

RAPPORT

Evaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des campagnes SSME - Semaine de la Santé de la Mère et de l'enfant (2006 – 2011).

Antananarivo, février 2012



SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	03
LISTE DES TABLEAUX	04
INTRODUCTION	05
<u>PARTIE A. LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION</u>	06
<u>PARTIE B. LA METHODOLOGIE</u>	07
Section B.1. Les sites de recherche.....	07
Section B.2. Les cibles de l'évaluation	10
Section B.4. La collecte des données.....	15
<u>PARTIE C. LES RESULTATS</u>	20
CHAPITRE I : PHASE DE CONCEPTION ET DE MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE SSME	21
Section 1.1. Le processus de la conception et de mise en œuvre de la campagne.....	22
Section 1.2. La stratégie de mobilisation.....	27
CHAPITRE II : CONNAISSANCE ET PERCEPTION GENERALE PAR LES CIBLES	41
Section 2.1. : Connaissance générale de la SSME.....	42
Section 2.2. : Les messages liés à la campagne SSME.....	46
Section 2.3. : Les sources de motivation à la participation à la campagne SSME.....	48
Section 2.4. : Freins à la participation à la campagne SSME.....	51
Section 2.5. : Attentes des cibles sur la campagne SSME.....	62
<i>Conclusions et recommandations</i>	64
CHAPITRE III : LA STRATEGIE DE COMMUNICATION MEDIATIQUE (ET HORS-MEDIA)	70
Section 3.1. : Les sources d'information.....	71
Section 3.2. : La Radio.....	72
Section 3.3. : L'affichage.....	74
Section 3.4. : Les approches communautaires.....	78
Section 3.5. : Les autres supports et approches.....	82
Section 3.6. : Les attentes en communication.....	84
<i>Conclusions et recommandations</i>	86
CHAPITRE IV : LA STRATEGIE DE MOBILISATION SOCIALE ET LES MOBILISATEURS	89
Section 4.1. : Rôles et responsabilités.....	90
Section 4.2. : Les activités courantes du mobilisateur.....	91
Section 4.3. : Les approches de mobilisation pratiquées.....	94
Section 4.4. : Compréhension générale de la SSME par le mobilisateur.....	99
Section 4.5. : Les messages habituellement transmis.....	101
Section 4.6. : Les difficultés rencontrées.....	105
Section 4.7. : Les principales sources de démotivation.....	109
Section 4.8. : Les facteurs qui facilitent la mobilisation.....	114
Section 4.9. : La formation du mobilisateur.....	116
Section 4.10. : Les attentes et aspirations du mobilisateur.....	119
<i>Conclusions et recommandations</i>	121
ANNEXES	128
Annexes 1. Protocole de l'évaluation.....	129
Annexes 2. Les outils	150

LISTE DES ABREVIATIONS

ADRA	: Adventist Development and Relief Agency
BCG	: Bacille bilié de Calmette et de Guérin
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CES/ECAR	: Eglise Catholique Romaine
CIP	: Communication Interpersonnelle
COSAN	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Périnatale
CRS	: Catholic Relief Service
CSB	: Centre de Santé de Base
CUA	: Commune Urbaine d'Antananarivo
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
DSM	: Direction de la Santé de la Mère
DTChepBHib	: Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et l'hémophilus influenzae b
EPM	: Enquête Périodique auprès des Ménages
FAF	: Fer Acide Folique
FAP	: Femme en âge de procréer
FISA	: Fianakaviana Sambatra
FNA	: Femme nouvellement accouchée
IEC	: Information Education Communication
INSTAT	: Institut National de la Statistique
MID	: Moustiquaire à Imprégnation Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
ONN	: Office National de la Nutrition
PDD	: Perdu de vue
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planning Familial
PPN	: Produit de Première Nécessité
RTA	: Radio Télévision Analamanga
SDSP	: Service de District de Santé Publique
SE/CNLS	: Secrétaire Exécutif/Comité National de Lutte contre le SIDA
SP	: Sulfadoxine-pyriméthamine
SSD	: Service de Santé de District
SSME	: Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	: Visite A Domicile
VAR	: Vaccin Anti Rougeole
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Les sites de recherche	7
Tableau 2	: Descriptif des sites de recherche.....	8
Tableau 3	: Représentation de l'analyse de la situation.....	10
Tableau 4	: Les étapes du processus.....	22
Tableau 5	: Evolution de la stratégie.....	27
Tableau 6	: Les sources d'information.....	71
Tableau 7	: Rôles et responsabilités des mobilisateurs.....	90
Tableau 8	: Exemples de messages sur l'efficacité de l'offre.....	102
Tableau 9	: Exemples de contre-arguments.....	103

INTRODUCTION

Depuis octobre 2006, la *Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant* (SSME) est un rendez-vous biannuel dans l'ensemble du pays. Événement sanitaire dont l'objectif consiste à offrir un paquet de services essentiels gratuits aux femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'aux enfants âgés de moins de cinq ans, la SSME vise en priorité les populations les plus vulnérables. Cette stratégie est développée pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire du Développement (OMD), notamment la réduction du taux de mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et l'accès universel à la planification familiale. L'objectif est de couvrir au moins 90% de la population cible. Le principal défi réside dans l'accès aux populations vivant dans les zones les plus enclavées alors qu'environ 76.8%¹ des familles Malagasy vivent en milieu rural. Pour gagner ce pari, la stratégie de mise en œuvre est axée sur une inclusion, à tous les niveaux, des partenaires techniques et financiers, de tous les leaders locorégionaux ainsi que de la communauté. En plus, afin d'accroître la demande et l'utilisation des services intégrés à haut impact proposés, une campagne de mobilisation sociale et de communication est lancée avant et pendant la SSME. La campagne de mobilisation sociale regroupe plusieurs activités réalisées avec la participation des leaders communautaires et religieux, des mobilisateurs, des animateurs radio, des associations locales et des mouvements des jeunes dans les villes ciblées (scouts, éducateurs pairs, etc.). Une campagne médiatique (radios locales, télévisions, affichage) et des communications interpersonnelles faites par les agents communautaires renforcent les actions de mobilisation sociale.

A l'issue de la dixième édition, la question se pose quant à la qualité et l'efficacité des différents éléments de la stratégie de mobilisation. Quelles actions sont les plus pertinentes ? Quels canaux sont les plus performants ? Quels messages sont à promouvoir ? Quels acteurs sont à solliciter et/ou à soutenir ? Quels sont les réajustements à faire ? Une évaluation qualitative a été réalisée afin de mieux orienter les stratégies futures.

¹ INSTAT/DSM/EPM 2005

Tandem 2011 - Evaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des campagnes SSME 2006 - 2011.

PARTIE A. LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation vise à vérifier la qualité et l'efficacité de la stratégie de mobilisation sociale lors des campagnes Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) afin de capitaliser les acquis et orienter les nouvelles stratégies. Les objectifs de l'évaluation sont précisément de :

- (i) Examiner et documenter la stratégie de mobilisation sociale de toutes les éditions de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) de 2006 à 2011.
- (ii) Evaluer le processus de mise en œuvre des activités de mobilisation sociale et de communication effectuées à tous les niveaux :
 - a. Niveau central : comité de mobilisation sociale.
 - b. Niveau des régions et des districts, particulièrement au niveau des districts auxquels des activités de communication interpersonnelle ont été renforcées : Analalava, Maintirano, Miandrivazo, Ankazobe, Soalala et Befotaka Sud.
 - c. Niveau communautaire : communes et fokontany.
- (iii) Evaluer les sources d'information sur la SSME selon l'âge, le genre et le milieu de résidence, ainsi que sur les perceptions de la SSME à travers des groupes de discussions dirigées.
- (iv) Evaluer la qualité et l'efficacité des matériels et des supports d'IEC/CCC, ainsi que la pertinence des canaux de communication utilisés lors de la SSME pour atteindre les populations cibles : canaux de masse à travers les matériels imprimés et audiovisuels, et canaux interpersonnels à travers les groupes communautaires : autorités locales, leaders communautaires, agents communautaires/mobilisateurs.
- (v) Fournir les recommandations concrètes pour une meilleure capitalisation des meilleures pratiques et des orientations constructives et réalistes pour des stratégies plus porteuses.

PARTIE B. LA METHODOLOGIE

Pour atteindre les objectifs fixés, Tandem a proposé une stratégie basée sur (i) l'évaluation du processus de conception et de mise en œuvre de la campagne de mobilisation sociale et de communication, (ii) l'évaluation des différentes stratégies de mobilisation sociale et de communication appliquées dans les différents types de sites, (iii) l'évaluation des différents supports et approches de communication (médiatiques et interpersonnelles) utilisés et enfin (iv) l'évaluation de l'accès et de l'effet des différentes actions entreprises sur les populations cibles.

Section B.1. Les sites de recherche

Six districts ont été sélectionnés pour réaliser l'évaluation. Ensemble, les six districts réunissent les différentes stratégies développées lors des campagnes SSME. Elles sont axées sur la *localisation (zone rurale/zone urbaine)*, la *représentativité géographique et socioculturelle* ainsi que le *fait d'avoir bénéficié ou non d'un renforcement de capacité en communication interpersonnelle en octobre 2010 pour les mobilisateurs sociaux*. Le caractère qualitatif de l'évaluation implique un nombre limité de districts.

Tableau 1 : LES SITES DE RECHERCHE

SITES	HAUTES TERRES	COTES
Urbain	Antananarivo (Centre) <i>Non appuyé*</i>	Toamasina I (Est) <i>Non appuyé</i>
Rural	Ankazobe (Centre) <i>Appuyé</i>	Befotaka Sud (Sud) <i>Appuyé</i> Maintirano (Ouest) <i>Appuyé</i> Mahajanga II (Ouest) <i>Non appuyé</i>

(*) Les mobilisateurs sociaux ont reçu ou non un renforcement de capacité en CIP.

Tableau 2 : DESCRIPTIF DES SITES DE RECHERCHE

SITE	District	Commune	Fokontany	CSB
Ankazobe (94 km de Tanà)	Ankazobe	Talata Angavo (40 km d' Ankazobe)	Dans un rayon de 8 à 10 km de la Commune : Manontantsiloza, Talata Angavo, Tsaramasoandro, Ambohi-manarina, Maharidaza	Talata Angavo
Toamasina (352 km de Tanà)	Toamasina I	Ambohijafy (6km)	Rayon de 4 à 7 km : Ambohijafy, Lazaret, Andranomadio	Ambohijafy
Antananarivo	Tàna Renivohitra Tàna Atsimondrano	CUA V arrondissement (à plus de 4 km de la ville)	Analamahitsy, Alasora (Amboarohy)	Analamahitsy
Mahajanga II (569 km de Tanà)	Mahajanga II	Betsako (à plus de 40km de Mahajanga II)	Rayon de 5 km de la Commune	Betsako
Maintirano (A plus de 1000 km de Tanà)	Maintirano	Andrea (à plus de 25km de Maintirano)	Rayon de 30 km de la Commune	Andrea
Befotaka (A plus de 941 km de Tanà)	Befotaka	Befotaka	Amorobe, Beharena, Amboropotsy, Antaninarenina	Antaninarenina

Parmi les six districts, Ankazobe, Befotaka Sud, Maintirano et Mahajanga II sont situés en milieu rural. Les communes regroupent plusieurs fokontany constitués de hameaux dispersés et souvent éloignés les uns des autres (ou de parcelles étendues : cas de Toamasina I).

Les fokontany se situent dans un rayon allant jusqu'à 40km de la commune (cas de fokontany rattachés au CBS2 de Marovitsika à Befotaka Sud). *Ces districts sont en partie enclavés pendant plusieurs mois de l'année (durant la saison des pluies).* Certaines localités deviennent inaccessibles en voiture à cause des eaux et très difficiles d'accès, même à pied. L'enclavement ne dépend pas exclusivement de l'éloignement. Il existe par exemple à Ankazobe des Fokontany qui se trouvent à moins de 150 km d'Antananarivo et qui sont inaccessibles en temps pluvieux ou parfois pour des raisons de sécurité.

Ces sites sont également caractérisés par :

- une population fortement analphabète (notamment, entre 58% et 77% pour Maintirano – Région Melaky – et entre 58% et 44% pour Befoaka – Région Atsimo Atsinanana)² et n’ayant reçu aucune ou peu d’éducation. Cette vulnérabilité se reflète à travers un caractère craintif vis-à-vis des étrangers et des nouvelles pratiques apportées dans leur mode de vie habituel ;
- un faible développement socioéconomique, notamment dû à la faible intégration des activités gouvernementales et des investisseurs pour la localité (à cause de son enclavement) ;
- une faible couverture médiatique ;
- une insécurité régnante concrétisée par la présence de « *dahalo* » (voleurs de zébus).

Les villes d’Antananarivo Renivohitra et de Toamasina I sont les deux autres sites étudiés. Dans ces villes également, les communes regroupent plusieurs fokontany ou parcelles dont certains sont très étendus.

De ce fait, *certaines fokontany sont situés à une grande distance du CSB de rattachement. Pourtant, ces mêmes fokontany sont localisés à une distance moins importante d’autres CSB auxquels ils ne sont pas rattachés.* Les cas d’Analamahitsy (pour Antananarivo) et d’Ambohijafy (pour Toamasina), retenus pour l’évaluation, illustrent bien ce schéma. Ces zones urbaines se caractérisent également par une population assez hétéroclite, avec un taux d’alphabétisation assez élevé (85% à Antananarivo Renivohitra et 79% à Toamasina I³). La couverture médiatique y est également importante. Les exceptions concernent quelques localités non desservies par l’électricité (72% de la population de Toamasina I et 75% de la population d’Antananarivo Renivohitra disposent de l’électricité fournie par la Jirama⁴).

Dans ces six districts, les CSB II sélectionnés pour l’évaluation sont des sites problématiques présentant des résultats peu satisfaisants lors des campagnes SSME.

² INSTAT/DSM/EPM 2005

³ INSTAT/DSM/EPM205

⁴ INSTAT/DSM./EPM2005

Section B.2. Les cibles de l'évaluation (Tableau 3 : Représentation de l'analyse de la situation)

P R O C E S S U S	STRATEGIE MO BILISATION SOCIALE SSME			
	STRATEGIE	SENSIBILISATION	MOBILISATION SOCIALE	PLAIDOYER
	ACTIVITES	Activités IEC	Formation des agents mobilisateurs	Visite de plaidoyer
	SUPPORTS	Supports IEC : Banderole, affiche, spot radio/TV	Guide de mobilisation sociale	Kit de plaidoyer (lettre...)
	CIBLES POTENTIELLES	Femmes enceintes, allaitantes, enfants de 0 à 59 mois, Parents de jeunes enfants (EN TANT QUE BENEFICIAIRES PRINCIPAUX DE L'OFFRE)	Agents mobilisateurs, Femmes enceintes, allaitantes, Enfants de 0 à 59 mois (Parents de jeunes enfants)	Leader d'opinion : Autorités locales (District, Fokontany), Responsable d'Eglise, Olobe, Autorité sanitaire (agent de santé,...) (EN TANT QUE PRESCRIPTEURS DE L'OFFRE)
	Quelles composantes de la stratégie nationale ont été effectivement mises en œuvre dans les districts ?	Est-ce que les formations en CIP tenues dans 6 districts ont permis d'améliorer la qualité des activités IEC entre les 3 dernières éditions de la SSME ? et si oui, comment, pourquoi ?	La stratégie de plaidoyer, mobilisation sociale et CCC répond-elle aux besoins et défis des districts ?	
R E S U L T A T S	Les activités IEC mises en œuvre par les services de santé de District et les CSB pour la SSME permettent-elles D'informer et de motiver les populations les plus vulnérables (Parents d'enfants âgés de 0 à 59 mois - géographiquement ou socialement vulnérables).			
	INFORMATION		MEMORISATION	
	Connaissance de la SSME, du contenu Les personnes concernées (cibles) L'offre (paquet de service, gratuité) Les avantages et les risques		Quels sont les informations et messages retenus de la campagne SSME ?	
	ACCES A L'INFORMATION		COMPREHENSION DU CONTENU	
	Les principaux bénéficiaires ont-ils accès à l'information (si oui comment ? si non, pourquoi?), Quels sont les canaux qui peuvent atteindre ceux qui n'ont pas été exposés – essentiellement la population vulnérable? Quels sont les canaux préférés ?		Les informations retenues traduisent-elles un bénéfice pertinent pour le bénéficiaire ? Pensent-ils être personnellement concernés par l'offre ? Perception de risque individuelle et par la communauté ? Les bénéfices correspondent-elles aux aspirations, peurs et valeurs ?	
NON	OUI	NON	OUI	
Non Exposé* à l'information. <i>Participation Ssme-non</i> (1) Focus : groupe NE par district	-	Exposé* à l'information Faible Mémorisation <i>Participation-Oui et non</i> (1) Focus : groupe EFM par district	-	
NON		PERSUASION		
Obstacles à la participation ? Appréciation ou non des services ? Attentes ? Obstacles spécifiques pour la population vulnérable + attentes ?		Les messages retenus et compris sont-ils perçus par les bénéficiaires comme étant réalistes ? importants/motivants ? exécutables ?		
NON		MOTIVATION A L'ACTION		
Exposé*, mémorisé, Faible Persuasion <i>Participation Ssme-non</i> (1) Focus : groupe EFP par district		Les services les plus appréciés ? pourquoi ? Perception de risque individuelle et par la communauté ?		
NON		OUI		
-		Exposé*, Mémorisation et Persuasion. <i>Participation Ssme-oui</i> (1) Focus : groupe EMP par district		

* Exposé = exposé aux actions de sensibilisation et de mobilisation sociale (1) exposé d'une manière générale dans les districts NON APPUYES en CIP (2) exposé aux activités CIP – dans les districts APPUYES en CIP

Le choix des cibles (les personnes à interviewer et les participants aux focus group discussions) est issu du précédent tableau d'analyse.

B.2.1. LES LEADERS D'OPINION

Durant l'évaluation, *trente deux (32) leaders d'opinion ont été interviewés*. Il s'agit entre autres de représentant du comité de mobilisation sociale au niveau central, de représentant de partenaire (Unicef), d'agents de santé, de Maires, de Présidents Fokontany, de leaders religieux, de leaders traditionnels, d'instituteurs, et d'animateurs de radio locale.

Les agents de santé interviewés occupent différents postes et responsabilités durant la campagne SSME : Chefs de santé du district, Médecin inspecteur, Adjoints de chefs de santé de district, Chefs CSB, Agents de santé au niveau de la commune : des médecins, des infirmiers, des sages femmes majors de service, des sages femmes. Des gestionnaires et des techniciens ont également été interviewés tels que les Adjoints techniques, les responsables PEV, etc.

Les leaders traditionnels rencontrés sont des Chefs traditionnels influents (Sojabe, Johary, Olobe, Lonaky) ou de simples personnes influentes du fait de leur position sociale ou professionnelle. Exemple : des masseurs, des tradi-praticiens. Les leaders administratifs sont habituellement le Maire de la localité, les Chefs Fokontany et les adjoints du Chef Fokontany. Les leaders religieux incluent des Pasteurs, des Prêtres, des catéchistes de différentes obédiences : Catholique, METM, etc.

