l'enquête, ce groupe était censé être sensibilisé aux messages prioritaires de base concernant la grippe aviaire hautement pathogène à H5N1. Le groupe n'incluait pas de villages ni de districts déjà touchés par des flambées de grippe aviaire.

Le deuxième groupe de participants a été recruté dans des villages et des districts qui avaient été directement touchés par des flambées de grippe aviaire. Des discussions de groupe ont été organisées dans quatre villages qui avaient connu des flambées de grippe aviaire hautement pathogène chez les volailles et dans deux villages où il y avait eu des cas humains. Les discussions de groupe et les observations étaient conçues pour améliorer les matériels de communication en vue de la flambée suspectée ou confirmée de grippe aviaire suivante au Cambodge.

Le troisième groupe de participants a été recruté dans des districts et des villages où le revenu d'une forte proportion de ménages reposait sur la production de canards. Les résultats des enquêtes antérieures indiquaient que ce groupe pourrait être sensiblement différent de la plupart des éleveurs d'animaux de basse-cour, pour qui la volaille est plus un capital qu'une source de revenu. L'étude de marché a porté sur les pratiques liées à la production de canards, car la grippe aviaire hautement pathogène traverse souvent des troupeaux de canards sans provoquer de symptômes reconnaissables ni de morts collectives spectaculaires.

Le quatrième groupe de participants a été recruté dans des communautés d'une province qui n'avait pas été incluse dans les grandes enquêtes sociologiques. Les participants étaient des éleveurs d'animaux de basse-cour, des travailleurs migrants et les autorités locales de cinq villages de trois districts de la Province reculée de Rattanakiri. L'échantillon comprenait des communautés de minorités ethnolinguistiques dont les caractéristiques sociales et économiques les distinguaient des éleveurs d'animaux de basse-cour couverts par les précédentes enquêtes, et qui avaient été moins exposées aux messages sur la grippe aviaire hautement pathogène à H5N1.

Il existe un éventail considérable d'outils participatifs pour les évaluations rurales. Au Cambodge, l'équipe qui a réalisé l'étude a utilisé des outils participatifs semi-structurés comme des discussions de groupe, des entretiens avec des informateurs clés et des observations structurées et non structurées. Les discussions de groupe incluaient des outils comme l'énumération spontanée et les analyses de la notoriété spontanée de premier rang et « une journée dans la vie de » pour connaître les priorités des ménages et des communautés, leurs pratiques, leurs croyances concernant les causes de la maladie, leurs comportements face à la maladie et leur hiérarchie des recours pour les soins de

santé humaine et vétérinaire. Vingt discussions de groupe ont été organisées dans 13 districts de sept provinces, et de nombreuses observations et des entretiens avec des informateurs clés ont été réalisés avec des responsables communautaires, des tradipraticiens, des agents communautaires de santé vétérinaire et des acheteurs, des distributeurs et des marchands de volaille. Les discussions de groupe se sont déroulées dans les lieux habituels de rassemblement communautaire, généralement à l'ombre d'un arbre, dans un espace public comme une pagode ou une école, ou à l'ombre de la maison d'un responsable communautaire. Les discussions de groupe sont organisées pour créer un environnement où les gens se sentent détendus et libres d'exprimer leur opinion, tout en conservant une structure suffisante pour que la conversation ne s'écarte pas du sujet traité, et pour permettre de prendre des notes qui seront analysées ultérieurement. Pour cette étude, les groupes de discussion ont été divisés par sexe, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, il est reconnu qu'un ménage ne constitue pas nécessairement une unité économique unique avec des ressources et des objectifs communs, et différents membres d'un ménage peuvent avoir des intérêts différents, voire contradictoires, concernant la production agricole, la volaille et le bétail. Deuxièmement, dans certains endroits, les femmes sont moins enclines à donner leur point de vue en présence d'hommes. Enfin, les hommes et les femmes dans le Cambodge rural ont des responsabilités différentes et ne sont donc pas disponibles aux mêmes heures de la journée, selon la saison.

Les résultats qualitatifs correspondaient à ceux de l'enquête quantitative : niveaux élevés de sensibilisation aux messages comportementaux associés à la persistence de pratiques à risque et de croyances inquiétantes concernant la transmission de la grippe aviaire hautement pathogène. Interrogés sur ce que les gens peuvent faire pour se protéger contre la grippe aviaire, la plupart des groupes étaient capables de dresser une liste de messages : "Ne touchez pas des volailles mortes", "Couvrez-vous la bouche et portez des gants lorsque vous préparez de la volaille", "Lavez-vous les mains après avoir manipulé de la volaille". "Faites bien cuire les aliments". Les gens étaient moins sensibilisés aux messages destinés à prévenir la transmission de volaille à volaille. Interrogés sur ce que les gens peuvent faire pour empêcher leurs volailles de contracter la grippe aviaire, cependant, de nombreux groupes étaient capables de réciter collectivement une liste de messages comme "Tenez les volailles saines à l'écart des volailles malades", "Enterrez les volailles mortes", "Eliminez les matières fécales de la basse-cour".

Dans les discussions de groupe sur ce que les gens font en réalité, cependant, les participants ont indiqué que plusieurs pratiques à risque perduraient. Il ressortait par exemple de ces discussions que la préparation et la consommation de volailles malades ou mortes étaient encore répandues et certainement plus courantes que les niveaux déclarés dans les études statistiques à plus grande échelle. Cela illustre l'utilité des questions à réponse libre et des questions de suivi. De nombreux participants ont commencé par affirmer qu'ils ne mangeaient jamais de la volaille morte mais, au fur et à mesure de la conversation, tandis que les gens se détendaient, quelqu'un disait finalement que, bien sûr, beaucoup consommaient des volailles malades ou mortes. De nombreux participants, après avoir nié cette pratique, finissaient par modifier leur réponse : « Je ne mange jamais un poulet mort, sauf s'il s'agit d'un gros poulet et qu'il n'est pas mort depuis trop longtemps » et « Je ne mange jamais une volaille morte ; si une volaille est malade et que je vois qu'elle va mourir, je la tuerai et la mangerai en premier. » Dans toutes les discussions de groupe, les participants ont reconnu qu'il était absolument normal de consommer des volailles malades ou mortes avant la grippe aviaire.

D'autres résultats correspondaient aux résultats de l'enquête, comme la faible utilisation des mesures de protection personnelle lors de la manipulation de volailles et les faibles niveaux de notification. La présente étude de cas met l'accent sur l'utilisation de concepts anthropologiques et des outils COMBI pour comprendre pourquoi ces pratiques persistaient malgré l'énormité des dépenses destinées à faire changer les habitudes des gens.

Application de concepts anthropologiques

Comme il est expliqué dans la Section 4, l'élément spécifiquement anthropologique de l'étude de marché est composé de questions à partir desquelles sont conçus les instruments de l'étude. Pour aider à savoir sur quelles connaissances de base et sur quelles valeurs s'appuient les pratiques, les premières questions portent sur ce que les gens font déjà pour protéger leurs volailles contre la maladie.

- La plupart des participants ont déclaré qu'ils utilisaient différents remèdes traditionnels pour soigner les volailles malades.
- Certains ont dit qu'ils demandaient l'avis (souvent discutable) et des produits à la pharmacie vétérinaire locale.
- Certains ont dit qu'ils demandaient l'aide d'un agent communautaire local de santé vétérinaire, du vétérinaire du district ou du chef du village.
- Beaucoup ont indiqué qu'ils séparaient les nouvelles volailles pendant quelques jours pour éviter qu'elles ne s'échappent avant de les laisser libres de se mêler aux animaux domestiques et de chercher leur nourriture parmi eux.
- Beaucoup ont dit qu'ils rentraient leurs volailles la nuit sous la maison pour les protéger contre d'autres animaux et contre les voleurs.
- Beaucoup ont déclaré qu'ils n'achetaient que des volailles locales car ils considéraient la grippe aviaire comme une chose venue de loin : de marchés plus grands et d'autres pays.
- Quelques participants ont indiqué qu'ils évitaient les aliments du commerce et même les vaccinations, pensant qu'ils pouvaient transmettre la grippe aviaire.
- La quasi-totalité des participants ont fait état d'une pratique commune : ils ont rassemblé certaines ou la totalité de leurs volailles restantes qui étaient en bonne santé pour les vendre au marché dès lors que la maladie a semblé se propager dans les élevages voisins.