D'une manière générale, ces leaders d'opinion ont une forte expérience dans la préparation et l'organisation de la SSME, surtout les agents de santé qui ont participé à plus de 9 éditions de campagne SSME. Ils ont tous participé à la dernière édition (Avril 2011). Les rares leaders d'opinion qui ont peu d'expérience en matière de SSME sont les personnes qui ont nouvellement intégré la profession : nouveau Président de Fokontany.

Tous ces leaders d'opinion ont joué un rôle plus ou moins important dans la campagne de mobilisation lors des différentes éditions de SSME. Leur influence sur les cibles est plus ou moins conséquente.

B.2.2. LES MOBILISATEURS SOCIAUX

Six (6) groupes de mobilisateurs sociaux ont également été entendus dans le cadre de discussions de groupe. Il s'agit d'hommes et de femmes dont la moyenne d'âge est de 32 à 51 ans; les mobilisateurs sociaux des sites ruraux étant plus jeunes que ceux des sites urbains. Le plus jeune mobilisateur ayant participé à cette étude est âgé de 18 ans et le plus âgé est de 62 ans. Les mobilisateurs âgés (plus de 60 ans) sont en général des personnes qui font un travail de bureau et se déplacent peu (Président du Fokontany). Ils sensibilisent les personnes qui se rapprochent d'eux.

L'équipe de mobilisateurs, en milieu rural et en zone reculée, est majoritairement composée d'hommes tandis que l'équipe de mobilisateurs en milieu urbain et en zone accessible est majoritairement composée de femmes. Cette différence peut être expliquée par les rudes conditions d'exercice des activités de mobilisation en milieu rural. Comme la plupart des cibles, la grande majorité des mobilisateurs sont des personnes qui exercent des petits métiers : des cultivateurs, des femmes au foyer, des commerçants, des artisans brodeuses, etc.

D'une manière générale, les mobilisateurs sont expérimentés : ils ont participé en moyenne à 9 éditions de campagne SSME. Les mobilisateurs de Befotaka sont peu expérimentés puisque la plupart ont participé à une seule édition de campagne SSME.

Ces mobilisateurs sociaux jouent un certain rôle dans la vie communautaire (membre du bureau de Fokontany, affilié au projet Seecaline, etc.) et ont participé à au moins trois éditions de la SSME.

B.2.3. LES PARENTS

Vingt trois (23) groupes de parents ont également participé à des discussions de groupe. Ce sont des parents exposés ou non aux campagnes de mobilisation sociale et de communication ET participants ou non aux différentes éditions de la SSME. Il s'agit de groupes mixtes composés majoritairement de femmes. Les participants aux focus ont entre 1 à 7 enfants.

B.2.3.1. LES CIBLES NON EXPOSEES A LA CAMPAGNE SSME (NE) :

Quatre (4) groupes de cibles non exposées ont participé à cette étude. Elles sont âgées de 15 à 54 ans (avec une moyenne d'âge de 29 ans) et sont des cultivatrices, des femmes au foyer, des lavandières, des commerçantes et des couturières. Les activités principales en milieu rural sont la culture ou le commerce. Les lavandières (du point de vue professionnel) se trouvent exclusivement en milieu urbain.

Les cibles non exposées sont en grande majorité des femmes, il y a eu également des participants hommes durant les focus group. Les participants non exposés sont d'une manière générale difficiles à trouver : à Toamasina et à Maintirano. Les chercheurs ont rajouté des interviews individuelles supplémentaires pour compléter les données obtenues au cours des focus group. Il a été difficile de trouver des véritables cibles non exposés à Ankazobe et à Betsako, bien que les chercheurs de ces deux localités aient d'abord sollicité l'appui des guides mobilisateurs et responsables du Fokontany et pour chercher ensuite eux-mêmes les participants.

B.2.3.2. LES CIBLES EXPOSEES AUX CAMPAGNES DE MOBILISATION ET DE COMMUNICATION ET PARTICIPANTES À LA CAMPAGNE SSME (EP) :

Six (6) groupes de cibles exposées et participants à la campagne ont participé à l'étude. Ils sont âgés de 14 à 49 ans (avec une moyenne d'âge de 23 à 33 ans). Les activités professionnelles exercées par ces participantes sont très diversifiées : cultivatrices, commerçantes, couturière, lavandières, fontainières, femmes au foyer, chauffeurs. *Remarque* : Une mendiante figurait parmi les cibles exposées et participantes de Toamasina.

Les cibles exposées et participantes à la campagne SSME sont en grande majorité des femmes, mais il y a eu également de rares participants hommes durant les focus group discussions à Mahajanga II et Maintirano. Il a été relativement facile de trouver les cibles exposées et participantes : A Ankazobe et à Toamasina, par exemple, les chercheurs ont facilement trouvé plus d'une vingtaine de participants durant la phase de présélection (une dizaine pour le cas de Befotaka).

La plupart des personnes sont des bénéficiaires qui participent régulièrement aux différentes éditions de la campagne SSME. Toutefois, les participants aux focus group discussions ont été sélectionnés de manière à intégrer ensemble les plus assidus, les moins assidus et les personnes qui ont récemment participé (c'est-à-dire, une seule participation).

B.2.3.3. LES CIBLES EXPOSEES AUX CAMPAGNES DE MOBILISATION ET DE COMMUNICATION MAIS NON PARTICIPANTS A LA CAMPAGNE SSME (ENP) :

Six (6) groupes de cibles exposées et participantes à la campagne SSME ont participé à cette étude. Ils sont âgés de 17 à 50 ans (avec une moyenne d'âge de 24 à 34 ans). Les cibles exposées et non participantes à la campagne SSME sont en totalité des femmes. Elles exercent les métiers suivants : cultivatrices, commerçantes, ménagères, femmes au foyer, lavandières et couturières.

Remarque : Il existe plusieurs profils de cibles non participantes à la campagne SSME. (1) Elles peuvent être des anciennes participantes qui refusent de participer aux campagnes ultérieures à cause de mauvaises expériences personnelles ou d'un changement radical de perception, (2) des personnes qui n'ont jamais participé à la campagne SSME à cause de contraintes majeures telles que l'insécurité, la mobilité professionnelle, l'inaccessibilité ou éloignement du point de dispensation de l'offre (qui engendre des frais de déplacement).

B.2.3.4. LES CIBLES EXPOSEES ET QUI ONT UNE FAIBLE MEMORISATION DU CONTENU DE LA CAMPAGNE DE MOBILISATION (EFN) :

Six (6) groupes de cibles exposées et ayant faiblement mémorisé les contenus ont participé à l'étude. Elles sont âgées de 14 à 58 ans (avec une moyenne d'âge de 30 à 35 ans) et exercent des activités professionnelles très variées : cultivatrices, commerçantes, institutrices, porteuses de briques, ménagères, couturières, tisseuses, femmes au foyer, lavandières. Elles peuvent être des personnes ayant participé ou non à une campagne SSME.

Ce type de cibles (cibles exposées mais ayant faiblement mémorisé le contenu des campagnes de communication) est très facile à trouver : à Ankazobe, une quarantaine de personnes sont venues pour la présélection contre une cinquantaine de personnes à Antananarivo.

Section B.4. La collecte des données

B.4.1. LES PREALABLES DE LA COLLECTE DE DONNEES

Validation du protocole de l'étude : Il a été validé en réunion du comité de mobilisation sociale le vendredi 12 août 2011 après une présentation orale de son contenu. La discussion était principalement orientée sur la justification de l'approche qualitative, la justification du choix des sites, l'explication de l'équilibre entre les données à recueillir au niveau des prestataires de la SSME et des cibles et bénéficiaires et l'affinement ou complétion des besoins d'information. Le protocole a été finalisé selon les recommandations issues de cette réunion. (Voir Annexe 1 en page 129).

Validation des outils : Les outils ont été développés à partir des informations décrites dans le protocole finalisé. Les guides de discussion et guides d'interview ont été discutés et modifiés en équipe interne (tous les chercheurs concernés par l'étude). Il s'agit notamment de la vérification du contenu de la question : suffisamment complet et clair pour faire sortir les besoins d'information liés à la question. Il est pareillement important de vérifier la fidélité et la pertinence de la traduction. A la fin, les guides de discussion et les guides d'interview ont été soumis à l'approbation des membres du comité.

Pré-test des outils : Les guides validés ont été pré-testés le mardi 23 août 2012 à Amboarohy Alasora auprès d'un (1) groupe de mobilisateurs, un (1) groupe de cibles non-exposés (NE), un (1) groupe de cibles exposées et participantes à la SSME, un (1) groupe de cibles exposées et non participantes, six (6) leaders (sanitaires, administratifs, religieux et traditionnels).

Regroupement et recrutement des participants à la recherche : Une fois sur terrain, et durant la visite de courtoisie, les chercheurs ont briefé le responsable local (le médecin inspecteur, le chef CSB et/ou le Président du Fokontany et un mobilisateur) sur le profil général des participants aux focus group discussion. Il s'agissait à cette étape de trouver le maximum de personnes, d'établir une liste détaillée du profil de chaque individu afin d'en sélectionner le nombre nécessaire pour chaque focus group discussion. Plusieurs manières de regrouper les cibles à sélectionner ont ensuite pu être choisies :

Soit le recruteur a lancé un appel pour faire venir environ une trentaine de personnes à chaque focus (option essentiellement adoptée en milieu urbain), soit les chercheurs et un guide (le mobilisateur) ont visité les Fokontany et ont fait du porte-à-porte (option courante en milieu rurale).

Présélection des participants aux focus group discussions : Sur la base de la précédente liste (Fiche de présélection), le chercheur a sélectionné 8 à 10 personnes disponibles, motivées, correspondantes au profil requis. L'objectif de la présélection était d'avoir un groupe suffisamment hétérogène sur chaque critère : genre, nombre d'enfants, situation matrimoniale, accès au media, accès à l'électricité, lieu d'habitation, distance par rapport au CSB, participation à la SSME, etc. Cette activité a été effectuée un (1) jour ou une demi-journée avant le focus group discussion. **Remarque** : Mais avant, chaque focus, le rapporteur de l'équipe de chercheur a vérifié la liste des participants présélectionnés et la conformité de ladite liste avec les personnes présentes.

Introduction et mise en confiance : Au début de chaque focus group discussion, l'animateur/modérateur a expliqué en détail le déroulement de la session afin de mettre en confiance les participants au focus. Il a expliqué le rôle de toutes les parties prenantes (observateur, animateur, rapporteur), il a également expliqué la raison d'être de toutes les activités (prise de note, enregistrement sonore, questions/réponses).

B.4.2. LA COLLECTE PROPRESMENT DITE

Les données ont été recueillies par le biais : (i) d'une revue et analyse documentaires, (ii) d'interviews individuelles approfondies avec des informateurs-clés, (iii) de discussions de groupes avec les groupes cibles, (iv) de l'observation des CSB et des sites communautaires, et (v) du relevé des données SSME au niveau des districts.

B.4.2.1 REVUE ET ANALYSE DOCUMENTAIRES.

La revue et l'analyse documentaires a été effectuée en amont. Elle consistait à relever l'ensemble des publications relatant la question de SSME à Madagascar. Elle a pour but de décrire les stratégies, les différents outils utilisés lors des campagnes, les moyens utilisés pour améliorer la qualité des campagnes de mobilisation sociale et de communication (y compris

les curricula de formation pour le renforcement des capacités des mobilisateurs sociaux en communication interpersonnelle et les fiches de supervision des activités de SSME), les rapports d'activité et les rapports d'évaluation liés à la SSME. Les statistiques contextuelles provenant des sources disponibles ont été également intégrées à la revue documentaire. Les supports de communication existants (ou fichiers : banderole, flyer, affiche, spot radio, spot TV) ont été consultés afin de familiariser les chercheurs aux différents contenus et approfondir les questions liées à la communication.

B.4.2.2. INTERVIEWS INDIVIDUELLES APPROFONDIES DES INFORMATEURS – CLES).

La catégorie de prestataires et partenaires à interviewer est préalablement prédéfinie (agent de santé, leader traditionnel, leader religieux, autorité) mais n'est pas exhaustive. La sélection est effectuée par *Tandem* sur la base de l'implication effective des participants dans la vie communautaire (pour les représentants des différentes autorités) et en insistant sur une implication effective dans la mise en œuvre et/ou la réalisation des campagnes de mobilisation sociale et de communication SSME. Chaque interview individuelle approfondie a duré environ entre 30 à 60 minutes. Toutes les conditions ont été étudiées et réunies pour favoriser une expression sincère de leurs connaissances, idées et opinions par les participants. Les chercheurs ont veillés à recueillir des informations détaillées et complètes répondant aux besoins de l'évaluation. Chaque interview est enregistrée sur dictaphone.

B.4.2.3. FOCUS GROUP DISCUSSIONS AVEC LES GROUPES CIBLES.

La détermination des CSB et des fokontany concernés par les focus group s'est fait en collaboration avec le Chef SSD de chaque district. Les critères de sélection sont (i) la vulnérabilité des populations cibles (cette vulnérabilité étant amplifiée par l'enclavement géographique et médiatique des sites) et (ii) le faible ou forte taux de participation des parents d'enfants de 0 à 59 mois aux SSME dans les sites.

Chaque focus group a intégré entre 6 à 8 participants. Si pour une quelconque raison, le nombre de participants ne pouvait pas atteindre 6, une interview groupée est effectuée à la place (incluant 2 à 5 personnes). Un animateur conduit la discussion, qui dure 1 heure à 2 heures 30.

Cette durée varie en fonction du thème traité (la discussion avec les cibles non exposées sont souvent moins longue), du niveau d'étude des participants, des sites (les focus group effectués auprès des cibles en zone enclavée durent plus longtemps). Un rapporteur prend note (manuellement) de toute la discussion, cette prise de note est complétée par un double enregistrement sur dictaphone. A la fin de chaque focus group, un débriefing est effectué par les 3 membres (animateur, rapporteur et observateur) de l'équipe afin de dégager les grandes lignes de la discussion, d'évaluer la discussion et orienter la prochaine préparation.

B.4.2.4. OBSERVATION DES CSB ET DES SITES COMMUNAUTAIRES

Les différents sites visités et concernés par les campagnes de mobilisation sociale et de communication de SSME ont été observés afin de relever tout facteur positif ou négatif pour l'efficacité des campagnes et afin de vérifier la cohérence de tous les arguments (de motivations ou de blocages) avancés par les cibles. Par exemple : la vérification des propos sur la visibilité de l'affiche et l'opportunité de visibilité réelle de l'affiche, la disponibilité effective des points d'affichage dans les endroits habituels (Fokontany, église, CSB), la disponibilité d'une carte représentative du secteur en matière de santé (Mapping), l'éloignement des différents hameaux par rapport au CSB, l'étendue des différentes parcelles (urbain) ou hameaux.

B.4.2.5. RELEVÉ DE DONNÉES SSME AU NIVEAU DES DISTRICTS

Bien que l'évaluation soit qualitative, l'équipe a profité de leur présence dans les six districts pour relever les données SSME liées aux éditions précédentes. Les informations indiquent le taux de participation des enfants et des mères aux différents services offerts pendant les SSME. Les autres types de données relevées sont les suivants : les microplans, les résultats locaux des différentes sessions antérieures SSME, Mapping des zones d'intervention.

B.3. CARACTERISTIQUES DE L'EQUIPE DE COLLECTE

Les équipes de recherche ont été recrutées à Antananarivo et formées (dans les locaux de l'Unicef durant trois jours) pour réaliser la collecte de données au niveau des districts sélectionnés (1 équipe pour 2 districts).

Chaque équipe est composée d'un (1) Chef d'équipe/Superviseur et de trois (3) Chercheurs. Les Chefs d'équipe et chercheurs sont des médecins, des sages femmes, des communicateurs, des travailleurs sociaux et des gestionnaires de projet en santé. Ils ont une bonne connaissance du '*système de santé*' et de la SSME car ils ont tous déjà participé à la SSME en tant que gestionnaire, superviseur, mobilisateur, dispensateur, concepteur de supports, etc. Tous les Chercheurs ont participé à au moins deux études d'évaluation appliquées à la santé et sont familiers avec la conduite de focus group et d'interviews individuelles approfondies.

B.4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Chaque focus group et interview est transcrite intégralement en version Malagasy. Les transcriptions sont lues par les analystes : chaque niveau de lecture correspond à des niveaux d'analyses différentes :

- Analyse des résultats du groupe
- Analyse des résultats de plusieurs groupes dans une localité
- Analyse des résultats de plusieurs localités
- Analyse comparative entre les résultats selon les caractéristiques des sites (urbain, rural, zone enclavée)
- Analyse comparative selon les catégories des cibles
- Analyse comparative selon les thèmes (stratégies/approches, connaissances, etc)

Les données analysées sont ensuite classées, structurées et commentées.

B.5. RAPPORT D'ETUDE

Le rapport présente en premier lieu les préalables utiles pour la compréhension de l'étude : les objectifs de l'évaluation, la méthodologie appliquée. Ensuite, les résultats sont présentés par chapitre : i) phase de conception de la SSME, ii) Connaissance et perception générale de la SSME, iii) la stratégie de communication, iv) la Stratégie de mobilisation. Chaque chapitre est clôturé par des conclusions et des recommandations. Les idées sont appuyées par des citations inscrites en *italique* pour justifier et/ou clarifier le sens ; et par des termes en '*Malagasy*' officiel qui expliquent mieux le contenu de l'idée.

C. Les résultats

Chapitre I :

La phase de conception

et de mise en œuvre de la

campagne SSME

Section 1.1. Le processus de la conception et de mise en œuvre de la campagne

1.1.1. LES ETAPES DU PROCESSUS

Tableau 4 : LES ETAPES DU PROCESSUS

NIVEAUX	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	DIRECTION REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE	SERVICE DE DISTRICT DE SANTE PUBLIQUE	CENTRE DE SANTE DE BASE
Etape 1	Détermination du paquet d'offres de la SSME et précision des cibles et des objectifs.			
Etapes 2	Développement et production de supports IEC.		Elaboration du microplan (sur la base des résultats de vaccination de routine, de la taille et de la répartition des cibles) de mise en œuvre de la campagne SSME puis transmission à la DRSP pour validation. <i>(2 à 3 mois avant la SSME)</i>	
Etapes 3		Regroupement des microplans des SDSP de la région, validation et transmission au Ministère de la Santé Publique pour accord final.		
Etapes 4	Validation finale des microplans. Envoi des intrants (y compris outils de gestion et guide de remplissage) et du budget aux SDSP ainsi que des supports IEC aux DRSP au moins 15 jours avant la SSME.	Répartition des supports IEC aux SDSP.	Réunion d'information et de directives sur la SSME avec tous les Chefs CSB. Répartition des intrants, du budget et des supports IEC.	Information aux agents de santé.

NIVEAUX	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	DIRECTION REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE	SERVICE DE DISTRICT DE SANTE PUBLIQUE	CENTRE DE SANTE DE BASE
Etapas 5	Mise en place du comité de mobilisation sociale et plaidoyer auprès des leaders et autres entités.	Mise en place du comité de mobilisation sociale et plaidoyer auprès des leaders et autres entités.	Mise en place du comité de mobilisation sociale et plaidoyer auprès des leaders et autres entités.	Mise en place du comité de mobilisation sociale et plaidoyer auprès des leaders et autres entités.
Etapas 6				Formation des mobilisateurs sociaux, des agents communautaires et des membres du comité de santé, planification de la mobilisation sociale et répartition des supports IEC.
Etapas 7	Campagne de communication (télé et radio) au niveau national.	Supervision pré campagne et réajustements ou solutions aux problèmes rencontrés.	Campagne de mobilisation sociale et de communication proprement dite. Supervision pré campagne et réajustements ou solutions aux problèmes rencontrés.	Campagne de mobilisation sociale et de communication proprement dite.
Etapas 8 : SSME proprement dite	Supervision de la campagne SSME.	Supervision de la campagne SSME.	Campagne SSME avec différentes stratégies : fixe, avancée, mobile. Campagne de mobilisation sociale et de communication toujours en cours.	Campagne SSME avec différentes stratégies : fixe, avancée, mobile. Campagne de mobilisation sociale et de communication toujours en cours.

1.1.2. POINTS FORTS ET POINTS A AMELIORER DU PROCESSUS.

Les points forts du processus de conception et de mise en œuvre de la campagne de mobilisation sociale et de communication concernent **l'implication de tous les secteurs, à tous les niveaux** ainsi que la **participation active des responsables communautaires**.

1.1.2.1. IMPLICATION DE TOUS LES SECTEURS

Elle est effective grâce à la mise en place de comités de mobilisation sociale regroupant le secteur de la santé ainsi que d'autres secteurs gouvernementaux (Ministères de la Décentralisation, de l'Intérieur, de l'Education Nationale, de l'Agriculture, Direction de l'Information et de la régulation des médias, Gendarmerie nationale, Doyen de la Faculté de Médecine, Institut de Formation des Paramédicaux, Ecole d'Infirmières d'Ankadifotsy, Service des Médecines Traditionnelles, SE/CNLS, ONN, etc.), les Eglises (Fikambanan'ny Fiangonana Kristianina eto Madagasikara, Conseil supérieur de la communauté musulmane à Madagascar, Jesosy Mamonjy, Adventistes), les ONG et partenaires (ADRA, ASOS, CARE, CES/ECAR, Corps de la Paix, Croix Rouge Malagasy, CRS, Fédération des Scouts, Inter Aide, MCDI, MDM, MSI, PENSER, PSI, SAF/FJKM, SALFA, SantéNet, SAGE, VOAHARY SALAMA). La contribution des représentants de ces secteurs est sollicitée afin de maximiser l'intensité de la campagne de mobilisation sociale. Les différents responsables proposent les activités qu'ils vont mettre en œuvre lors de la campagne ou bien ils apportent une contribution matérielle pour faciliter la mise en œuvre de la campagne.

1.1.2.2. IMPLICATION DES RESPONSABLES A TOUS LES NIVEAUX

Elle se concrétise dans le cadre des comités de mobilisation sociale mis en place aux niveaux central, régional, district et commune. Les comités planifient, organisent et gèrent la conception et la mise en œuvre effectives des campagnes de mobilisation sociale et de communication aux différents niveaux.

1.1.2.3. LA PARTICIPATION ACTIVE DES CHEFS FOKONTANY, DES AGENTS COMMUNAUTAIRES ET DES MEMBRES DU COMITE DE SANTE.

Ces responsables et ces agents communautaires sont proches de la communauté et connaissent bien la population. Il leur est aisé d'identifier et d'approcher les cibles de la SSME en raison, notamment, de la confiance que ces dernières leur portent. La mobilisation sociale en est facilitée.

1.1.2.4. CAPACITE D'ADAPTATION DES AGENTS DE SANTE.

Divers aléas peuvent survenir entre le microplan proposé et la réalisation effective de la campagne SSME. Quoi qu'il en soit, les agents de santé aux différents niveaux mettent tous les moyens possibles en œuvre pour solutionner les divers problèmes rencontrés, afin d'atteindre au mieux les objectifs de la SSME.

Les points à améliorer concernant le processus sont :

1.1.2.5. DELAI DE VALIDATION DU MICROPLAN

La campagne de mobilisation sociale et de communication au niveau communautaire doit théoriquement commencer deux semaines avant la campagne SSME. Or, le retard de validation du microplan ainsi que le décalage de l'envoi des intrants, du budget et des supports IEC affectent cette planification. Dans la réalité, la campagne de mobilisation sociale et de communication débute au plus tôt dix jours, voire une semaine, avant le lancement de la campagne SSME. Cette durée réduite et limitée de la campagne de mobilisation sociale et de communication affecte les réalisations des mobilisateurs et des sensibilisateurs. Ils ne peuvent pas couvrir la totalité des cibles pendant ce laps de temps.

1.1.2.6. REALITES DU TERRAIN DIFFERENT DU MICROPLAN VALIDE.

Il arrive que le microplan validé diffère de celui proposé. Les changements portent sur le nombre de mobilisateurs sociaux par fokontany ou par secteur, par exemple.

Cela peut aussi concerner le type de stratégie (fixe, avancée ou mobile) préconisé ainsi que le budget correspondant. Ces différences influent sur la qualité de la mobilisation sociale : nombre insuffisant de mobilisateurs sociaux étant donné la taille de la population cible, l'étendue du secteur d'intervention et le temps imparti au travail ;

Nécessité pour les superviseurs de renforcer la mobilisation sociale lorsque les mobilisateurs n'ont pas la capacité matérielle de couvrir toutes les cibles ; taux d'indemnité réduit lorsque les mobilisateurs sociaux engagés sont plus nombreux par rapport au contenu du microplan validé.

1.1.2.7. LE RENFORCEMENT DE CAPACITE DES MOBILISATEURS SOCIAUX EN COMMUNICATION INTERPERSONNELLE EST REALISE A UNE DATE TROP PROCHE DE LA CAMPAGNE SSME.

A Befotaka Sud, la formation des mobilisateurs sociaux en communication interpersonnelle a été tenue une semaine avant le début de la campagne SSME. Cette organisation a des conséquences négatives : *i*) les mobilisateurs sociaux sont retenus à la formation alors qu'ils devraient travailler sur le terrain, étant donné l'approche imminente de la campagne SSME, et *ii*) les acquis de la formation ne sont pas capitalisés à cause d'une durée d'application trop courte.

1.1.2.8. L'INCOMPREHENSION DES ENJEUX ET DU DEFI DE LA SSME, AINSI QUE DE LA CONTRIBUTION ATTENDUE PAR CERTAINS LEADERS D'OPINION.

Certains leaders d'opinion, dont les responsables religieux, ne sont pas suffisamment impliqués dans la mobilisation sociale alors même que leur statut leur confère une proximité avantageuse avec les populations cibles. Ils contribuent volontiers mais sommairement (lecture de la lettre de plaidoyer aux fidèles les deux dimanches précédant la campagne SSME et pose de l'affiche SSME à l'extérieur de l'église ou du temple). Cette participation se base plus sur un effort courtois de collaboration que sur une conviction profonde des enjeux et du défi de la SSME. Dans d'autres communes, la collaboration des maires est mitigée, voire superficielle, à cause de leur incompréhension des enjeux et du défi de la SSME.

Section 1.2. La stratégie de mobilisation

1.2.1. HISTORIQUE

1.2.1.1. EVOLUTION DE LA STRATEGIE DE MOBILISATION

L'évaluation concerne les dix premières éditions de la SSME, allant d'octobre 2006 à avril 2011. La stratégie de mobilisation sociale et de communication de la SSME a évolué au fil de ces dix éditions. Le tableau suivant récapitule les principales modifications.

Tableau 5 : EVOLUTION DE LA STRATEGIE

<i>Editions octobre 2006 à octobre 2007 (3)</i>	Début de la SSME. Conception et mise en œuvre d'une stratégie initiale de mobilisation sociale et de communication appliquée dans l'ensemble du pays.
<i>Editions avril 2008 à avril 2010 (5)</i>	Réajustement de la stratégie de mobilisation sociale et de communication appliquée dans les zones rurales et urbaines du pays.
<i>Editions octobre 2010 et avril 2011 (2)</i>	Renforcement de la stratégie urbaine à Antananarivo Renivohitra, Antsirabe, Fianarantsoa I, Toliary I, Antsiranana I, Mahajanga I et Toamasina I. Formation en communication interpersonnelle (CIP) des mobilisateurs sociaux dans quelques districts.
<i>Edition avril 2011 (1)</i>	Budget envoyé un mois à l'avance aux SDSP.

Un aperçu de l'évolution des offres et des cibles de la SSME informe sommairement sur les spécificités techniques des différentes éditions de la SSME. Cette information permet de situer le contexte de la mise en œuvre de la stratégie de mobilisation sociale et de communication de la SSME.

1.2.1.2. EVOLUTION DES OFFRES ET DES CIBLES DE LA SSME.

Les offres de la SSME ainsi que les groupes cibles diffèrent d'une édition à l'autre.

La SSME vise habituellement la couverture des cibles ayant raté leur dose lors de la vaccination de routine. Le BCG, l'anti-poliomyélite, le DTCHépBHib, l'anti-rougeole et l'antitétanique sont préconisés lors des différentes éditions SSME. Exceptionnellement, seul le vaccin anti-rougeole (VAR) a été offert lors de la SSME d'octobre 2007 et d'octobre 2010.

En plus, la SSME poursuit également les efforts de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage réalisés depuis 2002. D'autres activités ciblant les enfants et les femmes s'ajoutent à ces trois principales offres. A partir d'octobre 2009, une réorientation stratégique a été adoptée dans le souci de la qualité des services requis et de l'atteinte des objectifs. Il s'agit de la mise en œuvre obligatoire des activités qui donnent des résultats démontrés si elles sont menées en mode campagne (supplémentation en Vitamine A, déparasitage ainsi que vaccination). Les autres activités sont optionnelles en fonction des besoins des SDSP et en considérant les ressources disponibles (humaines, financières, matérielles). La réorientation stratégique est également guidée par l'étude des couvertures des interventions avant 2009. Les activités accusant une insuffisante de couverture sont mises en œuvre par les SDSP.

Les autres offres optionnelles de la SSME sont :

- le dépistage de la malnutrition ;
- le test de dépistage du VIH ;
- la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) dose 1 ou dose 2 chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale (CPN) ;
- la Moustiquaire à Imprégnation Durable (MID) ;
- le Kit individuel d'accouchement ;
- la Planification Familiale pour les femmes en âge de procréer (FAP).

Quant à la consultation prénatale (CPN), elle est obligatoire pendant la SSME jusqu'en avril 2009. Elle devient optionnelle à partir d'octobre 2009 puis est abandonnée à compter d'octobre 2010.

Concernant les cibles, lors des premières éditions, les femmes en âge de procréer sont ciblées lors de la SSME. A partir d'octobre 2008, la SSME vise à toucher les femmes enceintes.

1.2.2. EDITIONS SSME OCTOBRE 2006, AVRIL 2007 ET OCTOBRE 2007 : STRATEGIE INITIALE DE MOBILISATION SOCIALE ET DE COMMUNICATION (ZONES URBAINES, ZONES RURALES ET/OU ENCLAVEES).

1.2.2.1. MODELE INITIAL

Le modèle initial de la stratégie de mobilisation sociale et de communication a été élaboré en tenant compte de l'objectif d'atteindre les populations les plus vulnérables (familles démunies et/ou vivant dans des zones enclavées) qui ratent généralement les vaccinations de routine. La stratégie de mobilisation sociale et de communication appliquée lors des éditions d'octobre 2006 à octobre 2007 a donc été mise œuvre dans l'ensemble du pays.

Elle s'appuie sur les quatre éléments suivants :

Mise en place de comités de mobilisation sociale à tous les niveaux (central, régional, district, commune) pour assurer la conception et la mise en œuvre de l'aspect technique et du volet « mobilisation sociale » et communication.

Etablissement d'un microplan par district tenant compte des caractéristiques, des besoins et des contraintes du district en question. Le microplan est validé par le niveau central qui envoie ensuite les intrants et les budgets aux services de santé de district. Les supports IEC sont transmis aux directions régionales de la santé qui assurent la répartition.

Implication de la communauté dans la mobilisation sociale : recrutement et formation de mobilisateurs sociaux pour visiter les cibles et les sensibiliser à participer à la SSME, production de supports IEC pour aider les mobilisateurs dans la sensibilisation, supervision de la campagne de mobilisation sociale sur terrain.

Renforcement de la mobilisation sociale avec une campagne de communication médiatique nationale (télé, radio, affichage, banderole) pour maximiser e la campagne.

1.2.2.2. RESULTATS DES CAMPAGNES SSME.

A titre indicatif, les résultats enregistrés en avril 2007⁵ pour la supplémentation en vitamine A indiquent un dépassement de l'objectif dans les six districts étudiés, sauf pour les enfants âgés de 6-11 mois à Antananarivo Renivohitra (84.4%), Befotaka Sud (82.90%) et Toamasina I (79.80%). Egalement, l'objectif (80%) n'est pas atteint pour la supplémentation en vitamine A chez les femmes nouvellement accouchées à Befotaka Sud (66.20%) et Toamasina I (77%).

1.2.3. EDITIONS SSME D'AVRIL 2008 A AVRIL 2010 : STRATEGIE REAJUSTEE DE MOBILISATION SOCIALE ET DE COMMUNICATION (ZONES URBAINES, ZONES RURALES ET/OU ENCLAVEES).

En avril 2008, la stratégie de mobilisation sociale et de communication pour les zones rurales et/ou enclavées et pour les zones urbaines a été réajustée de manière à ce que :

- Au moins 90% des femmes enceintes et des mères des enfants âgés de moins de 5 ans connaissent les dates et lieux de rendez-vous, les services offerts ainsi que leurs avantages et les utilisent lors de la SSME.
- Au moins 90% des chefs de région, des chefs de district, des chefs fokontany et des femmes leaders sont sensibilisés et engagés à soutenir et participer à l'effort SSME pour accélérer la survie et le développement en vue de l'atteinte du MAP.

Il est à noter que cette stratégie réajustée a été appliquée dans l'ensemble des districts du pays, aussi bien en zone rurale et/ou enclavée qu'en zone urbaine.

⁵ Résultats communiqués par le Ministère de la Santé Publique et disponibles auprès de l'Unicef Tandem 2011 - Evaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des campagnes SSME 2006 - 2011.

1.2.3.1. STRATEGIES ET ACTIVITES

ENGAGEMENT DE TOUS LES ACTEURS DE LA SSME A LA MOBILISATION SOCIALE POUR LA SSME EN TENANT COMPTE D'UN DELAI APPROPRIE

1. Redéfinition des responsabilités et des tâches assignées aux comités de mobilisation sociale de la SSME aux différents niveaux.

☑ Au niveau central :

Le comité Mobilisation Sociale de la Task Force est chargé de développer, produire et diffuser les supports IEC vers chaque district selon la micro planification, 15 jours au minimum avant le début de la campagne.

☑ Au niveau DRSP/SDSP :

Les comités de mobilisation sociale sont chargés d'organiser des visites de courtoisie ou des réunions de plaidoyer auprès des partenaires institutionnels et communautaires, des leaders politiques et religieux, des notables, ... en utilisant la *lettre de plaidoyer* pour les informer sur la SSME et sur le rôle qu'on attend d'eux pour faciliter la mise en œuvre. De façon spécifique, ces partenaires peuvent :

- Participer à la mobilisation sociale et saisir toutes les occasions possibles (manifestations culturelles, sportives et religieuses, lieux publics,...) pour annoncer la SSME et encourager les familles à fréquenter les services de santé de manière continue.
- Accorder une attention particulière à la sensibilisation des populations les plus vulnérables et les plus éloignées.
- Donner un appui à la mobilisation des ressources financières, matérielles et logistiques. A Mahajanga II, le véhicule d'un autre service est emprunté pour mener à bien la sensibilisation.

☑ Au niveau CSB :

Les comités de mobilisation sociale sont chargés de former et collaborer étroitement avec les mobilisateurs sociaux qui sont chargés de la mobilisation sociale des populations cibles dans les fokontany.

TRANSMISSION DE DIRECTIVES PRECISES ET DETAILLEES POUR LA MOBILISATION SOCIALE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

1. Responsabilités et tâches de l'équipe CSB et des mobilisateurs avant la campagne.

Il s'agit d' :

- Instaurer un système de collaboration efficace et dynamique avec les mobilisateurs (répartir les zones d'intervention par fokontany et par mobilisateur ; dans chaque zone d'intervention, quantifier les groupes cibles à atteindre par mobilisateur).
- Identifier les familles que l'on sait réticentes à l'utilisation des centres de santé, et en particulier, identifier et quantifier les perdus de vue (PDD) pour la vaccination, la CPN et la PF.
- Organiser une journée de formation complète pour les mobilisateurs sur la base du guide de mobilisation sociale. Les objectifs d'apprentissage sont :
 - la standardisation de la mission des mobilisateurs et des résultats à atteindre ;
 - l'explication de toutes les stratégies et canaux de mobilisation possibles : collaboration avec les radios et TV locales, pose d'affiches dans les endroits fréquentés et visibles, visites à domicile, animation de groupes et annonces dans les églises, réunions des fokontany, marchés, écoles, événements sportifs et culturels ... Ceci en fonction de ce qui est le plus efficace et le plus apprécié dans la localité ;
 - l'explication des messages à transmettre afin de convaincre les familles ;
 - l'explication du rôle attendu du mobilisateur pendant la campagne avec les équipes du CSB, ainsi qu'après la SSME pour la sensibilisation à l'utilisation continue des services de santé.

2. Responsabilités et tâches des mobilisateurs sociaux 16 jours avant la campagne.

Il s'agit de :

- Rendre visite aux perdus de vue, sur la base de la liste fournie par le CSB et les sensibiliser pour les convaincre à aller au centre de santé ou les lieux réservés pour les stratégies avancées et mobiles de la SSME ;
- Mettre en œuvre toutes les stratégies de mobilisation sociale possibles et utiliser tous les canaux discutés en formation et/ou au niveau du fokontany (voir ci-dessus).

3. Responsabilités et tâches des mobilisateurs sociaux pendant la campagne.

Il s'agit d' :

- Annoncer l'heure d'arrivée des équipes du CSB et les lieux prévus pour offrir les services dans le fokontany ;
- Rechercher activement les « réticents » et convaincre les familles « retardataires », les mères chefs de famille, les plus démunis, ceux qui habitent loin et n'ont pas accès aux informations et les orienter vers les CSB et/ou les lieux prévus pour les services ;
- Informer le public sur le droit d'obtenir les carnets de santé mère et enfant, une MID et/ou un kit d'accouchement si l'on participe à la SSME mais aussi en routine.

PROLONGEMENT DE LA MOBILISATION SOCIALE APRES LA CAMPAGNE

Après la campagne, les mobilisateurs sociaux vont :

- Continuer la sensibilisation des habitants du fokontany sur base des messages clés contenus dans le supplément inséré dans le guide de mobilisation sociale et portant sur les pratiques essentielles à chaque étape du cycle de vie pour le bien-être et le développement de toute la famille.
- Insister sur la nécessité d'utiliser régulièrement et de manière continue le CSB.