Certaines de ces pratiques sont à l'évidence indésirables du point de vue de la biosécurité et de la santé humaine. Certaines, cependant, pourraient constituer des ressources utiles si les stratégies de mobilisation sociale pouvaient les modifier et s'en inspirer compte tenu de leur raison d'être ou de leur logique culturelle.

La perception de la maladie et de la mort des volailles comme étant « naturelles » faisait sérieusement obstacle à la conception de matériels de communication capables de produire des changements de comportement. Ce caractère « naturel » est à l'origine de plusieurs comportements préjudiciables : défaut de notification, absence de précautions d'hygiène lors de la manipulation des volailles, consommation de volailles malades ou mortes et autres pratiques favorisant la transmission entre les volailles et de la volaille à l'homme. Les discussions de groupe ont montré qu'il fallait modifier les stratégies de mobilisation sociale afin de tenir compte de la signification des catégories pathologiques aviaires locales et de leurs relations mutuelles, en examinant les modèles explicatifs locaux des causes de la maladie.

Modèles explicatifs et comportement face à la maladie

Les éleveurs cambodgiens des zones rurales ont deux modèles parallèles simultanés pour expliquer et combattre la maladie chez les volailles. À la question de savoir pourquoi les volailles meurent, tous les groupes ont évoqué les changements environnementaux saisonniers entraînant le réchauffement du sol et l'arrivée des pluies. Ce modèle s'inscrit dans un modèle chaud-froid plus vaste (commun à de nombreuses régions du monde) qui s'étend à l'interprétation de la santé humaine ; de nombreux moyens traditionnels utilisés pour traiter les volailles malades reposent sur la correction de ces déséquilibres entre le chaud et le froid. Les remèdes traditionnels cités par les participants sont trop nombreux pour être décrits dans le détail, mais il s'agit en général de faire tremper une substance locale (citronnelle, écorce de kapok, kmuol ou vorlpich ou les feuilles du tuntreanket) dans de l'eau et de donner cette macération à boire aux volailles. Le modèle chaud-froid s'appliquant aussi à la santé humaine, il n'était pas rare d'apprendre que des médicaments destinés aux êtres humains avaient été donnés aux volailles. Un éleveur a par exemple raconté qu'il avait acheté

des médicaments du type paracétamol pour rafraîchir ses volailles. Ce médicament, pris une fois par jour chez l'être humain, était donné deux à trois fois par jour aux poulets.

L'inefficacité fréquente des remèdes traditionnels était généralement reconnue, mais de nombreux participants ont expliqué qu'ils n'attendaient guère mieux de l'agent communautaire de santé vétérinaire local ou du vétérinaire du district. Les volailles continuaient en général de mourir et le coût pour l'éleveur était souvent sensiblement supérieur au coût des remèdes du ménage ; aussi, de même que pour les problèmes de santé humaine, la plupart des ménages cherchaient d'abord un traitement à la maison. Compte tenu de l'expérience et du caractère naturel attribué aux décès saisonniers de volailles, les gens se sentaient généralement impuissants à protéger les élevages familiaux contre dan kor kach. À la fin des discussions de groupe, lorsque les participants étaient invités à poser leurs questions, l'une des premières portait d'ordinaire sur l'existence éventuelle d'un médicament pour traiter les volailles malades et les empêcher de mourir.

Cette explication saisonnière naturaliste de la mortalité des volailles avait des incidences sur les efforts de lutte contre la grippe aviaire chez les volailles et sur les mesures destinées à prévenir sa transmission à l'homme. Un participant a déclaré qu'il mangerait des volailles si elles mouraient au début de la saison des pluies car ses poulets mouraient toujours de dan kor kach à cette période de l'année. Il a dit qu'il n'avait jamais vu la grippe aviaire. Un participant a indiqué que les poulets mouraient d'habitude entre mars et avril, lorsqu'il fait très chaud, et que la grippe aviaire ne pouvait donc pas être responsable. Même ceux qui connaissaient la grippe aviaire pensaient qu'ils pouvaient consommer de la volaille sans risque en période de forte mortalité, d'ordinaire entre mars et juillet. Il est important de noter que de nombreux groupes ont cité d'autres époques de mortalité naturelle en série. Les mois d'octobre à décembre ont souvent été mentionnés, mais tous les mois de l'année ou presque ont été cités au moins une fois.

Un modèle explicatif simultané parallèle pour dan kor kach repose sur les notions de contagion et de contamination. Au fil des générations, les éleveurs ont vu comment dan kor kach pouvait s'étendre rapidement à toutes leurs volailles et se propager entre élevages voisins. Cela explique pourquoi de nombreux éleveurs ruraux s'empressent de protéger leurs biens ou leurs investissements en vendant les volailles saines lorsqu'ils commencent à observer les schémas familiers de dan kor kach chez leurs animaux ou ceux des voisins.

La différence entre ces deux modèles et les comportements associés face à la maladie est importante pour les stratégies de mobilisation sociale. Le modèle naturaliste est un modèle de riposte thérapeutique. Les gens recourent à des remèdes familiaux traditionnels ou sollicitent un traitement professionnel pour leurs volailles afin de les empêcher de mourir. Si les volailles vivent, le traitement a "fonctionné" ; si les volailles meurent, le traitement a échoué. Dans ce modèle explicatif, les gens se sentent généralement impuissants dans la mesure où ils ne peuvent qu'espérer que les remèdes agissent. Le modèle de la contagion est un modèle de riposte préventif. Les éleveurs vendent, par exemple, des volailles saines lorsque la maladie semble se propager dans les élevages, ou les acheteurs contrôlent d'abord les orifices des volailles avant d'aller les vendre au marché. Bien que le comportement décrit dans ces exemples ne soit pas idéal, le modèle de riposte préventif est le modèle encouragé par les organisations internationales contre la grippe aviaire.

Les stratégies de mobilisation sociale ont été modifiées, sur la base de ces observations, pour tenter de résoudre directement le problème lié au fait que les maladies saisonnières des volailles sont considérées comme naturelles et sans danger pour la santé humaine. Il a en outre été recommandé de renforcer les efforts de communication pour optimiser leurs effets pendant les périodes de haut risque, en s'inspirant des modèles explicatifs existants et en incitant les gens à préférer au modèle saisonnier (qui encourage à solliciter et attendre un traitement) le modèle de la contagion ou de la contamination (qui encourage à penser en termes de prévention). S'il était possible de convaincre les éleveurs de volailles de basse-cour que les changements de comportement qui leur sont demandés pour prévenir la grippe aviaire les aideraient également à mettre leurs biens et leurs investissements à l'abri des dévastations plus tangibles de dan kor kach, les participants ont

indiqué que de nombreux éleveurs seraient prêts à consentir bien des efforts.

Perception des risques ou peur

Rares étaient les participants aux groupes de discussion qui pensaient que des volailles saines ou des volailles achetées localement et préparées à la maison pouvaient les rendre malades. La peur et l'anxiété généralisées fréquemment exprimées par les gens au sujet de la grippe aviaire étaient totalement dissociées de leur éventuelle perception d'un risque, pour eux-mêmes ou leur communauté, et de la mesure du risque perçu. Si le niveau de la peur suscitée par la grippe aviaire était généralement élevé, la plupart des gens y voyaient une chose qui touche les volailles "loin d'ici", réservée au "grand marché" ou à d'autres pays, comme en Thaïlande et au Vietnam. Les gens ne pensaient pas que les volailles achetées ou élevées et nourries dans leur propre communauté pouvaient être menacées par la grippe aviaire. Les paroles d'une participante, rapportées ci-après, illustrent ce thème courant :

> "Nous écoutons la télévision et la radio, nous croyons que la grippe aviaire existe et nous avons peur. Mais nous ne voulions pas jeter les poulets [morts] qui étaient gros. Nous avons enterré les petits. J'ai fait cuire les gros poulets morts sans prendre de précautions car nous n'achetons jamais de poulets au marché. Les poussins éclosent ici, dans le village. [...] Je nourris les poulets seulement avec du riz du ménage pour qu'ils n'attrapent pas la grippe aviaire."