UTILISATION DE SUPPORTS IEC APPROPRIES POUR LA MOBILISATION SOCIALE

Parmi les supports IEC utilisés figurent la *lettre de plaidoyer* et le *guide de mobilisation sociale*.

- La lettre de plaidoyer est destinée aux autorités, décideurs et partenaires au niveau du district et des communes. Elle doit leur être distribuée lors des rencontres de plaidoyer.
- Le guide de mobilisation sociale sert de manuel et de support pour les mobilisateurs sociaux (y compris les chefs de fokontany) pour les aider à comprendre leur rôle et leurs responsabilités et à connaître et transmettre les messages clés.

RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE REAJUSTEE DE MOBILISATION SOCIALE ET DE COMMUNICATION.

Il est apparu lors des missions de supervision sur terrain, que le schéma de mobilisation sociale préconisé par le comité d'organisation de la SSME au niveau central⁶ n'est pas toujours appliqué correctement au niveau des districts et des communes. Il en découle une *information insuffisante des groupes cibles ainsi qu'une qualité imparfaite de la mobilisation sociale dans un certain nombre de districts*. Les résultats rapportés après ces missions de supervision indiquent des taux insuffisants de rattrapage vaccinal ainsi que 10% de gap de couverture persistante en Vitamine A⁷. Ces résultats révèlent un *recensement insuffisant des cibles et une recherche imparfaite des perdus de vue et de tous les groupes cibles qui ne se sont pas présentés à la SSME*. Ainsi, **seulement 62% des ménages ont été visités et informés par les mobilisateurs sociaux une semaine avant la campagne**. *Le manque d'informations (66%) et l'inutilité (11%) sont également les deux premières causes de non participation des ménages à la SSME⁸*.

A titre d'aperçu des résultats de la SSME⁹, à Mahajanga II et à Maintirano, une baisse des résultats (allant de -5.80% à -50.38%) est observée pour la supplémentation en vitamine A, même si les résultats en question restent au-dessus de l'objectif.

Toutefois, une comparaison entre les résultats d'avril 2007 et d'avril 2008 met en exergue une hausse des taux de couverture pour Antananarivo Renivohitra, Ankazobe, Befotaka Sud et Toamasina I. A Toamasina I, la hausse est spectaculaire avec une couverture des enfants âgés de 6-11 mois équivalant à 30.70% (79.80% en avril 2007 à 110.50%).

⁶ Equipe CSB constituée par 1 agent de santé et 2 agents communautaires qui doivent identifier et former 2 mobilisateurs sociaux (généralement Chef Fokontany et CoSan).

⁷ Synthèse de l'atelier de validation des résultats SSME 7^{ème} édition (octobre 2009), 15-16 février 2010, Ministère de la Santé.

⁸ Résultats du suivi – qualité de la SSME octobre 2009

⁹ Résultats de la SSME communiqués par le Ministère de la Santé Publique et disponibles auprès de l'Unicef. Tandem 2011 - Evaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des campagnes SSME 2006 - 2011.

1.2.4. EDITIONS OCTOBRE 2010 ET AVRIL 2011 : STRATEGIE URBAINE DE MOBILISATION SOCIALE ET DE COMMUNICATION DANS LES SEPT GRANDES VILLES.

1.2.4.1. BUT

Pour redresser les résultats peu satisfaisants de la SSME constatés pour les éditions antérieures¹⁰, une approche urbaine en matière de mobilisation sociale et de communication a été développée à partir d'octobre 2010. Le but de cette nouvelle approche est d'accroître la couverture des populations cibles par le paquet d'interventions SSME dans les sept grandes villes (Antananarivo Renivohitra, Toamasina I, Antsiranana I, Mahajanga I, Fianarantsoa I, Antsirabe et Toliary I), en mobilisant tous les acteurs clés y oeuvrant. *Il est à noter qu'en zone rurale et/ou enclavée, la stratégie réajustée de mobilisation sociale et de communication a toujours été appliquée pour les éditions SSME d'octobre 2010 et avril 2011.*

Les deux objectifs spécifiques de la SSME d'octobre 2010 sont :

- Atteindre au moins 95% de couverture vaccinale contre la rougeole dans les 7 grandes villes de Madagascar ;
- Couvrir au moins 95% de la population cible en Vitamine A et en déparasitage à l'albendazole.

1.2.4.2. OBJECTIFS DE LA STRATEGIE URBAINE

Pour la mobilisation sociale et la communication proprement dites, les objectifs sont de :

- Renforcer l'efficacité de la mobilisation sociale et la communication en appui à la SSME afin qu'*au moins 90% des femmes enceintes et des mères des enfants âgés de moins de 5 ans soient informées sur les services Vitamine A, Déparasitage, Vaccination et leurs avantages dans le mois précédant la SSME.*

¹⁰ Faible couverture avoisinant les 50% en matière de prestations de services SSME dans les grandes villes, Evaluation des campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage (2002 à 2006) et des SSME (2006 à 2011) à Madagascar, Ministère de la Santé et Unicef.
Tandem 2011 - Evaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des campagnes SSME 2006 - 2011.

- ❑ Renforcer durablement les compétences des mobilisateurs sociaux en mobilisation et communication pour le changement social en vue *d'ancrer l'information sur les services SSME dans la mobilisation sociale de routine.*

1.2.4.3. STRATEGIES ET ACTIVITES

IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE DANS LA MICRO PLANIFICATION DES ACTIVITES DANS LES 7 GRANDES VILLES

1. Réunions de plaidoyer avec les représentants influents de la communauté (responsables administratifs, opérateurs économiques et représentants du secteur privé, notables, groupes de jeunes tels que les scouts, groupements de femmes, enseignants, professionnels des médias, responsables religieux, membres des comités de santé, leaders communautaires et traditionnels, etc.) afin de les conscientiser sur les problèmes de la *SSME* au niveau urbain et obtenir leur engagement (au moins 90% des représentants influents) pour leur participation dans l'atteinte des objectifs. Pour un meilleur résultat, utilisation d'une *lettre de plaidoyer réactualisée.*

2. Atelier participatif d'élaboration du microplan avec les représentants influents de la communauté :

- ☑ Catégorisation et ordre de priorité des centres de santé, des fokontany et des quartiers pour la *SSME* à partir des données disponibles (*taux de couverture vaccinale de routine, taux d'abandon de vaccination de routine, taux de couverture atteint lors de la campagne nationale de vaccination contre la rougeole de 2007, couverture de la vitamine A et du déparasitage pendant les SSME précédentes*).
- ☑ Analyse causale des problèmes ayant entraîné les faibles couvertures et proposition de solutions.
- ☑ Détermination des ressources logistiques, matérielles et financières et des moyens humains nécessaires.
- ☑ Développement d'un plan opérationnel pour chaque ville.

METHODES DE RENFORCEMENT DE COMPETENCES ADAPTEES AUX BESOINS DES DISTRICTS ET A LEURS SPECIFICITES (partenaires ONG sur place, performance des acteurs, ...)

1. Agents communautaires et mobilisateurs :

- ☑ Choisis par secteur et travaillent en collaboration avec les autres acteurs de la mobilisation sociale : ONG, scouts, pairs éducateurs, femmes leaders, enseignants, etc.
- ☑ Formés pour effectuer un recensement des populations cibles de la campagne, un cahier de recensement leur a été fourni a cet effet. Certains mobilisateurs se procurent un cahier par leurs propres moyens pour pouvoir travailler correctement lorsque la dotation n'est pas effective ou arrive en retard.
- ☑ Mobilisateurs sociaux formés en CIP, en technique d'animation, en mobilisation sociale, sur les thèmes de la SSME et sur les bénéfices/avantages des services délivrés pendant la SSME.
- ☑ Etablissement d'un calendrier d'activités par fokontany ou secteur (accord entre agents de santé et agents communautaires). Les agents communautaires en informent les responsables d'enfants lors des réunions de sensibilisation ou lors des VAD.

2. Collaboration avec les écoles par l'intermédiaire de la ZAP : les enseignants des écoles préscolaires sont sollicités pour fournir la liste des enfants concernés par la SSME et pour aider à l'organisation et à la mise en œuvre de l'activité au sein des écoles.

3. Autres acteurs : formés sur l'organisation de la campagne et briefés sur l'organisation et la gestion des sites.

RENFORCEMENT DE LA MOBILISATION SOCIALE

1. Recensement préalable des populations cibles : il s'agit du *dénombrement des populations cibles par catégorie et âge et par service à recevoir lors de la SSME*, effectué par les agents communautaires ou les mobilisateurs sociaux suivant l'organisation établie. Il est réalisé lors de visites à domicile, deux semaines avant le début de la campagne. Il est *accompagné de la sensibilisation des cibles* qui sont également informées sur les services que chaque cible pourra recevoir.

Le recensement des cibles couplé de la mobilisation est réalisé *porte-à-porte par le moyen d'une visite à domicile*. Toutes les cibles identifiées sont visitées, sans aucune distinction.

L'aide de l'administration locale est requise pour faciliter l'accès des agents recenseurs aux ménages. Les listes des cibles recensées sont vérifiées par les agents de santé avant le début de la campagne.

2. Participation de toutes les entités et acteurs œuvrant dans la ville : chacun à son niveau ou secteur détermine les activités à réaliser. Tous les canaux et événements sont mis à profit pour véhiculer les messages et toucher le maximum de personnes. La mobilisation commence au centre de santé où les agents de santé informent et sensibilisent leurs patients.

3. Organisation de formation en CIP pour les acteurs clés qui vont mobiliser la population : renforcement de leur capacité en matière de communication et de transmission des messages. Ces acteurs clés sont les mobilisateurs par secteur, les ONG, les scouts, les pairs éducateurs, ainsi que les animateurs radio et télé. Ces derniers reçoivent également une formation sur le cycle de vie.

4. Diffusion de messages à travers les églises et les autres lieux de cultes précisant les dates, les lieux et le calendrier de l'activité. Une *lettre de plaidoyer réactualisée* est envoyée aux leaders religieux à l'approche de la SSME, généralement deux semaines avant. Cette lettre est lue aux fidèles qui assistent au culte les deux dimanches qui précèdent la SSME. Une affiche est également posée à l'église lorsque celle-ci en reçoit.

5. Organisation d'une journée de lancement national de la campagne SSME.

Un accent est mis sur les supervisions pré campagne du volet mobilisation sociale.

REVISION DES MESSAGES ET DES VISUELS DES SUPPORTS IEC ET FOURNITURE DE SUPPORTS IEC A TOUS LES AGENTS DE SENSIBILISATION

1. Messages recentrés sur les offres de la SSME d'octobre 2010 : Les messages des visuels des supports IEC (affiches, guide de mobilisation sociale, lettre de plaidoyer, supports audio et vidéo) sont revus et sont recentrés les messages sur la Vitamine A, le déparasitage, et le vaccin anti-rougeole. D'une manière générale, les différents supports sont réactualisés pour un meilleur rendement.

2. Supports IEC pour renforcer les efforts des mobilisateurs :

- ☑ Les différents agents de sensibilisation sont munis de supports de communication : au moins 1 outil IEC avec visuels, utilisable lors des VAD et discussions de groupe (en complément du guide du mobilisateur social contenant les messages clés).
- ☑ Les Outils destinés aux mobilisateurs sont répartis au moins 2 mois avant la SSME.

RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION MEDIATIQUE

1. Une campagne médiatique plus intensive :

- ☑ Le plan média est plus étoffé : au moins 160 radios et TV locales diffusent quotidiennement deux semaines avant et pendant la SSME les spots d'information en version malagasy officiel et en 15 dialectes.
- ☑ Des émissions radio et télé sont diffusées en synergie avant, pendant et après la campagne.
- ☑ La stratégie « Ondes communes » est utilisée pour diffuser en même temps sur toutes les chaînes radiophoniques ou télévisées les émissions sur la préparation ou le déroulement de la campagne.
- ☑ Des jeux radiophoniques (radio crochet, entre autres) sur la SSME sont organisés avec le support de la société civile par les responsables des médias.
- ☑ Des affiches sont posées aux endroits les plus fréquentés par les populations cibles de la ville pour maximiser leur visibilité : centres de santé, écoles, écoles, voies de passage, marchés, bureaux fokontany, etc.
- ☑ Des banderoles sont posées devant les centres de santé et dans les rues les plus fréquentées pour informer et attirer les groupes cibles avant et pendant la SSME.

2. Des canaux innovateurs :

- ☑ Le recours aux pousse-pousse comme supports mobiles des affiches.
- ☑ La distribution de flyers par des élèves (classe de 7^{ème} - CM2) avant la SSME pour qu'ils transmettent les messages à leurs parents/familles respectifs. Il est demandé aux enfants scolarisés d'amener ses petits frères/sœurs et voisins à la vaccination. *Un prix est remis aux écoliers qui ramèneront le plus grand nombre d'enfants.*
- ☑ Les journalistes sont associés au lancement et à toute la campagne SSME. Ils assurent la couverture médiatique des résultats des différents CSB en direct, pour stimuler la compétition entre eux.
- ☑ Des groupes théâtraux sont utilisés pour la transmission des messages.

3. Des actions de relations publiques :

- ☑ Un communiqué de presse sur les activités de la campagne est rédigé et publié.
- ☑ Un point de presse avec les journalistes est organisé par le Ministère de la Santé.

RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE URBAINE

Le rapport de l' « Evaluation des campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage (2002 à 2006) et des Semaines de la Santé de la Mère et de l'Enfant (2006 à 2011) à Madagascar » montre que les résultats obtenus lors de la SSME d'octobre 2010, c'est-à-dire après mise en œuvre de la stratégie urbaine ne sont pas concluants comparés aux résultats de l'édition d'avril 2010. La comparaison concerne les villes de Toamasina I, Mahajanga I et Fianarantsoa I. Les résultats pour la supplémentation en vitamine A sont satisfaisants chez les femmes nouvellement accouchées où un accroissement variant de 4% à 34% est enregistré. Chez les enfants de 6 à 11 mois, une augmentation allant de 6% à 12% est observée pour Toamasina I et Fianarantsoa I. Par contre, une baisse de 27% est notée pour Mahajanga I. Pour les enfants de 12 à 59 mois, les résultats indiquent une réduction de 10 à 11% pour Toamasina I et Fianarantsoa I et une légère hausse de 3% pour Mahajanga I.

Contradictoirement, et à titre comparatif, pour cette même période, les résultats¹¹ accusent une amélioration pour la supplémentation en vitamine A dans les localités rurales et/ou enclavées (non concernées par la réorientation stratégique) étudiées (Befotaka Sud, Mahajanga II et Maintirano). La hausse la plus importante (+59.20%) est notée à Befotaka Sud pour les femmes nouvellement accouchées. Pour ce même groupe cible, une baisse du taux de couverture est enregistrée à Maintirano (-44.30%) et à Mahajanga II (-2.20%). A noter que les objectifs sont atteints dans ces trois localités rurales. Ce n'est pas le cas à Antananarivo Renivohitra et à Toamasina I pour les enfants 6-11 mois et les FNA (respectivement 64% et 65% à Antananarivo Renivohitra et 77% et 57% à Toamasina I).

¹¹ Résultats enregistrés par le Ministère de la Santé Publique et disponibles auprès de l'UNICEF Tandem 2011 - Evaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des campagnes SSME 2006 - 2011.

Chapitre II :

Connaissance et perception

générale de la campagne

SSME par les cibles

Section 2.1. : Connaissance générale de la SSME

2.1.1. CONNAISSANCE DE L'INTITULE DE LA CAMPAGNE

Bien qu'il ait été identifié, auprès des cibles et des bénéficiaires, une idée plus ou moins structurée concernant la campagne SSME (le calendrier, les offres, les cibles, le lieu, etc.), il est rare que l'intitulé de la campagne soit correctement ou précisément énoncé. Ce constat est remarqué auprès de tous les groupes : les non participants à la SSME, les participants ponctuels, les participants réguliers et certains mobilisateurs. Les termes incorrects utilisés pour désigner la campagne SSME sont : '*Fahasalaman'ny reny sy ny zaza*' (Santé de la mère et de l'enfant), '*Volan'ny herinandron'ny fahasalaman'ny reny sy ny zaza*' (Mois ou semaine de la santé de la mère et de l'enfant), '*Herinandron'ny Reny sy ny Zaza*' (Semaine de la mère et de l'enfant), '*Herinandron'ny fahasalaman'ny bevohoka*' (Semaine de la santé des femmes enceintes).

D'autres cibles et bénéficiaires associent la SSME à une campagne exclusive de vaccination ou de supplémentation en vitamine A : '*Herinandron'ny Vaksiny sy Vitamine A*' (Semaine de la vaccination et de la vitamine A), '*Herinandrom-baksiny*' (Semaine de vaccination), '*Tray volan'ny ankizy hanaovana vaksiny*' (Mois de l'enfance pour la vaccination).

Par contre, il est remarqué que des cibles en milieu urbain et rural connaissent et prononcent aisément, correctement et précisément le slogan '*Samy salama ny Reny sy ny Zaza*'.

2.1.2. CONNAISSANCE DU CALENDRIER DE LA SSME

Tous les groupes de parents ont une bonne connaissance du calendrier de la SSME, c'est-à-dire, tous les six mois, le mois d'avril et le mois d'octobre vers la dernière semaine du mois. La connaissance des jours de déroulement de la campagne est néanmoins très vague : certains parents pensent que la campagne est réalisée du lundi au samedi ou du lundi au dimanche ; d'autres pensent qu'elle dure seulement 5 jours (du lundi au vendredi). Cette méconnaissance des jours de déroulement de la campagne est parfois issue des différences constatées dans les messages de communication.

En effet, la campagne nationale attribue les dates de la campagne à une semaine entière tandis que les communications locales (pour cause d'organisation) attribuent une ou deux journées de campagne à une localité spécifique (Commune ou Fokontany).

Certaines cibles en milieu rural ont des difficultés à déchiffrer les dates (chiffrées) et à identifier les jours qui correspondent à ces dates. Ils sont lettrés mais n'arrivent pas à repérer, dans le mois et dans la semaine, les jours annoncés. D'autres ne sont pas conscients de la périodicité de la campagne ; ainsi, leur participation à la campagne SSME est conditionnée par leurs expositions aux messages. Ils ne participent pas lorsqu'ils ne sont pas exposés à la communication.

Les mères participantes à la SSME, et les cibles en milieu urbain ont beaucoup plus d'informations à partager concernant la SSME. Les gens en milieu rural retiennent quelque chose mais n'ont pas suffisamment d'informations complètes et claires pour aider à prendre une décision.

2.1.3. CONNAISSANCES DES SERVICES ET DES OFFRES DE LA SSME

D'une manière générale, la description des offres SSME par les cibles et les bénéficiaires manque de précision. Néanmoins, les cibles ont plus de détails à dire concernant les offres et moins d'information et de précision à donner sur les autres rubriques (les cibles, le lieu, la gratuité).