La plupart des participants ont dit que la grippe aviaire leur faisait "peur" ; pourtant, ils ne s'estimaient pas eux-mêmes ni leur famille exposés à la maladie. Parmi les raisons couramment invoquées figuraient le fait qu'ils n'achetaient des volailles qu'à des voisins et dans des villages proches ; qu'ils nourrissaient leurs volailles avec des restes de riz de la famille ou du riz concassé mais pas avec des aliments commerciaux ; qu'ils n'en achetaient pas dans les grands marchés ; et qu'ils n'achetaient pas des volailles du commerce ni en provenance de l'étranger.

Dans les communautés qui n'avaient pas connu de flambée, le sentiment général était que la grippe aviaire se produisait au loin et ne risquait pas de toucher la communauté locale. Il n'est pas surprenant que les communautés qui avaient eu des cas humains ou dans lesquelles la volaille avait été touchée par des flambées et des mesures d'abattage étaient beaucoup plus susceptibles que les communautés indemnes d'être sensibilisées par les messages prioritaires et de faire état d'une adoption locale répandue des mesures recommandées, en particulier "Ne touchez pas et ne consommez pas des volailles mortes" et "Enterrez les volailles mortes". La différence entre les groupes ayant déclaré des changements de comportement et ceux qui ont indiqué que peu de choses avaient changé n'était pas associée au niveau de sensibilisation ou de peur. La quasi-totalité des participants de tous les groupes ont dit qu'ils avaient "peur" de la grippe aviaire. En dernière analyse, ce qui distinguait les deux groupes était la perception du risque : la mesure dans laquelle ils estimaient réellement que leur élevage et leur famille étaient exposés au risque de grippe aviaire.

Mobilisation sociale : relier les messages à la vulnérabilité et aux valeurs locales

Il n'est pas facile de persuader les gens de modifier leurs habitudes, surtout peut-être lorsque l'intervention concerne des aspects essentiels des moyens de subsistence ou va à l'encontre du bon sens transmis de génération en génération. Les faits, l'expérience et le bon sens veulent que les stratégies de mobilisation sociale conçues en collaboration avec le public cible seront plus efficaces que celles qui sont imposées en l'absence de consultation et sans qu'un dialogue significatif puisse avoir lieu. Le problème auquel se heurtaient les efforts de communication sur la grippe aviaire hautement pathogène au Cambodge était que les niveaux élevés de sensibilisation aux messages prioritaires n'avaient pas produit les changements de comportement souhaités. L'un des thèmes communs des discussions de groupe était "J'ai entendu parler de la grippe aviaire, mais je ne l'ai jamais vue. Lorsqu'on verra une personne mourir parce qu'elle a consommé une volaille malade, ce jour-là les gens arrêteront peut-être de le faire". Plusieurs participants ont cité le proverbe qui dit "entendre, c'est seulement entendre ; voir, c'est croire", et qui est revenu

dans de nombreuses discussions de groupe. Les deux modèles explicatifs pour les maladies chez les volailles – saison et contagion – reposaient sur ce thème sous-jacent. Un grand nombre de personnes ont également dit qu'elles étaient plus enclines à croire les paroles de quelqu'un en qui elles ont confiance, qui a vu les choses de ses propres yeux, que les autorités à la radio. Le thème "Si nous le voyons, peut-être les choses changeront-elles" étant commun à de nombreuses discussions de groupe, il a été recommandé de modier les stratégies de mobilisation sociale, pour y inclure ce message.

L'une des principales raisons invoquées pour expliquer que la sensibilisation à la grippe aviaire ne soit pas associée à des changements de comportement était l'absence de liens entre les messages et les valeurs et les priorités locales. De nombreuses personnes ont observé que les messages relatifs à la grippe aviaire étaient présentés comme un ensemble d'impératifs, mais n'expliquaient pas pourquoi le comportement serait bénéfique aux éleveurs. La plupart des changements comportementaux proposés pour prévenir la grippe aviaire chez l'homme et chez les volailles sont heureusement compréhensibles dès lors que les raisons en sont clairement expliquées. L'une des difficultés tenait au fait que la plupart des éleveurs cambodgiens ont déjà fait l'expérience de la morbidité et de la mortalité chez les volailles ; même si les gens sont habitués à ce que des volailles meurent, l'étude a cependant montré qu'ils étaient prêts à faire tout leur possible pour protéger les biens et les investissements familiaux. Les gens ajustent déjà leurs actions lorsque des membres de la famille ou des volailles sont malades. Les recherches participatives ont montré que les gens étaient souvent informés des messages clés, dans la mesure où ils les comprenaient et étaient capables de les énoncer, mais ils ne savaient pas pourquoi ils devaient agir différemment. Cela a montré que les stratégies de mobilisation sociale devaient mieux relier les messages comportementaux aux valeurs et aux priorités locales. Il a donc été recommandé que les messages comportementaux soient explicitement associés à une valeur locale, comme le bien-être et la prospérité de la famille. Dans de nombreuses discussions de groupe, les gens ont indiqué qu'ils effectueraient les changements proposés si ceux-ci devaient protéger leur volaille ou contribuer à la prospérité familiale. Il existe de nombreuses manières d'intégrer ces valeurs dans les médias, notamment au moyen d'affiches à l'intention des populations peu instruites, presque tous les groupes reconnaissant en effet les représentations visuelles du bien-être et de la prospérité. Il restait donc à concevoir des stratégies de mobilisation sociale et des matériels de communication reliant effectivement les objectifs comportementaux aux sensibilités, aux valeurs et aux priorités qui sont en accord avec les activités du public et les motivent.

Flambée de rougeole à Fidji : l'importance du suivi[35]

Introduction

Début février 2006, trois nourrissons présentant une éruption cutanée ont été admis dans un hôpital de division de Fidji, où une rougeole et une pneumonie ont été suspectées. Fidji, pays le plus peuplé du Pacifique Sud, avait été consiséré exempt de rougeole, ou plus précisément, comme ayant interrompu la transmission de la rougeole indigène, depuis la fin de 1998. Lors de la dernière flambée confirmée, de septembre 1997 à avril 1998, 955 cas avaient été confirmés. La couverture par la vaccination antirougeoleuse avait régulièrement progressé, de 20 % en 1982 à 80 % en 1998, loin encore du niveau de 95 % recommandé par l'OMS. Les autorités s'étaient efforcées d'améliorer le taux de vaccination en 2003 en planifiant une deuxième dose sous la forme d'un vaccin contre la rougeole et contre la rubéole, obligatoire en début de scolarité. Une enquête réalisée en 2005 a révélé une couverture nationale de 80 % pour une dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole, malgré l'existence de zones où la couverture était inférieure.

Le 28 février 2006, le diagnostic de rougeole a été confirmé chez les trois nourrissons et, entre le 17 février et le 9 juin, 132 cas ont été déclarés, à 90 % dans la Division occidentale, le reste dans les Divisions centrale et orientale. Les cas provenaient à 44 % d'une même subdivision où la couverture systématique par une dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole ne dépassait pas 49 % en 2004 et 68 % en 2005. Une fois ces cas confirmés, la surveillance a été renforcée et, le 2 mars, une campagne conjointe de vaccination des écoliers était mise sur pied dans la Division occidentale. Le 9 mars, une campagne nationale de vaccination antirougeoleuse était déployée pour tous les enfants de 6 mois à 6 ans et le plan COMBI a débuté le 12 mars, après une étude de marché. La campagne nationale a officiellement démarré le 20 mars.