2.1.3.1. LA VITAMINE A :

La vitamine A est systématiquement citée et identifiée comme l'offre principale de la SSME (ou l'offre exclusive de la SSME, d'après ceux qui sont moins informés sur la campagne). La vitamine A serait essentiellement destinée à l'enfant. Quelques mères, participantes régulières à la campagne SSME, savent que les femmes nouvellement accouchées figurent parmi les bénéficiaires de la vitamine A.

Le principal bénéfice apporté par la prise de vitamine A le plus couramment cité est l'amélioration de la vue : *'Mampisokatra ny maso'*, *'mampihiratra ny mason'ny zaza'*, *'miaro amin'ny tsy fahitana'* (protège contre la détérioration de la vue), *'miaro amin'ny tsy fahitana hariva'* (protection contre la baisse de vue nocturne). Il est également attribué à la vitamine A une vertu fortifiante pour l'enfant et la mère __ *« elle rend l'enfant plus vigoureux et en meilleure santé »* __ *« (En prenant la vitamine A) La femme enceinte ne va pas beaucoup souffrir quand elle mettra au monde son bébé. L'enfant dans son ventre sera plus fort et la mère souffrira moins, le travail se fera plus vite »*. La vitamine A renforce aussi l'immunité de l'enfant et protège contre le *'kohadavareny'* selon certaines mères. **Remarque :** Les bénéficiaires ont également fait mention des effets secondaires de la vitamine A. Ce sont surtout les bénéficiaires et les anciens participants à la campagne qui en parlent. Selon eux, l'enfant devient très faible *'malemitemy bodaka be'* (durant trois jours après la prise de vitamine A), impatient et irrité au moindre retard du repas. D'autres enfants présenteraient d'autres types d'effets secondaires : vomissement, maux de tête.

2.1.3.2. LE VACCIN :

A l'unanimité, les cibles et les bénéficiaires savent que le vaccin est inclus dans les offres de la campagne SSME. Le principal bénéfice obtenu de la vaccination (quel que soit le type de vaccin) serait la facilité de guérison __ *« un enfant vacciné guérit plus facilement et plus vite qu'un enfant non vacciné »* __ *« il est très facile de traiter la maladie d'un enfant vacciné »*. D'après les cibles, les vaccins inclus dans l'offre SSME sont : le DTcoq/Polio, le BCG, les vaccins anti-tétaniques, le Rouvax.

2.1.3.3. LE VERMIFUGE :

Les termes utilisés pour désigner le vermifuge sont : *'pilo-kankana'*, *'ody viky'*, *'odikankana'*, *'Mébendazole'* (rarement cite). Les cibles et les bénéficiaires ne discutent pas longuement de vermifuge, ils connaissent bien l'attribution principale du médicament. Globalement, aucune perception négative n'est associée à la dispensation de vermifuge, seuls quelques participants ponctuels à la SSME, habitant en milieu urbain, évoquent une appréhension quant à la manière de dispenser le vermifuge durant la campagne SSME. En effet, ils s'attendent à plus d'explications sur les conditions de prise (horaire de prise, dose selon le poids de l'enfant, précaution à prendre s'il existe des prises antérieures).

2.1.3.4. LE PLANNING FAMILIAL :

Le planning familial est communément appelé '*Fanabeazana aizana*', '*manao FISA*', '*fandrindram-piterahana*'. Contrairement à la vaccination et à la supplémentation en vitamine A, le planning familial n'est pas systématiquement évoqué dans les groupes de discussion en tant qu'offre de la SSME. Ce serait un service principalement destiné aux femmes qui souhaitent planifier la naissance de leurs enfants, momentanément, ou arrêter définitivement les naissances.

2.1.3.5. DIVERS :

Les cibles parlent également de la CPN (consultation prénatale) ou, selon leur propre terme, un conseil de santé à l'endroit des femmes enceintes. Les termes utilisés pour décrire la CPN sont : '*misafo kibo*', '*mandeha visite*'. La pesée, la distribution de moustiquaire sont autant d'exemples cités par les cibles comme étant des offres dispensées durant la campagne SSME.

Remarque : Les cibles savent à l'unanimité que les offres de la SSME sont gratuites.

2.1.4. CONNAISSANCES DES CIBLES DE LA CAMPAGNE SSME

Les cibles de la SSME sont présentées en deux catégories. D'une part, les enfants dont principalement ceux de moins de 5 ans. Les non participants à la campagne SSME et les non exposés aux communications font une vague description de la cible : ('*zazakely mbola minono*', '*zaza*'), tandis que les participants réguliers sont plus précis en désignant les bébés de 6 mois et les enfants jusqu'à 5 ans en tant que principale cible de la SSME. D'autre part, les mères, les femmes enceintes, les femmes allaitantes '*vehivavy mbola mampinono*', les femmes nouvellement accouchées '*Reny terabao*' sont aussi présentées comme principales cibles de la SSME.

2.1.5. CONNAISSANCE DU LIEU DE DISPENSATION

Les offres de la campagne SSME sont dispensées à divers endroits : à l'école, dans les Fokontany (un point de regroupement dans le Fokontany), à l'hôpital, au CSBII, au dispensaire, au centre Seecaline, dans les '*hotelin-jazakely*'.

Section 2.2. : Les messages liés à la campagne SSME

2.2.1. LES MESSAGES RETENUS DE LA CAMPAGNE DE MOBILISATION SSME

Les messages retenus par les cibles et les bénéficiaires sont plutôt génériques et se rapportent clairement aux connaissances de base sur la SSME. Très peu d'éléments nouveaux et spécifiques ont été mentionnés. D'après les cibles, les messages des campagnes de mobilisation et de communication sur la SSME sont essentiellement axés sur **L'APPEL ET L'INCITATION DES MERES A ALLER AU CSB** afin de contrôler l'état de santé de leurs enfants ou le leur, ou encore pour faire vacciner l'enfant et recevoir de la vitamine A, à la date indiquée sur les supports de communication.

Par ailleurs, Les cibles retiennent également des messages traduisant la nature et la qualité des offres de la SSME, principalement le vaccin et la vitamine A : le vaccin protège l'enfant et facilite le traitement futur de l'enfant, la vitamine A donne de la force à l'enfant.

Certaines mères notent dans les messages (messages essentiellement véhiculés par le mobilisateur) l'intransigeance des médecins envers les parents des enfants non vaccinés.

2.2.2. LA PERCEPTION DES MESSAGES

Les messages communiqués aux cibles et aux bénéficiaires sont globalement perçus d'une manière négative par les mères parce qu'ils ne seraient pas suffisamment clairs, sont incomplets et incompris. Les cibles avouent ne pas identifier à travers les messages les 'véritables avantages' de la participation à la SSME __ « *On ne sait pas qu'est-ce qui est bénéfique pour nous en participant à la SSME – 'tsy fantan-tena ny soa azo aminazy'* » __ « *On entend parler de la vitamine A qui sera distribuée au dispensaire, on y va, on fait la queue comme tout le monde, on s'assoie, le médecin arrive sans dire quoi que ce soit, il dit d'ouvrir la bouche de l'enfant, à la fin il dit : « ça y est », puis on s'en va. Au final, on ne sait pas du tout pourquoi le médecin a donné cette solution à mon enfant ».* __ « *Quand ils disent qu'il faut terminer la vaccination, ils devraient expliquer pourquoi il faut vraiment terminer la vaccination, pour que je puisse comprendre et prendre les dispositions nécessaires* ».

— « Il y a des gens qui n'ont pas du tout envie de participer à la campagne, mais qui participent en voyant les autres participer. Après leur participation, ils restent au même stade de compréhension et de motivation ». — « Personnellement, je pense que les gens ne viennent pas parce que les messages sont incomplets. Ils entendent qu'il faut prendre de la vitamine A et se faire vacciner, mais ils n'en savent pas plus ».

Remarque : Même parmi certaines cibles qui trouvent les messages clairs, il est nettement identifié qu'ils manquent de conviction dans les réponses — « je pense que le message est clair, sinon, il n'y aurait pas autant de personnes qui participent à la SSME ».

Section 2.3. : Les sources de motivation

à la participation à la campagne SSME

Cette section concerne exclusivement les participants ponctuels et réguliers à la campagne SSME. Les réponses incluent tous les éléments qui les incitent et les fidélisent à participer de manière ponctuelle ou régulière à la SSME.

2.3.1. L'EFFICACITE DE L'OFFRE ET LES BENEFICES SUR LA SANTE

Par expérience, les mères sont convaincues de l'efficacité des offres de la SSME à travers la vaccination __ « *Lorsque l'enfant a de la fièvre après la vaccination, on sent que le vaccin a été vraiment efficace* » __ « *Lorsque l'enfant est correctement vacciné, il est plus résistant vis-à-vis de la maladie. Il peut bien évidemment tomber malade, mais il n'est pas comme tous les enfants, il résiste en meilleure santé comparé aux enfants non vaccinés* ». __ « *Il lui arrive de tomber malade, mais ce n'est pas aussi douloureux 'tsy manaintaina be' parce qu'il est protégé par le vaccin* ».

Ce constat est aussi valable pour la prise de vermifuge car les mères apprécient grandement l'effet de la prise de vermifuge sur leurs enfants : efficacité immédiate de déparasitage, hausse d'appétit, état de santé visible et palpable __ « *L'enfant prend le vermifuge en fin de soirée ou la nuit, tout part le lendemain matin* ». __ « *Auparavant, mon enfant rechignait toujours à manger quoi que ce soit, mais maintenant, je vois qu'il a beaucoup d'appétit après avoir pris du vermifuge. J'imagine que c'est l'effet voulu* ». __ « *Ça se voit qu'il (l'enfant) a vraiment changé, il est maintenant en très bonne santé, auparavant, il était tout le temps en état de mal être permanent* ».

A propos de la vitamine A, les actions bénéfiques sur la mère et l'enfant sont très appréciées : __ « *Le médecin m'a dit qu'en tant que mère allaitante, la vitamine A est vraiment conseillée parce qu'elle est directement transmise de la mère à l'enfant. L'enfant obtient facilement de la force* ». __ « *Ce n'est pas que je me vante, mais depuis la SSME, je n'ai jamais emmené mon enfant voir un médecin, sauf pour des petits cas de grippe* ».

2.3.2. LES BENEFICES INTRINSEQUES

Outre les bénéfices en termes de santé, les parents apprécient également la tranquillité d'esprit obtenue en participant à la SSME. La bonne santé de l'enfant rassure les mères sur plusieurs points de vue : diminution des dépenses liées à la santé, diminution des risques de contracter des maladies graves __ « *J'emmène mon enfant à la SSME pour être tranquille, je ne veux pas qu'il tombe malade à des moments où je n'ai pas d'argent pour m'en occuper* », allègement des difficultés quotidiennes et diminution des soucis et appréhensions liées aux maladies de l'enfant __ « *C'est plus facile d'élever un enfant en bonne santé* » __ « *C'est moins de difficulté à gérer au quotidien* » __ « *Depuis que j'ai participé à la SSME, je suis plus tranquille. Avant, on se posait tout le temps des questions : comment vont ses yeux ? Est-ce qu'il a toujours des parasites qui grouillent dans son ventre. On ne se fait plus de soucis* » __ « *Milamina tsara ny sainao* ».

2.3.3. LA GRATUITE DES OFFRES ET DIMINUTION DES DEPENSES EN SANTE

Les arguments financiers liés aux dépenses de santé influencent les décisions de participation à la campagne SSME. Par exemple, la gratuité des offres de la SSME devient un puissant argument qui motive beaucoup de mères. __ « *Je continuerai à participer tant que c'est gratuit, c'est une aubaine d'avoir tout ça gratuitement, avant le vaccin était payant* » __ « *J'ai un enfant âgé de 2 ans, je participerai jusqu'à ce qu'il ait 5 ans puisque je n'aurai rien à payer, c'est gratuit* ».

La santé obtenue grâce à la participation à la campagne SSME acquiert une importance particulière lorsqu'elle contribue à alléger de manière significative les dépenses en matière de santé : moins de dépenses dans l'achat de médicaments onéreux, diminution des risques d'aggravation des maladies __ « *Je n'aurai plus besoin de payer des sommes faramineuses pour traiter mon enfant à l'hôpital, c'est sûr qu'il ne fera plus jamais de grande crise* ». __ « *Les médicaments pour le traitement coûtent moins cher lorsque l'enfant est vacciné* ».

2.3.4. DIVERS

En dehors des motivations liées aux expériences de participation à la SSME. Plusieurs autres facteurs pourraient inciter les mères à participer à la campagne SSME :

- Il est notamment identifié, auprès de certaines mères, une nette perception du risque sur le danger des maladies surtout envers des cibles spécifiques tels que les enfants en bas âge. Par ailleurs, la perception du risque résulte parfois d'une connaissance acquise à travers les messages de communication liés au sujet __ « *J'ai vu un reportage sur la méningite à la télé. C'est une maladie très grave, il y avait un enfant qui souffrait beaucoup. Je dis toujours à mon mari qu'il faut que nous fassions des efforts pour emmener nos enfants parce que ça fait vraiment peur* ».
- La fierté vis-à-vis de la communauté d'avoir une famille, un enfant en bonne santé fait aussi partie des facteurs incitatifs à la participation à la campagne SSME __ « *Même les gens de la communauté sont vraiment étonnés. Mon enfant est vraiment différent de tous les enfants ('miavaka raha samy olona') depuis qu'il est vacciné et depuis qu'il prend de la vitamine A* ».
- L'augmentation de connaissance en matière de santé de la mère et de l'enfant est également un facteur personnel qui motive la mère __ « *Moi, je suis toujours motivé pour participer à la SSME, ne serait-ce que pour connaître toutes ces choses que je ne connaissais pas avant, sur la santé de la mère et de l'enfant. C'est un grand avantage* ».
- Certaines participantes apprécient particulièrement la proximité de l'offre SSME qui est disposée dans leur localité respective (stratégie avancée) __ « *Jamais auparavant, il n'y avait eu de médecin qui venait chez nous pour donner de la vitamine ou pour vacciner nos enfants. Avant, chacun faisait tout ce qui leur était possible pour arriver au centre de santé* »

Remarques : Pour certains parents, la participation à la campagne SSME ne relève pas uniquement de la motivation, ni de la perception des bénéfices liés aux offres mais également de contraintes diverses. Une mère, par exemple, participe régulièrement à la SSME pour être en règle vis-à-vis de l'autorité sanitaire et de l'Etat __ « *Chez nous, c'est ce qu'on demande en premier et à chaque fois : est-ce que ton enfant est vacciné ?* » __ « *Les médecins d'ici sont très sévères, si ton enfant n'est pas vacciné, tu n'as aucune chance d'être reçu et traité. Même si l'état de santé de l'enfant s'aggrave, ils restent inflexibles* ».

Section 2.4. : Freins à la participation

à la campagne SSME

Il est rapporté ici, tous les freins et contraintes partagés par les cibles (perceptions propres aux cibles), qui favorisent la non participation à la campagne SSME. Pour étoffer l'analyse, les freins évoqués par le mobilisateur (perceptions propres aux mobilisateurs) sont également présentés et comparés dans ce chapitre. Les blocages de participation à la SSME identifiés par le mobilisateur sont continuellement présents durant les activités de mobilisation et les touchent particulièrement.

Ces différents freins sont présentés de deux manières, d'un côté, ceux qui sont d'ordre personnel, qui relèvent d'une incapacité ou de la croyance personnelle de la cible, et de l'autre côté, tous les facteurs de blocages externes qui influencent la décision de la cible. Les blocages spécifiques par localité urbaine ou rurale seront également nuancés.

2.4.1. LES BLOCAGES D'ORDRE PERSONNEL

2.4.1.1. LA PEUR D'UNE SITUATION INCONNUE

La crainte d'autrui (**d'individus inconnus ou étrangers**) et la crainte d'une situation inconnue sont omniprésentes auprès de la population vulnérable et des personnes habitant les zones rurales et reculées. Les participants habitant les zones reculées telles que Betsako (Mahajanga II), Andrea (Maintirano), Befotaka, Talata Angavo (Ankazobe) sont les plus sceptiques vis-à-vis de l'offre SSME pour des multiples raisons :

Certaines personnes déplorent notamment une insuffisance d'explication sur les tenants et aboutissants de la campagne. Il leur manque un repère suffisant qui les aiderait à prendre une décision : *« on insiste beaucoup sur la date, sans vraiment expliquer ce qui nous attend à l'hôpital, ce qu'on doit emmener. On parle toujours de vaccin mais au final, on ne comprend pas vraiment de quel vaccin s'agit-il ? »*.

D'après les cibles urbaines, « *la peur de l'inconnu* » est un comportement inné et typique des personnes habitant les zones rurales et/ou éloignées « *D'une manière générale, je pense que les gens vivant en zone très reculée accordent difficilement leur confiance. Même si on les sensibilise, ils n'auront jamais confiance* ».

De même, les pairs habitant en milieu rural confirment les propos des participants en milieu urbain. D'après eux, les gens sont méfiants vis-à-vis des étrangers, des inconnus et de tout ce qu'ils apportent (en l'occurrence les services de la SSME).

— « *Dès qu'ils voient des personnes en blouse blanche, ce sont des mpaka rà disent-ils* »,

— « *Chez nous, dans la brousse, quand un gendarme arrive pour exécuter une mission quelconque, les villageois s'enfuient dans la forêt et y restent quelques jours* » (Betsako).

— « *Tout ce que l'étranger apporte est suspect* » (Betsako).

— « *Ils vous diront que ce sont des trucs d'étrangers, de 'vazaha', même les gens d'Antananarivo sont considérés de la sorte* » (Andrea, Mahajanga)

— « *Je n'ai jamais emmené mon enfant voir un médecin, tout ça est inhabituel pour moi* ».

Dans ce même registre, le mobilisateur relève également d'autres freins liés à la peur tels que la peur du médecin, la peur d'entrer dans un bureau, la peur d'être piqué ou d'avalier des comprimés.

Remarque : Il est opportun de signaler que « *la peur d'une situation inconnue ou nouvelle* » est un comportement essentiellement discuté par les groupes de cibles et bénéficiaires. Les mobilisateurs n'ont pas insisté sur ce thème comme étant un véritable frein à la participation à la campagne SSME.

2.4.1.2. LES OCCUPATIONS QUOTIDIENNES ET PROFESSIONNELLES

Le mobilisateur rapporte que, dans beaucoup de cas, les parents sont absents du ménage lors de son passage. D'après eux, ils travaillent en dehors du domicile ou du Fokontany pendant les jours ouvrables. En effet, certaines catégories de personnes pratiquent des activités spécifiques telles que le transport de brique, la lessive, le commerce ambulancier. A Befotaka Sud et à Mahajanga II, les populations des zones rurales et/ou enclavées sont majoritairement cultivatrices.

Certaines d'entre elles sont semi - nomades et se déplacent vers des localités plus fertiles pour cultiver pendant plusieurs mois de l'année. Cette période coïncide avec l'édition de la SSME du mois d'avril. Elles sont alors hors d'accès des mobilisateurs sociaux. A Ankazobe, les chercheurs d'or sont accaparés par leur travail toute la journée et ne rentrent que le soir.