Le plan COMBI reposait sur une phase de recherches rapides incluant l'observation des communautés et des dispensaires et des entretiens avec les patients à leur sortie du dispensaire. Il a été décidé que l'objectif comportemental essentiel de la campagne serait d'encourager les gens à se rendre dans un dispensaire, où davantage d'explications et d'informations techniques pourraient leur être données. C'est à cette fin qu'a été créé le slogan "Rendez-vous au drapeau", et qu'ont été produits des logos et des matériels de couleur bleue et un drapeau bleu signalant les dispensaires où il était possible de se faire vacciner. La campagne a suivi l'approche COMBI de l'étoile à cinq branches associant une variété de canaux, d'outils et de produits de communication.



L'ensemble COMBI d'interventions de communication

Il a été jugé important de diffuser des informations régulières et de tenir le public informé au fur à mesure de l'évolution de l'épidémie. La campagne dépendait de la confiance du public dans les dispensaires et dans l'efficacité du comportement recommandé, et devait être protégée des rumeurs et de toute interférence politique. À l'approche d'une élection, il fallait gérer la situation avec soin et il a été fait usage de réunions régulières, d'appels téléphoniques et de courriers pour veiller à ce que les pouvoirs publics et les services d'appui à tous les niveaux soient informés de la campagne et du rôle qui leur incombait.

35 D'après les Centers for Disease Control (2006). Measles outbreak and response—Fiji, February–May 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report, 55 ;963–966. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5535a3.htm ; WHO (2006). Measles Bulletin, 9 June 2006. http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/6C617F1C-527F-4489-9EFB-39C22CD8B72E/0/MeasBulletinIssue9.pdf ; Parks W (2010). COMBI : measles outbreak in Fiji including the use of monitoring. Exposé présenté dans le cadre de la formation COMBI de l'OMS, Genève.

Grâce à la participation des médias, qui étaient tenus informés, la population a pu suivre la campagne et ses progrès et avoir des détails précis sur les objectifs comportementaux. Quatre conférences de presse ont été organisées, des communiqués de presse ont été rédigés régulièrement et des entretiens ont eu lieu avec des hauts responsables et des membres du personnel. Plus de 60 000 notes d'information ont été distribuées en anglais, hindi et fidgien aux enseignants, aux écoles, aux organisations religieuses, aux administrateurs de district, aux chefs des conseils de province (roku tui), aux chefs de village et aux conseils consultatifs. Des face-à-face ont eu lieu avec des membres et des groupes importants de la communauté, accompagnés d'appels téléphoniques réguliers, d'envoi de télécopies et de visites, qui ont servi en particulier à annoncer la venue des équipes de vaccination.

Pour assurer le succès de l'intervenion, il était important de veiller à ce que les dispensaires de vaccination fixes et mobiles soient faciles à trouver et qu'ils soient associés à la campagne. Deux mille notes d'information ont été distribuées aux personnels de santé, et drapeaux bleus ont été remis aux dispensaires de vaccination pour signaler leur présence. Les cliniciens ont reçu des maillots les identifiant à la campagne et attestant leur professionnalisme et leur fiabilité. Toutes les communications ont systématiquement renforcé et mis en valeur les aspects "où et quand" de la promotion des points de prestation des services, indiquant où le vaccin était disponible, quand et comment.

La mobilisation de guides d'opinion et de personnalités influentes en tant que porte-parole et interlocuteurs pour le programme visait à faire savoir aux personnes concernées pourquoi la campagne était importante, à qui elle s'adressait et ce que les gens pouvaient faire dans ce sens. Les informations communiquées pendant la phase de mobilisation de la communauté ont aidé les gens à diffuser des informations exactes et cohérentes. La campagne s'appuyait sur les conversations entre les personnels de santé et les familles, les écoliers et les familles, les chefs religieux et les familles, les chefs de village et les familles, et les discussions entre les familles encouragées par les informations coordonnées diffusées à la télévision, à la radio et dans les journaux, et la présence des drapeaux et autres signaux visuels aux abords des dispensaires.

La campagne médiatique a été organisée sur trois périodes espacées de diffusion intensive dans la presse écrite, à la télévision et à la radio, sur trois thèmes. La première période, du 18 au 30 mars, sur le thème "Soyez vigilants", avait pour message l'urgence et la gravité de l'épidémie, en appelant l'attention sur les signaux d'alerte et en encourageant les visites aux dispensaires de santé locaux et la communication avec ces dispensaires. La deuxième période, "Rendez-vous au drapeau", avait pour objet d'encourager les familles avec des enfants à se rendre dans les dispensaires signalés par un drapeau bleu pour les faire vacciner gratuitement. Cette phase a heureusement coïncidé avec le tournoi de rugby à 7 de Hong Kong, événement sportif qui retenait l'attention de tout le pays. Un espace publicitaire a été acheté pendant les matchs pour toucher le plus de familles fidiennes possible par la télévision et la radio. Une annonce sur un quart de page est parue dans les deux principaux journaux, 5 jours par semaine pendant tout le mois d'avril, tandis que des spots diffusaient le message "Rendez-vous au drapeau" à la télévision et à la radio.

Un problème est cependant apparu à l'occasion d'une enquête couvrant 171 parents d'enfants, invités à répondre à quatre questions sur la campagne et à dire s'ils allaient faire vacciner les enfants. La bonne nouvelle a été que 98 % de l'échantillon ont déclaré être informés de la campagne au bout de 2 semaines seulement, et parmi les personnes qui avaient entendu parler de la campagne ou qui l'avaient vue, 83 % avaient emmené leurs enfants se faire vacciner. Sur les 28 parents restants qui s'étaient abstenus, 26 étaient des Indo-Fidjiens. La campagne "Rendez-vous au drapeau" était donc connue, mais n'avait pas été comprise de la même manière par tous les Fidjiens. À côté des soucis mineurs qui gênaient les Indo-Fidgiens, comme le fait que la vaccination prenne trop de temps, l'enquête a révélé qu'ils se demandaient surtout pourquoi des enfants en bonne santé devaient être vaccinés. Aussi a-t-il fallu modifier le message de la troisième période et la campagne. Six jours seulement environ avant le lancement de la troisième période (19-30 avril), le nouveau slogan "Rendez-vous au drapeau, même en bonne santé" était diffusé et certains matériels ont été ajustés pour atteindre un plus grand nombre d'Indo-Fidjiens.

Conclusion

À mesure que la campagne s'intensifiait, le nombre des enfants vaccinés par les équipes d'intervention augmentait de manière spectaculaire. En 5 semaines seulement, la plupart des subdivisions avaient des taux de couverture vaccinale d'environ 95 %, la couverture nationale atteignant 97,5 % des quelque 100 000 enfants à vacciner. C'était là une réussite remarquable dont le mérite revenait à toutes les personnes qui avaient participé à la campagne de vaccination, en particulier les personnels de santé locaux. COMBI a non seulement contribué à faire venir les enfants dans les dispensaries mais aussi, moyennant un suivi attentif, à constater qu'un groupe restait en dehors de la campagne, et à ajuster ensuite la campagne en conséquence.

Faits essentiels relatifs aux principales maladies à tendance épidémique

Tableau 15. Voies actuellement connues de transmission des maladies à tendance épidémique

Mode de transmission	Maladie
Par contact	
environnemental direct, matières fécales, par exemple	Grippe aviaire hautement pathogène
direct ou indirect, par voie sanguine	Fièvre hémorragique Crimée-Congo Fièvre hémorragique à virus Ebola Infection à virus Hendra Fièvre hémorragique Marburg Infection par le virus Nipah Fièvre de la vallée du Rift Infection par le virus West Nile
Par voie aérienne	Grippe Rougeole Méningite à méningocoques Infection par le virus Nipah
Par l'eau et les aliments	Choléra Infection par le virus Nipah Fièvre de la vallée du Rift
Vectorielle par des moustiques	Chikungunya Dengue hémorragique Fièvre de la vallée du Rift Fièvre jaune
par des puces	Peste
par des tiques	Fièvre hémorragique Crimée-Congo
Périnatale	Fièvre hémorragique Crimée-Congo Fièvre hémorragique à virus Ebola Fièvre hémorragique Marburg Infection par le virus Nipah Fièvre de la vallée du Rift Infection par le virus West Nile
Par une transfusion sanguine	Infection par le virus West Nile
Par une greffe d'organe	Infection par le virus West Nile

Tableau 16. Voies de transmission et groupes potentiellement à haut risque

Mode de transmission	Type of transmission	Voies de transmission potentielles	Groupes et personnes à haut risque
Par contact (direct ou indirect : par voie sanguine)	Interhumaine	Contact direct ou indirect avec du sang, des sécrétions, des organes, d'autres liquides corporels ou des lésions cutanées de personnes infectées ou des objets récemment contaminés Cérémonies funèbres où les gens ont des contacts directs avec le corps Sperme infecté jusqu'à 7 semaines après la guérison clinique Injections à risque	La communauté en général, les aidants des personnes infectées, le personnel hospitalier, les personnels de laboratoire
	Des animaux domestiques à l'homme	Contact direct ou indirect avec du sang, des sécrétions ou d'autres liquides corporels d'animaux infectés Pendant l'abattage ou le découpage, en aidant des animaux à mettre bas, lors de procédures vétérinaires ou de l'élimination de carcasses ou de fœtus Ingestion de lait cru ou non pasteurisé provenant d'animaux infectés	Les personnes qui abattent et manipulent des animaux, comme les gardiens de troupeaux, les éleveurs, le personnel des abattoirs, les vétérinaires et les membres des ménages Les personnes qui boivent et consomment des produits crus provenant d'animaux infectés, du lait, du sang, de la viande, par exemple
	De la faune sauvage à l'homme	Pendant l'abattage ou le découpage, en aidant des animaux à mettre bas, lors de procédures vétérinaires ou de l'élimination de carcasses ou de fœtus En pénétrant dans des grottes ou des mines colonisées par des chauves-souris	Les chasseurs, les agents de la protection de la faune et de la flore sauvages, les mineurs, les soldats, les touristes qui visitent des grottes ou des mines, les personnels de soins de santé
Par voie aérienne (inhalation d'air contaminé)	Interhumaine	Contacts directs avec des excrétions et des gouttelettes provenant d'un appareil respiratoire infecté	Personnes en contact direct régulier avec des sujets infectés Personne qui touchent des objets contaminés, par exemple après qu'une personne infectée ait éternué, toussé ou craché

Mode de transmission	Type de transmission	Voies de transmission potentielles	Groupes et personnes à haut risque
Par l'eau et les aliments (ingestion d'eau ou d'aliments contaminés)	Contamination des aliments ou de l'eau destinés à la consommation humaine par des animaux	Consommation d'aliments contaminés par des chauves-souris	La communauté en général dans les zones d'endémie
	Interhumaine	Contact direct avec la bouche d'une personne infectée Aliments et ustensiles contaminés par des personnes infectées qui ne se sont pas lavé les mains après avoir déféqué	Aidants de personnes infectées, personnels de soins de santé
Vectorielle	Moustiques	Piqûres de moustiques infectés	Habitants des zones d'endémie
	Tiques	Piqûres de tiques infectées	Selon la saison, habitants des zones d'endémie, personnes travaillant avec du bétail dans les zones d'endémie, personnels de soins de santé
	Puces	Piqûres de puces infectées	La communauté en général pendant une flambée
Périnatale	Interhumaine	Transmission placentaire	Nourrissons in utero ou pendant le travail
Transfusions sanguines	Directe ou indirecte	Transfusion sanguine	Personnes transfusées
Greffes d'organes	Directe	Greffe d'organe	Personnes transplantées

Faits essentiels relatifs aux principales maladies à tendance épidémique

Grippe aviaire hautement pathogène

Qu'est-ce que la grippe aviaire hautement pathogène ? La grippe aviaire hautement pathogène, ou grippe aviaire, est une infection virale de l'appareil respiratoire. Elle est hautement infectieuse pour les oiseaux sauvages et la volaille. La plupart des virus de la grippe aviaire n'infectent pas l'homme ; certains, tel H5N1, sont cependant responsables de graves infections humaines.

Transmission : Les oiseaux sauvages peuvent être porteurs du virus sans présenter de signes de la maladie, mais ils peuvent le transmettre aux oiseaux domestiques par des contacts directs (salive, sécrétions nasales, sang et matières fécales). Les oiseaux domestiques infectés peuvent propager l'infection d'un élevage à un autre ou aux ménages à la suite de contacts directs avec d'autres oiseaux. La plupart des cas humains d'infection à H5N1 ont été associés à des contacts directs ou indirects avec des volailles infectées vivantes ou mortes. La réduction des risques pour l'homme commence par la lutte contre la maladie chez les animaux.

Signes et symptômes : Les premiers symptômes sont une forte fièvre, d'ordinaire supérieure à 38°C, et d'autres symptômes de type grippal. Diarrhée, vomissements, douleurs abdominales, douleur thoracique et saignements du nez et des gencives figurent également au nombre des symptômes précoces signalés chez certains patients. De nombreux patients présentent aussi des symptômes précoces au niveau de l'appareil respiratoire inférieur. D'après les données actuellement disponibles, des difficultés respiratoires apparaissent 5 jours environ après le début de la maladie. Détresse respiratoire, voix rauque et grésillement pendant l'inhalation sont courants. La production d'expectorations, parfois sanglantes, est variable.[36]

Choléra

Qu'est-ce que le choléra ? Le choléra est une maladie diarrhéique grave qui, faute de traitement, devient rapidement mortelle. Elle est due à des micro-organismes présents dans les selles et le vomi des sujets infectés par la bactérie responsable du choléra.

Transmission : Le choléra se propage par la consommation d'aliments ou de boissons contaminés par le micro-organisme responsable de la maladie. L'élimination appropriée dans des latrines de toutes les matières fécales humaines, y compris celles des enfants, permet de prévenir cette contamination.

Signes et symptômes : Les sujets présentent des selles aqueuses fréquentes avec ou sans vomissements. Faute de traitement, ils s'affaiblissent et meurent rapidement de déshydratation et des suites de la perte de sels corporels.

Dengue et dengue hémorragique

Qu'est-ce que la dengue ? La dengue est une infection transmise par des moustiques, qui est responsable d'une grave maladie de type grippal et parfois d'une complication portentiellement mortelle appelée dengue hémorragique.

Transmission : Le virus de la dengue est transmis à l'homme par les piqûres de moustiques femelles du genre Aedes. Les être humains infectés sont les principaux porteurs du virus, chez qui il se multiplie, servant de source aux moustiques non infectés. Le virus circule dans le sang des personnes infectées pendant 2 à 7 jours, les épisodes fébriles correspondant approximativement à cette période.

Signes et symptômes : La dengue touche les nourrissons, les jeunes enfants et les adultes, mais elle est rarement mortelle. Les caractéristiques cliniques de la dengue varient selon l'âge du patient. Chez les nourrissons et les jeunes enfants, la fièvre peut s'accompagner d'une éruption cutanée.

La dengue hémorragique, complication potentiellement mortelle, se caractérise par une forte fièvre, souvent accompagnée d'une hépatomégalie et, dans les cas graves, d'un collapsus cardio-vasculaire. Elle peut commencer par une brusque poussée de fièvre, accompagnée de rougeurs du visage et d'autres symptômes de type grippal. La fièvre peut persister de 2 à 7 jours, atteindre 41°C, et s'accompagner parfois de convulsions et d'autres complications.

36 Comité de rédaction de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) Consultation on Human Influenza A/H5 (2005). Avian influenza A(H5N1) infection in humans. New England Journal of Medicine, 353:1374–1385.