Pour solutionner ce type de problème, le mobilisateur aménage son emploi du temps afin de revisiter ces personnes en début de soirée, durant le week-end ou à leur lieu de travail. Mais le problème demeure entier durant la campagne proprement dite puisque les parents n'ont pas le temps d'emmener leurs enfants au CSB — *« Parfois, j'essaie de rejoindre la mère à la rizière, là où elle transporte les briques, mais je ne vois que le petit enfant et sa sœur d'à peine 6 ans qui ne peut pas décider si l'enfant peut venir ou non avec moi; du coup l'enfant ne bénéficie pas de l'offre SSME »*. Dans des cas spécifiques, les parents autorisent néanmoins un membre de la famille ou un voisin à emmener l'enfant au CSB.

Dans d'autres cas, le mobilisateur affirme que certains parents pauvres sont plus intransigeants et excluent toute possibilité d'abandonner le travail pour aller au CSB : — *« Voulez-vous me demander de choisir entre la vitamine A et ce que nous allons manger aujourd'hui ? Ce que nous allons manger aujourd'hui je dois le chercher aujourd'hui même, il suffit que je m'absente un moment et ma famille et moi ne mangeons pas le soir »*. Certains parents avouent qu'ils ne peuvent effectivement pas délaissier leur activité professionnelle quotidienne au risque de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de la famille.

Si le mobilisateur attribue ce frein comme blocage majeur à la participation à la SSME, curieusement, les cibles qui ont participé aux discussions de groupe survolent le thème sur l'occupation professionnelle et en parlent très peu. Quelques personnes *« non participants à la SSME »* et *« non exposées à la mobilisation »*, confirment qu'ils exercent une activité professionnelle qui exige beaucoup de mobilité.

2.4.1.3. LES FAUSSES CROYANCES ET LES RUMEURS

Le terme utilisé par certaines cibles pour parler des rumeurs est *« saim-bahoaka »* (ou la pensée de la masse). En effet, la cible accorde du crédit aux rumeurs car elle associe *'cette pensée'* à l'idée admise par la masse :

« Personnellement, je pense que la SSME est une très bonne idée, mais très souvent, les 'saim-bahoaka' (comprendre=les rumeurs) sont systématiquement martelés dans nos esprits ; à tel point qu'ils dominent automatiquement et prennent naturellement le dessus. A la fin, on n'en arrive à ne plus aimer la SSME ».

D'après le mobilisateur, beaucoup de fausses croyances et de rumeurs circulent à propos de la SSME et surtout à propos de ce qu'on y offre. Les rumeurs et les fausses croyances sont surtout très présentes en milieu urbain ou dans les districts, le mobilisateur exerçant en milieu urbain est plus prompt à évoquer ce problème et en ressent plus le poids durant la sensibilisation des mères.

Les types de rumeurs les plus souvent rapportés au mobilisateur concernent les supposés effets néfastes du vaccin sur l'enfant « *le vaccin tue les enfants... après la vaccination, ça commence par une petite fièvre mais après, ça tue nos enfants* ». De même pour la vitamine A, les cibles pensent que la vitamine A rend stérile, tue, cause une malformation du fœtus, engendre des malaises et entraîne des effets gênants. ___ Pour changer ces croyances, des mobilisateurs à Antananarivo n'hésiteraient pas à se faire vacciner en public pour prouver l'inoffensivité du vaccin.

2.4.1.4. LES INTERPRETATIONS ERRONNEES

D'une manière générale, les fausses interprétations sont issues de mauvaises expériences suite à une participation antérieure à la SSME. Ces mauvaises expériences se manifestant essentiellement par des incidents plus ou moins graves ou des symptômes rapidement associés à une intolérance aux vaccins ou aux vermifuges. Par exemple, des mères se plaignent d'avoir le bras enflé suite à une vaccination :

___ « *Mon bras a enflé durant un mois car j'ai été vacciné dans la rue. Je dirais que le médicament qu'on veut administrer aux gens risque vraiment de les tuer. C'est pour cette raison que je ne m'intéresse plus à ça* », ___ « *Lorsque ce n'est pas adapté à votre santé, ça vous fera à coup sûr des dépenses supplémentaires* », _ « *A part moi, ma voisine aussi a eu le vertige après s'être faite vaccinée* ».

Il a également été remarqué chez les mères de famille une certaine attitude de surprotection de l'enfant. Elles cultivent une naturelle et forte sensibilité à l'encontre de la fragilité de l'enfant (surtout des bébés) « *ny zaza saropady* ». Les symptômes identifiés chez l'enfant en période post-vaccination (fièvre, insomnie, pleurs) sont facilement interprétés comme une souffrance de l'enfant. A la fin, elles concluent que l'enfant a plus de mal que de bien en se faisant vacciner « *Se faire vacciner ? C'est volontairement se rendre malade – Manao vaksiny ? andeha hangala aretigny ?* ».

La souffrance de l'enfant est réellement prise au sérieux par les mères : __ « *Mon bébé n'arrête pas de crier la nuit, il ne dort pas du tout* », __ « *La raison de l'apparition de fièvre après la vaccination nous est vraiment incompréhensible, c'est ça notre véritable problème. Après la vaccination, on devrait nous expliquer pourquoi l'enfant a de la fièvre* », __ « *Personne ne m'explique de quel genre d'injection il s'agit, c'est pour ça que je n'emmène plus mon enfant* », __ « *En fait, je peux dire que mon enfant vacciné porte une autre maladie 'minday aretina'* ». __ « *Le comprimé qu'on veut donner à l'enfant est si grand qu'on a peur que ça soit bloqué quelque part ou que l'enfant soit constipé* ».

Le mobilisateur révèle d'autres interprétations erronées. Par exemple, à propos de la gratuité, les cibles et bénéficiaires associent facilement gratuité et mauvaise qualité. Beaucoup de pères de famille empêchent les mères d'aller au CSB pour cette raison. Par ailleurs, le recensement est aussi interprété comme étant une activité qui vise à recueillir des fonds. Une longue liste de noms échangée contre un financement. « *Ca fait des années et des années que vous notez nos noms, tous les ans. Je me demande ce que vous allez faire des informations nous concernant, c'est certainement pour chercher des fonds* ».

2.4.1.5. LES FAUSSES PERCEPTIONS

Le mobilisateur rapporte aussi l'existence de plusieurs fausses perceptions. Par exemple, sur la nature des intrants, on dit que ce ne sont pas de vrais vermifuges, ni de vrais vaccins : « *c'est de la politique (comprendre de la tromperie) tout ça, nous savons que ça n'a jamais été de la vitamine* ». Il s'agirait plutôt des médicaments périmés, des déchets des pays riches, ou des virus provenant de l'étranger et destinés à « *rendre la population malade au bout d'une dizaine d'années, ou encore à réduire la durée de vie* ».

2.4.1.6. INCOMPREHENSION DE L'OFFRE ET NON PERCEPTION DE RISQUE

D'après le mobilisateur, l'incompréhension de l'offre, la méconnaissance des avantages des offres de la SSME ou la méconnaissance des risques encourus créent des freins à la participation *« il y a des choses qu'on devrait dire et montrer à la télévision parce que les gens ne sont pas du tout conscients de la gravité des maladies »*.

L'analphabétisme et la faible éducation d'une grande partie de la population rurale, enclavée voire urbaine contribue aussi à l'incompréhension des offres, selon toujours le mobilisateur.

Les parents sont clairs à ce sujet, ils affirment ne pas disposer de suffisamment d'informations pour comprendre. Ainsi, l'offre de la SSME est imprécise pour eux. ___ *« C'est le sens de la vaccination même que l'on ne comprend pas, on dit qu'elle est faite pour nous protéger de la maladie, mais de quelle maladie s'agit-il ? Et puis, pourquoi est-ce qu'il faut impérativement qu'on se fasse vacciner ? »*. ___ *« On n'ira jamais se faire vacciner puisqu'on ne comprend même pas la raison »*, ___ *« On en parle beaucoup du fameux vaccin, mais finalement, qu'est-ce qu'on y comprend ? »*.

2.4.2. LES FACTEURS D'INFLUENCE EXTERNE

2.4.2.1. LES DOUTES SUR LA COMPETENCE DU PRESTATAIRE

Les parents, surtout ceux en milieu urbain, sont réticents à participer à la campagne SSME parce qu'ils émettent de sérieux doutes quant à la capacité réelle des dispensateurs de l'offre. D'une manière générale, ils n'apprécient pas l'administration de médicaments par les mobilisateurs, les infirmiers, les stagiaires (=internes) et les agents communautaires. Ces prestataires sont souvent assimilés à des simples personnes 'olon-tsotra' qui ne disposeraient pas de la compétence nécessaire pour dispenser les offres SSME. ___ *« Je connais une personne qui habite à côté de chez moi, qui met une blouse blanche durant la SSME. Pourtant, je sais qu'elle est juste un auxiliaire de notre Fokontany »* ___ *« Parfois, la personne nous accueille effectivement au centre de santé, mais dès qu'on la voit, on n'est pas du tout convaincu »*. ___ *« Ce n'est tout de même pas aussi évident de confier la santé de votre enfant à des personnes qui vous interpellent dans la rue »*.

___ *Parfois, on se demande si cette personne est vraiment un médecin ? En y réfléchissant bien, on n'a pas du tout envie d'y participer* ». ___ *« Voyez les infirmières stagiaires qui pratiquent une injection aux enfants. C'est un vrai danger. Moi en tous cas, je n'ai pas du tout confiance »* ___ *« Durant une campagne, j'ai remarqué qu'un superviseur de terrain interpellait un enfant qui passait devant chez moi, il donne le vermifuge à l'enfant sans aucune question, ni discussion, ni autorisation parentale. Il dit 'tiens, prends, mâche et bois un peu d'eau'... Pourtant, à ma connaissance, la prise de vermifuge doit systématiquement être précédée de prise de poids »*.

Remarque : En plus du doute sur la compétence des dispensateurs non médecins, les cibles urbaines sont d'emblée et d'une manière globale méfiantes vis-à-vis des offres de santé dispensées en dehors du centre de santé ___ *« On sort de la maison pour aller chercher de l'eau, on en revient vacciné. On nous vaccine pendant que nous sommes en train de faire la queue devant la fontaine publique »*. Elles sont pareillement méfiantes à l'encontre de l'approche de vulgarisation de la campagne SSME : la médiatisation considérée comme étant *« à outrance »*, ou encore l'usage d'agents mobilisateurs, agents du Fokontany et agents communautaires en tant que dispensateurs de l'offre. En effet, ces derniers ne seraient pas suffisamment compétents pour le travail attendu.

2.4.2.2. LA QUALITE DE SERVICE, ET LA QUALITE DE L'ACCUEIL

Les appréhensions des parents sont renforcées par certains comportements identifiés chez les prestataires de santé et chez certains médecins. Si d'une part, ils sont reprochés d'être très sévères ___ *« Les médecins chez nous sont trop sévères, il est impossible de leur adresser la parole »* ___ *« Dans certains dispensaires, ces gens (prestataires de santé) ne vous considèrent pas du tout, ils disent : Pèse ton enfant ! Emmène-le par ici ! Ils n'arrêtent pas de vous donner des ordres (mibaikobaiko) »*. D'autres part, certains prestataires sont considérés comme peu attentionnés du fait qu'ils oublient systématiquement d'expliquer les conditions de prise du médicament ___ *« Il arrive que le dispensateur oublie d'expliquer le mode de prise du médicament : le moment et la dose. C'est seulement à la sortie du centre que je fais demi-tour pour demander des précisions sur tout ce qu'il faut savoir et faire »*.

La qualité de la sensibilisation est pareillement indiquée par les parents comme étant un facteur de blocage à la participation à la SSME ___

___ « *Durant les rencontres avec les mobilisateurs, on n'a pas du tout le temps de réfléchir, de bien s'assurer que l'offre est adaptée à notre santé. On vous attrape dans la rue et on vous force un peu* ».

Toutes ces perceptions sur la qualité de service constituent aussi un facteur d'abandon à la participation à la SSME puisque les parents, même ceux qui ont déjà participé à la campagne, sont réticents à l'idée de revenir au centre de santé à cause de la qualité de l'accueil et du service.

2.4.2.3. LES CONTRAINTES GEOGRAPHIQUES

L'inaccessibilité géographique des sites de dispensation des offres SSME constitue un blocage insurmontable pour les parents, notamment en période de pluies ___ « *Une fois, l'eau est montée considérablement après la pluie... moi, j'ai peur des traversées en pirogue car l'eau fait beaucoup de vagues, de plus, elle est très profonde* » ___ « *Nous habitons à plus de 5 km du centre de santé* ». Dans certaines localités, le centre de santé se trouve en dehors du Fokontany ou en dehors de la Commune ___ « *Si on part le matin, on ne sera de retour que très tard la nuit* » ___ « *Pour y arriver, je dois marcher du matin jusqu'au soir, et encore, je n'y serai que le lendemain matin. C'est pour cette raison que les mères sont informées (par courrier adressé au chef Fokontany et montré à chaque cible à travers le chef quartier) mais qu'elles ne sont pas du tout motivées* ».

Selon le mobilisateur, les freins liés à l'éloignement du CSB ne concernent pas uniquement les zones rurales mais également les zones urbaines. Par exemple, les personnes habitant aux alentours de Nanisana, Ankadindramamy refuseraient de participer car le CSB d'Analamahitsy est éloigné de leur domicile.

Les dures conditions de voyage sont autant de facteurs qui démotivent les cibles à participer à la SSME : la chaleur, la mauvaise qualité de la route, l'inexistence de moyen de transport, le paiement de frais de déplacement, ...

2.4.2.5. LES CONTRAINTES LIEES A LA COMMUNICATION

Le difficile accès à l'information en milieu rural constitue un frein évident pour les parents habitant en zone reculée __ « *Ici, en milieu rural, nous n'entendons presque jamais les nouvelles, nous sommes seulement au courant de ce qui est fait* ». __ « *Je sais qu'il s'agit d'une écriture mais je ne sais pas et je ne peux pas le lire* ». __ « *Les gens qui habitent dans la forêt 'olo mipetraka an'ala' ne sont au courant de rien* ».

Il existe des parents qui sont exposés aux messages et qui comprennent le contenu. Toutefois, soit les messages parviennent en retard __ « *Les messages arrivent bien chez nous mais c'est déjà trop tard* », soit les gens ont une contrainte de déchiffrement du message __ « *Nous comprenons si vous dites : venez le lundi, mardi et mercredi ! Mais nous ne comprenons pas quand vous dites : vingt-neuf, trente (Même en malagasy) !* ».

D'autres parents participants n'ont pas assimilé la périodicité de l'offre __ « *Quand j'entends la sensibilisation, j'y participe, mais quand je n'entends pas, je ne participe pas* ».

2.4.2.6. LES PRATIQUES TRADITIONNELLES ET LES TABOUS ('fady')

Selon le mobilisateur, les pratiques traditionnelles et les tabous ('fady') sont encore très présents en milieu rural et surtout dans les localités reculées. Ces pratiques exercent une influence considérable sur les attitudes des cibles vis-à-vis de la SSME. En effet, certaines personnes en zone rurale pensent qu'il n'est pas nécessaire (voire tabou) de se faire examiner par un médecin car il suffit d'utiliser les morceaux de bois habituellement utilisés pour guérir les enfants. D'autres communautés laissent pousser les cheveux des enfants pour les protéger contre les maladies. Parfois, les gens utiliseraient l'argument 'fady' afin de décourager le mobilisateur à argumenter. Ils sont sûrs que ce dernier n'osera pas braver les 'fady' des autres : __« *Pour nous, il est tabou de consulter un médecin* », __« *la pratique de piqûre est interdite dans notre culture – fady treberina agnay* ».

Les termes utilisés par les mères pour désigner les tabous et les pratiques traditionnelles sont : « *fadin-drazana* », ET « *tapakazo* », « *masimasina* », « *masy* », « *sikidy* ».

Remarque : A Andrea, Maintirano, certains parents sont catégoriques, la participation à la SSME dépend de la bénédiction du leader traditionnel et notable communément appelé ‘*olobe*’ (les grandes personnes) ou ‘*joary*’ (le leader) __ « *le leader nous dit que nous serons perdus si nous allons à l’hôpital pour se faire vacciner... si le leader dit ‘vas !’, nous y allons* ».

Dans certaines localités, la peur des injections est un frein commun et caractéristique de la population entière, comme c’est le cas à Befotaka. Ainsi, à l’annonce de la campagne, la population reste cachée et hors de vue de l’équipe de santé. Seul un ou quelques rares « *espions/observateurs* » restent au village pour déterminer les raisons de la visite. Une fois informés sur la dispensation de vitamine A ou d’autres médicaments à ingérer oralement, ils appellent leurs pairs en criant « *amin’ny vava* » (c’est par voie orale). Il faut donc comprendre que la population serait restée cachée s’il s’était agi d’une campagne de vaccination.

2.4.2.7. HABITUDE DE RECEVOIR DES DONNS

Le mobilisateur rapporte que certaines personnes seraient surtout intéressées par les dons offerts gracieusement durant la campagne SSME __ « *une fois qu’il n’y a plus de distribution de moustiquaire, les parents ne sont plus intéressés par la SSME* » __ « *Avant, lors de la distribution de moustiquaire pendant la campagne SSME, certaines mères étaient capables de changer leurs vêtements et ceux de l’enfant pour recevoir plusieurs fois les dons* ». Toujours selon le mobilisateur, l’affluence est toute aussi importante lorsqu’on annonce aux mères qu’il y aura également une distribution de ‘carnet Seecaline’.

Les parents sont d’avis qu’il existe des personnes habituées aux dons et ne participant plus à la SSME lorsqu’ils savent qu’il n’y a plus de dons __ « *‘zatra mahazo zavatra’* ».

Les termes utilisés par le mobilisateur pour parler de don sont les suivants ‘*tambiny kely*’ (petite récompense), ‘*lokaloka*’ (gain), ‘*fitapitaka kely*’ (appât). Les parents le désignent en tant que ‘*tolotra*’ (offre), ‘*takalo*’ (échange), ‘*kadoa*’ (cadeau). Les types de dons évoqués sont : du manioc, des moustiquaires imprégnées d’insecticides, des bonbons, des biscuits du projet Seecaline et des vêtements venant du prêtre.

2.4.2.8. LES CONTRAINTES LIEES A L'OFFRE

Selon les parents, il arriverait que l'offre reçue diffère de l'offre habituellement connue. Parfois, l'offre n'est pas disponible sur place ou 'payante' __ « Ici, à l'hôpital, le PF était gratuit avant, mais maintenant, ils en font du commerce ».

Il existe diverses contraintes liées à l'organisation de la distribution de l'offre que les parents n'arrivent pas à honorer __ « On nous oblige à venir avec le carnet. Mais, il arrive parfois qu'on ne retrouve pas le carnet ». Puis, le choix d'une journée unique attribuée à une localité n'est pas souvent adapté à la disponibilité de la mère.