Fièvre hémorragique à virus Ebola

Qu'est-ce que la fièvre hémorragique à virus Ebola ? Ebola est une infection virale aiguë hautement contagieuse.

Transmission : La transmission, principalement interhumaine, résulte de contacts directs avec le sang, les sécrétions, les organes ou d'autres liquides corporels de sujets infectés. Les cérémonies funèbres où parents et amis sont en contact direct avec le corps du défunt peuvent contribuer dans une mesure importante à la transmission d'Ebola. La transmission par du sperme infecté est possible jusqu'à 7 semaines après la guérison clinique. De nombreux soignants ont été infectés en traitant des patients avec lesquels ils étaient en contact direct sans observer les précautions requises contre l'infection ni les techniques de soins en isolement.

L'infection humaine peut également résulter de contacts directs avec le sang, les sécrétions, les organes ou d'autres liquides corporels d'animaux. En Afrique, des personnes ont été contaminées par le virus Ebola après avoir manipulé des animaux infectés trouvés morts ou vivants dans la forêt tropicale, comme des chimpanzés, des gorilles, des roussettes, des singes, des antilopes des bois et des porcs-épics. Des cas d'infection humaine consécutifs à des contacts directs avec des porcs ou des tissus de porcs infectés ont été signalés récemment aux Philippines.

Signes et symptômes : La fièvre hémorragique à Ebola se caractérise souvent par une brusque hausse de température, assortie d'une faiblesse intense, de myalgies, de céphalées et de maux de gorge. Suivent des vomissements, une diarrhée, une éruption cutanée et une insuffisance rénale et hépatique et, dans certains cas, une hémorragie interne et externe. La période d'incubation est de 2 à 21 jours.

Grippe (saisonnière)

Qu'est-ce que la grippe ? La grippe est une maladie virale aiguë responsable d'épidémies annuelles qui atteignent leur pic en hiver dans les régions tempérées.

Transmission : La grippe saisonnière se propage rapidement d'une personne à une autre par l'inhalation de gouttelettes infectées projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou éternue. Le virus peut aussi se propager par des mains ou des surfaces contaminées.

Signes et symptômes : La grippe saisonnière se caractérise par l'apparition soudaine d'une forte fièvre, de toux (généralement sèche), de céphalées, de douleurs musculaires et articulaires, d'un malaise général, de maux de gorge et d'écoulements nasaux. La fièvre et les autres symptômes disparaissent le plus souvent en une semaine sans traitement médical, mais la grippe peut être cause de maladie grave ou de décès chez les personnes à haut risque. La période d'incubation, délai entre l'infection et la maladie, est d'environ deux jours.

Rougeole

Qu'est-ce que la rougeole ? La rougeole est une maladie virale aiguë qui demeure l'une des principales causes de décès du jeune enfant.

Transmission : La rougeole est l'une des maladies les plus contagieuses connues. Tout enfant non vacciné, ou presque, contracte la rougeole s'il est exposé au virus. Celui-ci se propage par les gouttelettes projetées dans l'air par une personne qui tousse ou éternue, par des contacts interpersonnels rapprochés ou un contact direct avec des sécrétions nasales ou laryngées de sujets infectés. La rougeole est donc une maladie à tendance épidémique qui peut provoquer de nombreux décès, notamment parmi les enfants dénutris. Le virus reste actif et contagieux dans l'air et sur les surfaces infectées jusqu'à deux heures. Il peut être transmis par un sujet infecté pendant les quatre jours qui précèdent et les quatre jours qui suivent l'apparition de l'éruption cutanée. Lorsqu'une personne est malade, un grand nombre de ses contacts proches qui sont vulnérables sont également infectés.

Signes et symptômes : Le premier signe d'infection est en général une forte fièvre, qui apparaît environ 10 ou 12 jours après l'exposition au virus et peut durer de 1 à 7 jours. À ce stade initial, le patient peut présenter une rhinorrhée (nez qui coule), de la toux, des yeux rouges et larmoyants, et de petits points blanchâtres sur la face interne des joues. Quatorze jours plus tard en moyenne (fourchette de 7-18 jours), une éruption cutanée apparaît, habituellement sur le visage et le haut du cou. En trois jours environ, elle descend, pour atteindre les mains et les pieds. L'éruption cutanée dure cinq ou six jours puis disparaît.

Méningite à méningocoques

Qu'est-ce que la méningite à méningocoques ? La méningite est une maladie grave qui affecte le liquide qui entoure le cerveau et la moëlle épinière. Elle peut être consécutive à un traumatisme physique, une réaction à certains médicaments ou une infection due à certains virus, champignons ou parasites ; la méningite due au méningocoque, responsable de flambées épidémiques, est la forme la plus grave de la maladie. Les personnes de moins de 30 ans sont plus particulièrement exposées à la méningite.

Transmission : La transmission bactérienne s'opère de personne à personne par des gouttelettes de sécrétions respiratoires ou pharyngées. Un contact étroit et prolongé (baiser, éternuement et toux, vie en collectivité ou dortoirs, mise en commun des couverts ou des verres, etc.) favorise la propagation de la maladie. La période d'incubation est en moyenne de 4 jours (fourchette de 2-10 jours).

Signes et symptômes : Les symptômes les plus fréquents sont les suivants : raideur de la nuque, température élevée, photophobie, état confusionnel, céphalées et vomissements. Même lorsque la maladie est diagnostiquée très tôt et qu'un traitement approprié est institué, de 5 à 10 % des malades décèdent, habituellement dans les 24 à 48 heures suivant l'apparition des symptômes. Chez les enfants, on observe un bombement de la fontanelle, une perte d'appétit et des vomissements. L'enfant demeure en outre inactif et morose et a des convulsions.

Infection à virus Nipah

Qu'est-ce que l'infection à virus Nipah ? Le virus Nipah est un virus émergent qui peut se transmetttre de l'animal à l'homme ou directement d'homme à homme ; la moitié des cas déclarés au Bangladesh entre 2001 et 2008 résultaient d'une transmission interhumaine. Le virus Nipah peut provoquer une maladie grave chez des animaux domestiques comme les porcs. Il n'existe ni traitement ni vaccin, ni pour l'homme ni pour l'animal. Les hôtes naturels du virus Nipah sont les chauves-souris frugivores de la famille des Ptéropodidés.

Transmission : La plupart des infections humaines sont dues à des contacts directs avec des porcs malades ou des tissus de porcs contaminés. On pense que la transmission se fait par des gouttelettes respiratoires ou par contact avec des sécrétions laryngées ou nasales ou les tissus d'un animal malade. La consommation de fruits ou de produits dérivés (jus de palmier dattier, par exemple) contaminés par l'urine ou la salive de chauves-souris frugivores infectées est une autre source probable d'infection. La transmission interhumaine du virus Nipah résulte de contacts directs avec des sécrétions et des excréments.

Signes et symptômes : Les personnes infectées présentent d'abord des symptômes de type grippal – fièvre, céphalées, douleurs musculaires, vomissements et maux de gorge, qui peuvent être suivis de vertiges, de somnolence, d'une altération de la conscience et de signes neurologiques d'encéphalite aiguë. Certains sujets peuvent aussi présenter une pneumonie atypique et des problèmes respiratoires graves, et notamment une détresse respiratoire aiguë. Une encéphalite et une attaque peuvent survenir dans les cas graves, et évoluer vers un coma dans les 24 à 48 heures.

Fièvre de la vallée du Rift

Qu'est-ce que la fièvre de la vallée du Rift ? La fièvre de la vallée du Rift est une zoonose virale qui touche principalement les animaux mais peut aussi atteindre l'homme. L'infection peut provoquer une pathologie sévère tant chez l'animal que chez l'homme. Les morts et les avortements dans les troupeaux infectés entraînent aussi des pertes économiques substantielles.

Transmission : Dans la majorité des cas, l'infection chez l'homme est consécutive à des contacts directs ou indirects avec du sang ou des organes d'animaux contaminés. Le virus peut se transmettre à l'homme lors de la manipulation de tissus animaux au cours de l'abattage ou de la découpe, pendant les mises-bas et les interventions vétérinaires, ou lors de l'élimination des carcasses ou des fœtus. Certains groupes professionnels, comme les gardiens de troupeaux, les éleveurs, les employés des abattoirs et les vétérinaires, sont donc plus exposés au risque d'infection. Le virus contamine l'homme par inoculation, en cas de blessure avec un couteau souillé ou de lésion cutanée par exemple, ou par inhalation des aérosols produits au cours de l'abattage d'animaux infectés. Ce dernier mode de transmission a aussi conduit à la contamination de personnels de laboratoire.

Signes et symptômes : Dans la forme bénigne de la fièvre de la vallée du Rift, des personnes infectées ne présentent aucun symptôme décelable, d'autres développent un syndrome fébrile avec brusque apparition de fièvre, de myalgies, d'arthralgies et de céphalées de type grippal. Dans certains cas, on observe une raideur de la nuque, une photophobie, une perte d'appétit et des vomissements ; pour ces patients, la maladie peut être confondue dans ses premiers stades avec une méningite.

La plupart des cas chez l'homme sont relativement bénins, mais une petite proportion des patients développent une pathologie beaucoup plus grave prenant en général la forme d'un ou de plusieurs des trois syndromes suivants : atteinte oculaire (0,5-2 % des patients), méningo-encéphalite (moins de 1 %) ou fièvre hémorragique (moins de 1 %).

Fièvre jaune

Qu'est-ce que la fièvre jaune ? La fièvre jaune est une maladie virale qui touche des personnes de tous âges. Le terme «jaune» fait référence à la jaunisse que présentent certains patients.

Transmission : Le virus amaril touche principalement l'homme et le singe. On distingue la transmission horizontale du virus, d'un animal à un autre, par les piqûres d'un moustique (le vecteur) et la transmission verticale du virus, par les œufs infectés. Les œufs, qui résistent à la sécheresse, éclosent au début de la saison pluvieuse. Le moustique est donc le véritable réservoir du virus et assure la transmission d'une année à l'autre.

Signes et symptômes : La fièvre, les douleurs musculaires (avec une dorsalgie importante), les céphalées, les frissons, la perte d'appétit, les nausées et les vomissements peuvent être suivis de saignements des gencives, de sang dans les urines et de jaunisse. La fièvre jaune est diffficile à reconnaître, notamment à ses premiers stades. On peut aisément la confondre avec le paludisme, la typhoïde, les rickettsioses, les fièvres hémorragiques virales (Lassa, par exemple), les arboviroses (comme la dengue), la leptospirose, l'hépatite virale et les intoxications (par le tétrochlorure de carbone, par exemple). La confirmation d'un cas suspect par un laboratoire d'analyses est indispensable.

Bibliographie complémentaire

Brunnquell F, Epelboin A, Formenty P (2007). Ebola, c'est pas une maladie pour rire (Ebola : no laughing matter). (Congo), 51 min 28 s, Producer CAPA. http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0640CGebolarirre1vf.rm ; http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0640_CGebolarireangl.rm.

Cassell EJ (1985). The healer's art. Cambridge, Massachusetts, MIT Press.

Clement S, et al. (2009). Complex interventions to improve the health of people with limited literacy : a systematic review. Patient Education and Counseling, 75 : 340–351.

Eisenberg L (1977). Disease and illness : distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, Medicine, and Psychiatry, 1 : 9–23.

Epelboin A et al. (2008). Humanisation and informed consent for people and populations during responses to VHF in central Africa (2003–2008). In : Humanitarian Stakes, 1 : 25–37 [28–40]. Conference video 17 min 25 s http://www.msf.ch/fileadmin/user_upload/uploads/ureph/2008_09_19_humanitarian_stakes_n1/dvd/question_1_fr.html.

Epelboin A et al. (2005) Marburg en Angola 2005. Production, SMM/CNRS/MNHN/OMS. Can be found at : https://www.rap.prd.fr/ressources/

Epelboin A et al. (2005) O trio contra Marburg. 18 min. http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/new_Trio_Marburg_00.rm. Can be found at : https://www.rap.prd.fr/ressources/

Epelboin A et al. (2005) Mise en bière d'un bébé. 25 min. http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/Miseenbiere_00.rm. Can be found at : https://www.rap.prd.fr/ressources/

Epelboin A et al. (2005) Funérailles de crise, le tailleur et les siens. 37 min. http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/Le_Tailleur_et_les_siens_00.rm. Can be found at : http://www.rap.prd.fr/ressources/

Foster GM (1976). Disease etiologies in nonwestern medical systems. American Anthropologist, 78 : 4.

Green CE (1999). Indigenous theories of contagious disease. Walnut Creek, California, Altamira Press.

Hahn RA (1995). Sickness and healing : an anthropological perspective. New Haven, Connecticut, Yale University Press.

Hewlett BL, Hewlett BS (2005). Providing care and facing death : nursing during Ebola outbreaks in central Africa. Journal of Transcultural Nursing, 16 : 289–297.

Hickler B (2007). Bridging the gap between HPAI "awareness" and practice in Cambodia : recommendations from an anthropological participatory assessment. Prepared for FAO Cambodia, Phnom Penh. Available at http://www.fao.org/docs/eims/upload//241483/ai301e00.pdf.

Kleinman A (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkeley, California, University of California Press.

Kleinman A, Eisenberg L, Good B (1978). Culture, illness, and care : clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine, 88 : 251–258.

Rhodes LA (1996). Studying biomedicine as a cultural system. In : Sargent C, Johnson T, eds. Medical anthropology : contemporary theory and method. Westport, Connecticut, Praeger.

Promotion de la santé

Amuyunzu-Nyamaongo, M and Nyamawa, D (2010). Evidence of Health Promotion Effectiveness in Africa. African Institute for Health & Development (AIHD) and International Union for Health Education and Promotion (IUHPE).

Davison, M (2008). Communication concepts, practice and challenges. Health Education Research. Volume 23, Issue 3, p. 369-370

WHO Regional Office for Africa. Regional health promotion strategy (2002) http://www.afro.who.int/healthpromotion/index.html.

WHO Regional Office for the Western Pacific. Health in Asia and the Pacific, 2008. http://www.wpro.who.int/publications/Health+in+Asia+and+the+Pacific.htm.

WHO Regional Office for South-East Asia (2008), Guidelines for developing behaviour change interventions in the context of avian influenza, Health Promotion and Education (HPE) ,Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health.

Flambées épidémiques et maladies à tendance épidémique

A framework for global outbreak alert and response. Geneva, World Health Organization, 2001. http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsr2002.pdf.

Communicable disease control in emergencies : a field manual. Geneva, World Health Organization, 2005. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546166_eng.pdf.

WHO Global Alert and Response Department. http://www.who.int/csr/en/.

WHO Programme on Disease Control in Emergencies. http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/resources/en/.

Global defence against the infectious disease threat. Geneva, World Health Organization, 2003. http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590297.pdf.

Une pandémie de grippe et grippe aviaire

WHO guidance documents on pandemic influenza. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/en/index.html.

Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations, WHO guidelines for humanitarian agencies. Geneva, World Health Organization, 2008. http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/HSE_EPR_DCE_2008_3rweb.pdf.

Pandemic influenza prevention and mitigation in low resource communities. Geneva, World Health Organization, 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/PI_summary_low_resource_02_05_2009.pdf.

WHO fact sheet on avian influenza, updated February 2006. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/en/.

Behavioural interventions for avian influenza risk reduction. WHO/FAO/UNICEF, 2006. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/adhocsummaryreport.pdf.

Behavioural interventions for reducing the transmission and impact of Influenza A(H1N1) virus. WHO/UNICEF, 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/framework_20090626_en.pdf.

Choléra

Global Task Force on Cholera Control. http://www.who.int/cholera/en/.

WHO fact sheet on cholera, updated November 2008. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/index.html.

Cholera outbreak : assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva, World Health Organization, 2004. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CPE_ZFk_2004.4_eng.pdf.