2.4.2.9. DIVERS

La sécurité des biens durant l'absence au village, la religion sont autant de freins qui poussent les parents à ne pas participer à la SSME __ « On a peur que des gens malintentionnés nous volent » __ « Le Président est vraiment convaincant et il sait comme sensibiliser les gens, mais on ne peut pas y aller si personne ne garde la maison ». En ce qui concerne le blocage inhérent à la religion, certains parents vont jusqu'à interdire à leurs enfants de fréquenter l'école durant la période de la SSME.

Spécifiquement à Befotaka, le mardi et le jeudi seraient des jours sacrés 'Andro fady'. Si la dispensation de l'offre dans le Fokontany est effectuée le mardi ou le jeudi, les parents ne peuvent pas participer.

Section 2.5. : Attentes des cibles sur la campagne SSME

2.5.1. RENFORCEMENT DE LA PROXIMITE DE L'OFFRE

L'attente première des cibles se rapporte à plus d'accessibilité et de proximité de l'offre de la SSME. En effet, les cibles souhaitent qu'à chaque campagne SSME, les médecins descendent dans les Fokontany ou dans chaque foyer pour sensibiliser et distribuer les médicaments. Pour certaines mères en milieu urbain et rural, cette démarche leur permet d'économiser les frais de déplacement (bus ou taxi), ou de gagner davantage de temps, compte tenu des contraintes professionnelles. Les mères en milieu rural ont besoin, à chaque VAD (de sensibilisation ou de distribution de médicaments), de la présence d'un technicien qui maîtrise le sujet (en l'occurrence le médecin), et d'une personne 'caution' qui assure que les messages sont communiqués de manière véridique et en toute bonne foi. Il s'agit du Président du Fokontany, ou d'un autre représentant de l'Etat ou d'un leader traditionnel __ *« Ils connaissent bien les gens de leur Fokontany et puis ils sont plus accessibles, on peut leur poser des questions ».*

2.5.2. AMELIORATION DE L'ACCUEIL

Les cibles souhaitent également une amélioration prépondérante de la qualité de l'accueil en générale, et spécifiquement, du traitement partial des visiteurs __ *« Une fois, je suis allée chez Seecaline, mais arrivée à l'entrée, on m'a clairement signifié que le service est offert en priorité aux mères non mariées ou célibataires et aux personnes en difficulté. Personnellement, je pense que beaucoup de gens ont des difficultés, personne n'est plus à l'abri des difficultés maintenant. Finalement, j'ai choisi d'aller ailleurs, là où je serai bien reçue sans être catégorisée de personne en difficulté ou non ».*

2.5.3. CONTROLES STRICTS DE LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS

Les cibles réclament par ailleurs des contrôles plus stricts dans la dispensation des médicaments pour éviter des imprévus malencontreux __ *« Il devrait y avoir un représentant de l'autorité sanitaire à chaque école pour contrôler la distribution à ces endroits ».*

__ « *Le contrôle des activités de distribution des médicaments en dehors des centres de santé n'est pas du tout adéquat, les mobilisateurs attrapent les enfants dans la rue et leur intimement de prendre du vermifuge. Parfois, il y a des enfants qui prennent 2 fois du vermifuge au cours d'une même campagne* ». __ « *Une fois, j'ai vu un enfant de 14 ans qui portait un autre enfant de 2 ans. Le mobilisateur a donné un vermifuge à l'enfant de 2 ans sachant que le plus grand n'a strictement aucune idée de la nature du médicament, et qu'il n'a aucune autorité sur le petit enfant* ».

2.5.4. DIVERS

Diverses autres attentes ont également été partagées par les cibles, notamment, la diversification de l'offre de la SSME, la fourniture de moyen de transport essentiel (exemple : pirogue) pour les personnes habitant en zone reculée et inaccessible en période de pluies ou pour ceux qui vont venir dans le Fokontany pour distribuer les médicaments, l'extension de la période de gratuité des offres à l'endroit des participantes régulières à la campagne SSME, l'extension de la durée de la campagne SSME de 10 à 15 jours afin de bien atteindre les personnes habitant les zones reculées et qui ne peuvent venir au chef lieu de commune qu'une fois par semaine ou toutes les 2 semaines.

CONCLUSIONS
RELATIVES A LA CONNAISSANCE ET A LA PERCEPTION GENERALE
SUR LA CAMPAGNE SSME

CONNAISSANCE DE LA CAMPAGNE SSME PAR LES CIBLES

Il existe une bonne connaissance de base de la SSME. Il est facile pour les cibles d'identifier les 2 périodes de réalisation de la campagne (avril et octobre), le lieu de dispensation de l'offre, la gratuité des offres. Toutefois, malgré la connaissance de la campagne SSME, les cibles ont néanmoins des difficultés à identifier clairement l'intitulé de la campagne. Par ailleurs, les dates chiffrées ne sont pas toujours évidentes à comprendre, certaines cibles qui entendent ou qui voient la liste des dates concernées par la campagne ne savent pas à quels jours de la semaine ou à quels moments du mois ces chiffres correspondent.

Le vaccin, le vermifuge et la vitamine A sont les offres les plus populaires parmi les offres de la SSME. La discussion tourne systématiquement autour de ces trois offres et les cibles sont capables de donner assez de détails les concernant (en bien ou en mal). Il apparaît clairement que ces offres peuvent facilement avoir la capitale sympathie des cibles. Les autres offres plus spécifiques sont moins connues et/ou ne sont pas toujours associées à la SSME (comme la PF). Il existe, par ailleurs, des cibles qui associent la campagne SSME à une campagne exclusive de vaccination et/ou la supplémentation en vitamine A.

LES SOURCES DE MOTIVATIONS A LA PARTICIPATION

La décision de toujours continuer à participer à la campagne SSME est acquise lorsque le vaccin, le vermifuge ou la vitamine A sont associés à des résultats efficaces et tangibles sur les bénéficiaires (mères ou enfants). Les mères parlent notamment d'effets probants et vérifiables sur la santé de l'enfant : une amélioration nette de la santé, une amélioration nette de l'état général de l'enfant (un enfant plus fort, qui a de l'appétit), une bonne santé constante et une grande résistance aux maladies.

Le déterminant de décision n'est pas exclusivement rationnel, il peut aussi être affectif. Il arrive parfois que la conviction de participation soit plus forte lorsque les résultats de participation apportent plus que la santé.

Les mères apprécient notamment la tranquillité d'esprit apportée par les offres de la campagne SSME, traduite par moins de soucis et moins de tracas quotidien à propos de santé de l'enfant.

LES MESSAGES DE MOBILISATION ET DE COMMUNICATION

A travers tous les messages communiqués, les cibles ont bien compris et bien assimilé l'appel général à la participation à la campagne SSME. Il existe, toutefois, une attente généralisée d'explications plus détaillées sur la campagne SSME et sur les avantages concrets de la participation. Cette attente est plus soutenue en milieu rural et dans les zones reculées et enclavées. Ceci est d'autant plus important à considérer que la SSME cible surtout les populations vulnérables et enclavées.

Les messages qui captent le plus l'attention des cibles se rapportent à l'efficacité de l'offre de la campagne SSME et aux bénéfices « *santé* » obtenus de la participation. L'efficacité de l'offre est appréciée car elle traduit aussi une nette diminution voire une suppression des dépenses liées à la santé. Les cibles identifient également le message de gratuité de l'offre SSME.

LES FREINS A LA PARTICIPATION

Les sources de blocage à la participation peuvent être individuelles ou influencées par des facteurs extérieurs. Les véritables freins ne sont pas exclusivement liés à l'exposition à la communication.

Sur le plan individuel, la peur de l'inconnu fait partie des blocages majeurs à la participation à la SSME. Cette peur est d'autant plus soutenue puisqu'il s'agit de santé, et plus particulièrement de la santé de l'enfant. Les mères sont réticentes à l'idée de confier la santé et la vie de l'enfant à des inconnus c'est-à-dire à des personnes étrangères à la communauté, d'autres sont prudentes à l'idée de donner à l'enfant un médicament inhabituel. L'incompréhension partielle ou totale de l'offre renforce la peur de l'inconnu ; les cibles ont besoin de plus d'explications crédibles, rassurantes et précises.

Beaucoup de fausses croyances, de rumeurs et de fausses perceptions prédominent dans la pensée des cibles. Elles favorisent les freins et influencent de manière conséquente la décision des cibles surtout lorsqu'elles sont perçues comme la '*pensée de la masse*' (*saim-bahoaka*).

L'occupation professionnelle (essentiellement des activités mobiles ou qui nécessitent un éloignement du village) constitue également un frein insurmontable à la participation des cibles à la campagne SSME.

Sur le plan extérieur, d'autres facteurs peuvent influencer la décision des cibles. Certaines cibles (en milieu rural et urbain) ont de sérieux doutes sur la compétence technique des prestataires de santé. Pour eux, seul le médecin est habilité à dispenser les médicaments et à donner des conseils sur la santé. Les cibles urbaines d'Antananarivo sont très critiques envers les mobilisateurs à ce sujet.

Les contraintes géographiques, la qualité de service et de l'accueil, l'habitude de recevoir des dons, les pratiques traditionnelles et les tabous sont autant de facteurs qui empêchent les cibles de participer à la campagne SSME.

RECOMMANDATIONS

CONCERNANT LA CAMPAGNE SSME EN GENERAL

CAPITALISER LES ACQUIS DE CONNAISSANCES

ET AFFINER CERTAINS MESSAGES DE LA COMMUNICATION

Il est important de bien capitaliser les acquis de connaissance de la campagne SSME : la période, le lieu de dispensation (surtout CSB), la gratuité des services offerts. L'identification de l'offre étant très importante, les supports de communication et les mobilisateurs doivent contribuer fortement à faire comprendre les dates de déroulement de la SSME sans trop surcharger les supports visuels. Il peut, par exemple, être bénéfique d'insérer les jours correspondants à chaque date annoncée. Les mobilisateurs sont également encouragés à clarifier ces dates en annonçant systématiquement les jours qui correspondent à chaque date.

La campagne SSME peut toujours s'appuyer sur les offres de vaccination, de supplémentation en vitamine A et de vermifuge, en tant que '*produit/service d'appel*' de la campagne SSME. Toutefois, tous les messages de mobilisation et de communication doivent veiller à bien expliquer l'existence d'autres services tels que le PF, la CPN, etc., afin d'assurer la participation des cibles qui ont besoin de ces services.

VALORISER LES BENEFICES SANTE DANS LES MESSAGES

Le contenu des messages de mobilisation et de communication, quel que soit le support utilisé, doit insister sur l'efficacité de l'offre de la campagne SSME, notamment en valorisant les résultats positifs pour les bénéficiaires (l'enfant et la mère). Il est recommandé de toujours exploiter les pistes rationnelles et émotionnelles (approche classique de communication) dans le développement des messages de communication. Il est également important d'intégrer dans la mobilisation et la communication, les avantages de la participation à la campagne SSME. Chaque explication sur les avantages doit être systématiquement accompagnée d'exemple tangible pour convaincre les cibles.

Beaucoup de cibles et de mobilisateurs demandent des témoignages de personnes ayant trouvé de l'intérêt à participer à la campagne SSME afin d'encourager ceux qui ne participent pas.

ETENDRE LES ACTIONS DE COMMUNICATION AU REDRESSEMENT DES RUMEURS ET FAUSSES CROYANCES AFIN DE FAVORISER L'ADHESION

Pour rassurer les mères, les messages de mobilisation et de communication doivent à la base véhiculer une offre saine et efficace. Des approches de communication spécifiques (reportage, intégration dans le '*journal parlé*' ou '*journal télévisé*', réunion avec les notables) doivent être développées pour redresser les rumeurs et changer la croyance sur la '*pensée de la masse*'. Ces nouvelles approches peuvent être une opportunité de transmettre tous les aspects positifs de la campagne SSME : les réussites, les bénéfiques santé, les apports pour chaque foyer et pour la communauté entière.

CONCEVOIR ET METTRE EN ŒUVRE UNE CAMPAGNE D'EDUCATION DES CIBLES SUR LA SANTE A LONG TERME

Au vu des résultats de l'évaluation, les cibles de la SSME méritent d'être informées et éduquées sur les bienfaits de la vaccination, de la Vitamine A, du déparasitage, de la CPN, du PF et des autres offres de la SSME. Cette campagne d'information, d'éducation et de communication gagnerait à s'inscrire sur le long terme, pour des résultats durables et susceptibles d'améliorer progressivement et toujours plus les résultats de la SSME. Cette campagne pourrait être intégrée au programme scolaire dès le niveau primaire (afin de toucher le maximum de cibles). Les associations pour jeunes (scouts, chorale, etc.) ou pour femmes, les clubs sportifs et culturels, ainsi que les groupements professionnels devraient être intégrées à cette activité à long terme. L'impact attendu est que les cibles de la SSME soient i) bien informées des détails des avantages de la participation à la SSME en particulier, et de la fréquentation du centre de santé en général, et ii) motivées à approcher les agents de santé, iii) prêtes à investir pour leur santé et celle de leurs enfants. En même temps, cette campagne s'avèrerait être une aide bénéfique pour tous les acteurs de la mobilisation sociale de la SSME puisqu'elle facilitera leur travail. Les cibles ainsi informées et éduquées auront compris les avantages de la participation à la SSME et seront fidélisées par cette perception acquise.

RENFORCER LA COMPETENCE DU PERSONNEL DE SANTE EN ACCUEIL DES PATIENTS ET EN DISPENSATION DES OFFRES

Pour espérer obtenir des résultats satisfaisants à terme, notamment en ce qui concerne l'assiduité des mères à participer à la SSME, des efforts particuliers devraient s'adresser au personnel des centres de santé. Les discussions avec certains parents ont mis en évidence une part importante de responsabilité des agents de santé dans le manque de motivation des cibles à fréquenter le centre de santé et/ou à participer à la SSME. La mauvaise qualité d'accueil et de service, le peu de considération pour les clients témoignent d'un manque de professionnalisme. Il est important et urgent de remédier à cet état de fait en i) renforçant la compétence des agents de santé en matière d'accueil et de prestation de services de santé en insistant sur le volet « bioéthique » (agent de santé = salvateur de vies humaines) de la profession, en ii) réinstaurant l'esprit du « serment d'Hippocrate » pour ranimer le sens de compassion, la volonté désintéressée d'aider et de soulager les patients et les clients ainsi que l'idéal de contribuer à améliorer la santé des Malagasy et iii) en renforçant la supervision sur terrain pour assurer la qualité de prestation des agents de santé. Le deuxième volet recommandé peut faire l'objet d'une campagne de communication ciblée.

Chapitre III :

La stratégie de

communication médiatique

(et hors-média)

Section 3.1. : Les sources d'information

Les cibles ont indiqué 13 types de sources d'informations, classées en trois catégories :

Tableau 6 : LES SOURCES D'INFORMATION

SUPPORTS MEDIA	HORS MEDIA	SUPPORTS COMMUNAUTAIRES
Radio	Banderole	Réunion communautaire,
Affiche	Téléphone	Marché (Tsena), mégaphone
Télévision	Sonorisation mobile	Mobilisateur, agent de santé,
Journaux (presse quotidienne)		Agent communautaire, COSAN
Flyers		Crieur, bouche à oreille

- Les cibles en milieu urbain évoquent essentiellement des supports médiatiques et modernes tels que la radio, la télévision, les journaux. Elles connaissent et sont aussi exposées aux activités de mobilisation communautaire. Les cibles en milieu rural évoquent surtout des approches basiques et interpersonnelles (bouche à oreille, crieur) et communautaires telles que les réunions communautaires et les VAD. Elles sont également exposées aux affiches et banderoles.
- Les participants aux focus group discussions en milieu urbain citent et connaissent plusieurs sources d'information. Chaque individu cite au moins 3 à 4 sources d'information. Il est évident qu'ils sont plus exposés vu leurs connaissances des différents supports de communication de la SSME et leur capacité à fournir des informations assez détaillées et précises sur la campagne (slogan, illustrations, dates).
- En plus du rôle du média en tant que support d'information, les supports médiatiques de la campagne SSME (banderole, affiche, spot radio, spot TV) sont perçus comme étant les principaux éléments qui officialisent l'événement. Leur présence dans l'univers des cibles rassure notamment les foyers qui sont visités par les mobilisateurs.
- La complémentarité des supports médiatiques et communautaires est maintes fois soulignée par les cibles urbaines et rurales.

Section 3.2. : La Radio

3.2.1. PERCEPTION GENERALE DE LA RADIO :

La radio est un support médiatique connu par de tous les groupes sans exception, qu'ils soient urbains, ruraux, non participants, participants ponctuels ou participants réguliers à la SSME. Elle est systématiquement mentionnée et discutée à chaque groupe de discussion. Elle est perçue comme étant une source d'information par excellence, même par ceux qui ne sont pas exposés à la radio pour diverses raisons.

3.2.2. POSSESSION ET HABITUDE D'ECOUTE DE LA RADIO :

Il existe plusieurs profils concernant la possession et l'habitude d'écoute de la radio. Il y a ceux qui :

- possèdent un poste radio et qui ont l'habitude d'écouter régulièrement la radio,
- possèdent un poste radio mais qui n'ont pas l'habitude d'écouter la radio,
- possèdent un poste radio mais ne disposent pas des nécessaires pour faire fonctionner le poste (électricité, pile),
- ne possèdent pas de poste radio mais écoutent la radio auprès de l'entourage,
- ne possèdent pas un poste et n'écoutent pas la radio.

La Radio Nationale Malagasy (RNM) est fréquemment mentionnée au cours des discussions. Les cibles exposées à la radio y écoutent essentiellement le '*journal parlé*' et les émissions sur la santé. Les radios privées (telles que la RTA, VIVA, Radio Fahazavana) sont exclusivement discutées en milieu urbain.

3.2.3. LA FORCE DE LA RADIO :

L'unique force de la radio évoquée par les cibles est la grande couverture et la longue portée de la radio.

3.2.4. LES LIMITES DE LA RADIO :

Malgré les appréciations de la radio, elle demeure inaccessible pour une très grande majorité des cibles. Il est d'ailleurs assez rare que les participants des focus group discussions puissent faire une narration du contenu des spots radio sur la campagne SSME. Plusieurs contraintes essentiellement économiques et géographiques empêchent les cibles d'être exposées à la radio et justifient la difficulté des cibles à accéder aux informations diffusées à la radio :

- ***Poste radio fonctionnel et inutilisé ou non fonctionnel :*** Beaucoup de participants au focus group discussion ne disposent pas de poste radio : soit ils n'en ont jamais acheté, soit le poste possédé actuellement est endommagé ou en réparation. Parmi les participants de chaque focus group discussion, il y a toujours quelques personnes qui n'utilisent pas leur radio (en milieu urbain). En milieu rural, les personnes qui n'ont pas de poste radio sont toujours majoritaires dans chaque focus group discussion. Certaines cibles en milieu rural avouent que, dans leur localité, il y a des villages entiers qui n'ont pas de poste radio étant donné l'éloignement et l'inaccessibilité.
- ***Indisponibilité des outils :*** Parmi ceux qui possèdent un poste radio, même si la radio est en bon état, elle ne fonctionne pas toujours en permanence. Il arrive que le propriétaire ne dispose pas de piles pendant quelques jours, une semaine voire des mois __ « *Quand on n'a pas de pile, on n'écoute pas la radio. On attend d'avoir de nouveau de l'argent pour en acheter* » __ « *La disponibilité des piles dépend de la disponibilité de l'argent* ». Dans ces cas spécifiques, certains écoutent les émissions importantes ou le journal parlé chez le voisin. **Remarque :** Une fois disponible, l'argent est en priorité destiné à l'achat de vivres et de PPN : savon, pétrole, manioc, patate, etc. L'achat des piles ne figure pas parmi les priorités.
- ***Horaire d'écoute:*** l'horaire d'écoute de la radio est parfois très limitée, selon le mode de vie de la personne, surtout pour ceux qui travaillent en continu durant toute la journée. Ils écoutent la radio de 12h à 13h30 (essentiellement le journal) et à partir de 19h30 (heure d'arrivée à domicile). Par ailleurs, l'horaire d'écoute de la radio est flexible, invariable et indéfini à cause des perturbations telles que la coupure momentanée d'électricité (délestage) ou coupure définitive (non paiement des factures), mauvais état de transmission (même en milieu urbain, lorsque l'émetteur est endommagé).