Méningite à méningocoques

WHO fact sheet on meningococcal meningitis, updated May 2003. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/.

Fièvre hémorragique

WHO fact sheet on Ebola haemorrhagic fever, updated December 2008. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/index.html.

WHO fact sheet on Marburg haemorrhagic fever, updated July 2008. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/en/index.html.

Video on Ebola haemorrhagic fever in the Democratic Republic of the Congo, September 2007. http://video.who.int/streaming/Ebola_outbreak_drc_2007.wmv.

Rougeole

WHO fact sheet on measles, updated December 2008. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html.

Fièvre jaune

WHO Epidemic and Pandemic Alert and Response. http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/index.html.

WHO fact sheet on yellow fever, updated December 2001. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/en/.

Méthodes de recherche, suivi et évaluation

Bertrand JT (2005). Evaluating health communication programmes. The Drum Beat, 302. http://www.comminit.com/drum_beat_302.html.

Green L, Mercer S (2001). Community-based participatory research : can public health researchers and agencies reconcile the push from funding bodies and the pull from communities ? American Journal of Public Health, 91 : 1926–1929.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2010). Monitoring and evaluation plan guidance. Geneva.

Health Communication Unit. Logic models workbook. Toronto, Ontario, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 2001. http://www.thcu.ca/infoandresources/planning_resources.htm#tp.

Schiavo R (2007). Health communication : from theory to practice. Chapter 13 and Appendix A. San Francisco, California, Jossey-Bass.

UNICEF (2006). Essentials for excellence : a research, monitoring and evaluation tool. http://www.unicef.org/influenzaresources/files/EforE_RME_Guidelines_Dec_2006(1).pdf.

Office of Minority Health (2007). OMH evaluation guidelines. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services.

Matériaux de communication

UNICEF Resource centre for avian and pandemic influenza communication http://www.unicef.org/influenzaresources/.

UNICEF CREATE ! For children—Communication resources, essentials and tools for emergencies. http://keenhosting.net/unicef/.

La communication des risques et la communication de l'épidémie

Effective media communication during public health emergencies. Geneva, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_31/en/.

Information management and communication in emergencies and disasters. Washington DC, Pan-American Health Organization, 2009. http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=997&Itemid=1.

Outbreak communication guidelines. Geneva, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200528/whocds200528en.pdf.

Outbreak communication—best practices for communicating with the public during an outbreak. Report of the WHO Expert Consultation on Outbreak Communications held in Singapore, 21–23 September 2004. Geneva, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf.

Outbreak communication planning guide. Geneva, World Health Organization, 2008. http://www.who.int/ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf.

Health, hazards and public debate—lessons for risk communication from the BSE/CDJ saga. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006. http://www.euro.who.int/document/E87919.pdf.

Right of everyone to take part in cultural life. Committee of Economic, Social and Cultural Rights-General Comments. UNHCR 2009. http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm

Marketing et modèles comportementaux

Générales

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (2008). Health behaviour and health education : theory, research, and practice, 4th Ed. San Francisco, John Wiley & Sons Inc.

Kotler P, Andreasen A (1996). Strategic marketing for nonprofit organizations, 5th Ed. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall.

Paek H et al. (2008). Applying theories of behaviour change to public emergency preparedness : implications for effective health and risk communication. Paper presented at the 94th Annual Convention of the National Communications Association, San Diego, California, TBA. http://www.allacademic.com/meta/p259806_index.html.

Redding CA et al. (2000). Health behaviour models. International Electronic Journal of Health Education, 3 : 180–193. http://www.iejhe.siu.edu.

Rimer BK, Glanz K (2005). Theory at a glance : a guide for health promotion practice, 2nd Ed., Washington DC, National Cancer Institute, National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services.

Siegel M, Lotenberg LD (2007). Marketing public health : strategies to promote social change. Sudbury, Ontario, Jones and Bartlett.

Le health belief model

Becker MH (1974). The health belief model and personal health behaviour. Health Education Monographs, 2 : 324–473.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (2008). Health behaviour and health education : theory, research, and practice, 4th Ed. San Francisco, John Wiley & Sons Inc.

Hochbaum GM (1958). Public participation in medical screening programs : a sociopsychological study (Public Health Service Publication No. 572). Washington DC, United States Government Printing Office.

Janz NK, Champion VL, Strecher VJ (2002). The health belief model. In : Glantz K, Rimer BK, Lewis FM, eds, Health behaviour and health education : theory, research and practice. San Francisco, Jossey-Bass, Chapter 3.

Kirscht JP (1974). The health belief model and illness behaviour. Health Education Quarterly, 11 : 1–47.

Rosenstock IM (1974). The health belief model and preventative health behaviour. Health Education Monographs, 2 : 354–386.

Théorie de l'action raisonnée et de la théorie du comportement planifié

Ajzen I (1985). From intentions to actions : a theory of planned behaviour. In Kuhl J, Beckman J, eds, Action-control : from cognition to behaviour. Heidelberg, Springer.

Ajzen I, Driver BL (1991). Prediction of leisure participation from behavioural, normative, and control beliefs : an application of the theory of planned behaviour. Leisure Science, 13 : 185–204.

Ajzen I, Fishbein M (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.

Fishbein M, Ajzen I (1975). Belief, attitude, intention, and behaviour : an introduction to theory and research. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley.

Gottlieb NH, Gingiss PL, Weinstein RP (1992). Attitudes, subjective norms and models of use for smokeless tobacco among college athletes—implications for prevention and cessation programming. Health Education Research, 7 : 359–368.

Montaño DE, Kasprzyk D, Taplin SH (1997). The theory of reasoned action and theory of planned behaviour. In : Glantz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health behaviour and health education : theory, research, and practice, 2nd ed. San Francisco, California, Jossey-Bass.

Théorie sociale cognitive

Bandura A (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behaviour change. Psychological Review, 84 : 191–215.

Bandura A (1986). Social foundations of thought and action : a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.

Bandura A (1994). Social cognitive theory of mass communication. In : Zillmann, JBD, ed., Media effects : advances in theory and research. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum.

Bandura A (1997). Self-efficacy : the exercise of control. New York, W.H. Freeman.

Perry C, Baranowski T, Parcel G (1990). How individuals, environments, and health interact : social learning theory. In : Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health behaviour and health education : theory, research, and practice. San Francisco, California, Jossey-Bass.

Strecher VJ et al. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behaviour change. Health Education Quarterly, 13 : 73–91.

Modèle transthéorique

Prochaska JO, DiClemente CC (1983). Stages and processes of self-change of smoking—toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51 : 390–395.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). In search of how people change : applications to addictive behaviours. American Psychologist, 47 : 1102–1114.

Prochaska JO, Norcross JC (2001). Stages of change. Psychotherapy, 38 : 443–448.

Prochaska JO, Velicer WF (1997). The transtheoretical model of health behaviour change. American Journal of Health Promotion, 97 : 38–48.

Prochaska JO, et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. Health Psychology, 13 : 39–46.

Prochaska JO, Redding CA, Evers K (1997). The transtheoretical model and stages of change. In : Glantz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health behaviour and health education : theory, research, and practice, 2nd ed., San Francisco, California, Jossey-Bass ; 60–84.

Velicer WF, et al. (1998). Smoking and stress : applications of the transtheoretical model of behaviour change. Homeostasis, 38 : 216–233.

Autres modèles pertinents

Bryant J, Oliver MB (2009). Media effects : advances in theory and research. New York, Routledge/Taylor & Francis.

Rogers EM (1995). Diffusions of innovations, 4th ed. New York, Free Press.

Weinstein ND (1988). The precaution adoption process. Health Psychology, 7 : 355–386.



Pour plus d'informations contactez :

Organisation mondiale de la Santé

Department of Global Capacities Alert and Response

20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Tél. +41 (0) 22 791 4568
Télécopie : +41 (0) 22 791 4721

combi@who.int
csr@who.int
www.who.int/csr/en/