Section 3.3. : L'affichage

3.3.1. CONNAISSANCE GENERALE DES AFFICHES SSME

L'exposition des cibles aux affiches de sensibilisation de la campagne SSME est vérifiée car les participants des focus group discussions ont une certaine faculté à décrire le contenu des affiches, contrairement aux spots radio. Pour les cibles en milieu rural, d'une part, il existe une bonne mémorisation de l'image et peu d'éléments retenus relatifs au texte. La description faite par les cibles rurales est purement limitée aux images : elles décrivent sommairement un médecin ou une sage femme qui offre de la vitamine A ou qui vaccine un enfant. D'autre part, les cibles en milieu urbain évoquent, en plus des images, les autres inscriptions (Titre, date, slogan).

Les lieux d'affichage des affiches SSME connus par les cibles sont nombreux : à l'intérieur du CSB, sur le portail du CSB, sur la devanture du marché (selon le support disponible au marché : poteau, portail, etc.), dans les voies de passages à grande affluence, à l'église (sur le point d'affichage), et dans les boutiques et épiceries diverses (appelé aussi 'dokany'). Les leaders d'opinion ajoutent les points d'affichage suivants : tableau d'affichage du Fokontany, écoles.

Remarque : Les termes utilisés par les cibles pour désigner l'affiche sont 'sarisary', 'sary mipetaka', 'fiche', 'fisy mipetaka', 'petadrindrina', 'afisazy', 'affichage', 'sarin'ny vaksiny'.

3.3.2. PERCEPTION DES AFFICHES SSME

D'une manière générale, les affiches de la campagne SSME sont positivement bien perçues par les cibles. Les cibles trouvent que l'affiche de la campagne est claire et significative — « *On comprend tout de suite qu'on parle essentiellement de la santé de la mère et de l'enfant* » — L'image est expressive et attrayante selon certaines mères — « *On peut interpréter à travers l'image que les enfants vaccinés sont costauds, on voit que le vaccin donne à l'enfant beaucoup de santé* » — « *Ce qui m'a tout de suite frappé, c'est de voir l'image du bébé bien joufflu 'botrabotra be'* ».

Les participants aux focus apprécient également l'aspect instructif de l'affiche __ « *On peut voir, à travers l'affiche, le mode d'utilisation de la vitamine. Il montre clairement qu'il faut verser de cette manière 'atete amin'ny vava* ».

Toutefois, quelques minorités déplorent l'aspect 'peu attrayant' de l'affiche, qui serait typique des supports utilisés dans le domaine public. __ « *Quand on regarde de haut en bas, on regarde le titre SSME, puis l'image et enfin le slogan tout en bas, et c'est tout. Mais voyez l'affiche de Tsiliva par exemple, les gens iront jusqu'à chercher : combien coûte le billet ? Ça commence à quelle heure ? ...* ».

Remarque : Certains participants aux focus group discussions reprochent la distribution des affiches aux malades ou visiteurs des centres de santé __ « *Lorsque nous passons à l'hôpital, on nous donne des affiches et on nous demande de les afficher dans tous les coins de rue* ».

3.3.3. LES LIMITES DES AFFICHES

Le principal blocage des cibles lié à l'affichage est l'incompréhension du contenu. Ce constat est remarqué dans toutes les localités visitées : urbaines et rurales. Il concerne non seulement les illettrés mais également les personnes ayant fréquenté l'école (jusqu'au niveau primaire ou secondaire premier cycle) __ « *Mes yeux regardent mais je ne comprends aucune des inscriptions indiquées sur l'affiche* » __ « *Les gens sont attirés par les images de l'affiche, mais pour ceux qui ne savent pas lire, l'affiche reste une image qui n'évoque rien* ». __ « *J'en vois (affiche SSME) tout le temps mais jusqu'à ce jour je ne comprends toujours pas* ». __ « *Nous sommes très nombreux ici à être analphabètes 'badolahy', nous savons regarder mais nous ne savons pas lire* ». __ « *L'affiche est efficace pour ceux qui savent lire 'mahomby amin'ny mahay mamaky teny ny afisy'* ».

Une faible visibilité de l'affiche constitue également une des limites de l'affichage selon les cibles, notamment la présence d'une multitude d'affiches dans les centres de santé : campagne sur la lutte contre le paludisme, campagne sur la SSME, campagne sur le vaccin antitétanique. __ « *Parfois, les images se ressemblent, mais les dates sont différentes. Puis, il arrive aussi de voir durant la semaine de vaccination des anciennes affiches qui ne sont pas enlevées* ».

Remarque : Des participants en milieu urbain d'Antananarivo pensent que les affiches doivent être exclusivement affichées dans les centres de santé.

Diverses autres contraintes de visibilité de l'affichage ont été partagées par les cibles : la durée d'exposition limitée des affiches notamment due au retard d'affichage, à la pluie, à la superposition d'affiches ou à la destruction (déchirure) des affiches. Certains leaders d'opinion confirment que la durée de vie d'une affiche à Toamasina ne dépasse pas les 2 à 3 jours, il en est de même pour les affiches posées sur les pousse-pousse durant la mise en œuvre de la stratégie urbaine.

Certaines mères avouent par ailleurs qu'elles ne sont pas prédisposées et concentrées à la lecture de l'affiche lorsqu'elles emmènent leur enfant à l'hôpital ou au CSB. — « *Tu y vas (à l'hôpital) pour emmener ton enfant malade, tu n'as pas la tête à lire une affiche, tu penses uniquement à avoir un médicament pour lui et c'est tout, tu pars après* ».

N.B. : D'une manière générale, les affiches visibles dans divers points d'affichage sont perçues comme étant une 'annonce' et un repère du début de la campagne SSME.

3.3.4. ORGANISATION GENERALE DE LA POSE DES AFFICHES

Les leaders d'opinion donnent un aperçu général de l'organisation de l'affichage. D'après eux, la définition du nombre d'affiches à distribuer par Fokontany ou par entité partenaire est fonction du nombre d'affiches disponibles. Habituellement, chaque fokonany obtiendrait environ 2 affiches. Les leaders d'opinion en milieu rural disent que l'affiche sert essentiellement à indiquer le jour spécifique pour un Fokontany ou une localité donnée.

Toujours selon les leaders d'opinion, la couverture d'un secteur dépendrait du nombre d'affiches disponibles. — « *Lorsqu'il y suffisamment d'affiches, le mobilisateur peut afficher au moins une affiche par secteur, lorsqu'il n'y en a pas suffisamment, le mobilisateur essaie de viser le maximum d'audience selon le point d'affichage* ». Mais d'une manière générale, les leaders d'opinion se plaignent d'une insuffisance de nombre d'affiches.

Le fait que les affiches soient difficiles à poser a également été évoqué. Souvent, la colle et le scotch ne sont pas assez efficaces pour les maintenir affichées. Elles sont parfois clouées pour une meilleure tenue. L'absence de colle et de scotch prévus pour la pose a également été mentionnée au passage.

Section 3.4. : Les approches communautaires

Les VAD (Visite à Domicile ou 'don-trano', 'vangivangy tokantrano, 'mitety vohitra') et les réunions communautaires ou 'kabary', 'fivoriana' sont présentées par les cibles comme la principale source d'information sur la santé, surtout dans les localités qui n'ont pas accès aux médias conventionnels. Les réunions sont généralement tenues dans les lieux et espaces publics, au marché ou devant les centres de santé.

Ces deux approches communautaires sont réalisées individuellement ou en groupe par les agents mobilisateurs, les agents communautaires, les membres du COSAN, les animateurs de la SEECALINE, les responsables de Fokontany, les agents de santé, les représentants de l'autorité locale (Maire, Président du Fokontany, Chef Secteur). Les VAD sont principalement attribuées aux mobilisateurs, aux agents communautaires et aux membres du COSAN. Les représentants de l'autorité locale comme les Maires, ou les Médecins sont plutôt des co-facilitateurs des réunions communautaires.

3.4.1. PERCEPTIONS DES RESSOURCES

3.4.1.1. FORCES DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES :

Il existe plusieurs perceptions positives à l'endroit des approches communautaires. En effet, certains participants à la SSME pensent que les mobilisateurs sont plus convaincants que les médias_ « *Lorsque le mobilisateur sensibilise, ça nous motive davantage 'manome risika', ce qu'on entend à la radio et à la télé est courant, on a l'impression que c'est quelque chose qui passe tout le temps* ». Ils apprécient également la proximité de l'approche communautaire et des messages __ « *Nous n'avons plus besoin de nous déplacer pour être au courant de ce qui se passe* ».

D'autres cibles pensent que le meilleur moyen d'atteindre les cibles est d'avoir les deux approches communautaires et médiatiques qui seraient complémentaires __ « *Ceux qui n'entendent pas à la radio et ne verront pas à la Télé sont touchés par les sensibilisateurs. Il existe des gens qui ne savent pas lire, les mobilisateurs leur expliqueront en détail. Il y a des gens qui ne sont jamais à domicile, ceux-là verront les affiches en route*».

3.4.1.2. LIMITES DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES :

Les messages véhiculés par les mobilisateurs et les agents qui font les VAD ou les réunions communautaires seraient incomplets, trop courts et imprécis. Ainsi, les cibles avouent qu'ils ne comprennent pas entièrement le contenu de la sensibilisation et ne sont pas totalement convaincus de la nécessité de participer à la campagne SSME. ___ « *Parfois, avec certains mobilisateurs, on ne comprend pas du tout le fond de ce qu'ils veulent expliquer. Je retiens tout ce qu'ils disent : les dates, les offres de vaccination, et la nécessité d'aller à l'hôpital. Mais, ils n'expliquent pas ce que ça veut dire. Aucun de nous ne le sait* ». ___ « *Il n'est pas vrai de dire que nous avons peur du vaccin, la raison est que nous ne comprenons pas tout à fait la raison de la vaccination* ». ___ « *Ils n'expliquent pas. Ils se contentent de prendre le nom et d'annoncer que je dois faire vacciner mon enfant* ». ___ « *Chez nous, il y a des mobilisateurs qui disent : venez à la SSME, il y a beaucoup d'avantages pour vous et votre enfant là-bas ! C'est tout ce qu'ils disent* ». ___ « *Ils expliquent que le vaccin protège contre les maladies, mais ils ne disent pas de quelle maladie il s'agit ! Ils croient que nous comprenons parce qu'il y a tout de même des gens qui vont au CSB même si les messages sont incompris* ».

Les cibles ressentent les diverses contraintes liées à la réalisation des activités communautaires notamment l'impossibilité pour les mobilisateurs de couvrir les zones d'intervention ___ « *Il leur est vraiment impossible de passer dans tous les Fokontany, ils sont parfois obligés d'ignorer certains Fokontany* ». ___ « *La dernière fois, ils n'étaient pas passés dans notre Fokontany* ». Les cibles notent par ailleurs que certains mobilisateurs, Présidents de Fokontany, ne sont pas entièrement dévoués et ne sont pas motivés dans l'exécution de leur travail d'où la mauvaise qualité des informations reçues.

3.4.2. PERCEPTION DES APPROCHES ET DES OUTILS

3.4.2.1. L'USAGE DU MEGAPHONE

Cet outil est apprécié par les cibles pour sa grande portée ___ « *On peut continuer de s'affairer à notre occupation quotidienne (au marché) et en même temps entendre la sensibilisation* ».

Beaucoup de cibles pensent que l'usage de mégaphone, dans les activités de sensibilisation, est une alternative adéquate pour combler l'analphabétisme, l'incapacité à déchiffrer les messages transcrits (affiche, banderole,...) et la non possession de radio.

Malgré une telle appréciation, il existe une minorité des cibles en milieu rural qui préfère les sensibilisations faites de vive voix et sans mégaphone — « *ce n'est pas très clair avec le mégaphone, la voix est obstruée 'mikasoasoaka'* ». Des cibles, des leaders d'opinion et des mobilisateurs rapportent l'insuffisance flagrante de mégaphones dans diverses localités. Ce serait un outil difficile à trouver, et qui est d'une manière générale, emprunté aux partenaires locaux.

3.4.2.2. LE MARCHÉ « TSENA »

Le marché ou '*tseña*', '*tseñam-bokatra*' tient une place très importante dans la réalisation des réunions communautaires, surtout en milieu rural et dans tous les zones reculées visitées (Befotaka, Betsako, Talata Angavo, Beharena, Andrea). Dans ces zones, le marché est un lieu de rencontre par excellence de toute la population et des Communes environnantes. Les participants aux focus group discussions issus des différentes localités reculées partagent qu'à chaque jour de '*tseña*', les habitants des communes environnantes convergent vers le chef lieu de commune pour vendre la récolte et/ou pour acheter les PPN (pétrole, sel, sucre), ou tout simplement pour aller en ville et voir les nouveautés. — « *Tous les gens de Medana et Ampasimaniry viennent à Betsako lors du jour de marché* ».

Remarque : Le '*tseña*' est hebdomadaire mais certaines cibles (surtout les acheteurs) font des provisions conséquentes et ne rejoignent le marché que toutes les 2 semaines. De même pour les vendeurs, la montée au chef lieu de commune est conditionnée par la disponibilité des récoltes. Les sensibilisations dans les marchés demeurent néanmoins l'unique moyen de communiquer face-à-face pour une partie de la population des localités enclavées.

Ci-après quelques exemples de déroulement du marché dans les différentes localités : à Andrea (Maintirano) : tous les vendredis, mais la sensibilisation commence le jeudi après-midi - à Betsako (Mahajanga II) : tous les mardis - à Béharena (Befotaka) : tous les mardis, mercredis et samedis selon les communes concernées.

Toutefois, une minorité de cibles pensent que l'éloignement est un facteur de blocage dans le cadre des réunions réalisées au marché __ « *Moi, je vais aussi au marché, j'essaie de vendre au plus vite mes marchandises et puis je rentre le jour même parce que j'habite très loin* ».

Section 3.5. : Les autres supports et approches

3.5.1. LES AUTRES SUPPORTS MEDIATIQUES ET HORS-MEDIA

La télévision est exclusivement discutée en zone urbaine. Des cibles ont connu la campagne SSME à travers des flyers distribués aux patients dans les CSB (en ville), et distribués à la communauté et aux leaders d'opinion (en milieu rural). Des cibles à Mahajanga II parlent du journal (Midi Madagasikara) comme source d'information sur la santé et la campagne SSME.

Parmi les supports de communication hors média, la banderole figure aussi parmi les sources d'information des cibles. Elle est appréciée pour sa grande visibilité (*'talaky maso'*). Elle serait souvent visible devant les portails des centres de santé. Les cibles urbaines parlent et apprécient le côté ludique de la sonorisation mobile. Le téléphone mobile est également considéré comme étant une possible source d'information. Les cibles rurales parlent des conversations téléphoniques avec les proches et les cibles urbaines évoquent la revue de presse de la RTA TV qui est consultable sur les portables Airtel. Par contre, à aucun moment de l'évaluation il n'a été fait mention par les cibles ou les autres participants de la campagne de SMS sur la SSME.

3.5.2. LES AUTRES APPROCHES COMMUNAUTAIRES

3.5.2.1. LE COURRIER :

D'après plusieurs cibles habitant des zones reculées, le courrier est la seconde source d'information sur la campagne SSME après les réunions communautaires. Il s'agirait d'une convocation du médecin transmis au Président du Fokontany et qui est destinée à être partagée à chaque foyer de la communauté. — « *Elle contient un message du médecin indiquant au Président d'informer ses sujets sur la campagne et les dates de déroulement* ».

Cette lettre atteindrait donc les endroits reculés puisque plusieurs participants aux focus group discussions, de différentes régions et qui habitent dans des endroits reculés témoignent de son existence. Certaines mères illettrées auraient reçu cette correspondance et ont été mises au courant par d'autres personnes qui savent lire.

La lettre est appréciée puisqu'elle est crédible, étant diffusée par le Fokontany. Le circuit de la correspondance est expliquée comme suit : Médecin > Président du Fokontany > Leader d'opinion ou mobilisateurs > Population.

3.5.2.2. COMMUNICATION DE BOUCHE A OREILLE :

Les cibles s'informent aussi auprès de l'entourage. Certaines cibles d'Antananarivo appellent cette source '*téléphone vava*'. Elle est très courante dans les localités rurales __ « *Moi, je m'informe auprès des gens de la ville* ». __ « *Lorsque nous montons à Andrea pour vendre nos marchandises, nous rencontrons des gens qui nous disent qu'il y a une campagne SSME. Mais souvent, nous recevons l'information en retard* ». Les cibles de Toamasina affirment l'existence de cette pratique dans leur localité. Toutefois, elles doutent de la crédibilité de cette pratique __ « *Parfois, ce ne sont que des informations qui se transmettent de personnes à personnes 'feo mandehandeha'* ».

3.5.2.3. DIVERS :

Les crieurs, les autres projets (Hotelin-jazakely), les médecins sont désignés par les cibles comme des opportunités non négligeables d'information. La criée ou '*antsoantso*' est réalisée de vive voix ou à l'aide d'une clochette et/ou sifflet. Elle sert en général à indiquer à la population le début prochain de la campagne SSME. Les participants aux focus group discussions d'Andrea apprécient la descente systématique faite par des médecins de Maintirano pour informer sur la tenue de la campagne SSME.

Section 3.6. : Les attentes en communication

3.6.1. BONNE GESTION DU TEMPS D'EXPOSITION

Les cibles souhaitent que la campagne de communication débute 2 semaines avant la semaine SSME afin de bien préparer l'opinion (surtout les personnes qui exercent une activité professionnelle mobile) et pour ne pas trop brusquer les personnes qui ont besoin de bien réfléchir sur la décision à prendre.

Les cibles non exposées aux campagnes de communication à Toamasina suggèrent d'augmenter la fréquence de sensibilisation et d'exposition à la campagne. ___ « *Il faut être présent le plus possible pour rappeler la campagne SSME. Moins les gens entendent des informations sur la SSME, plus il y a de chance qu'ils oublient le rendez-vous puisqu'ils sont occupés au quotidien* ». Dans ce même ordre d'idée, les bénéficiaires participants à la SSME d'Analamahitsy suggèrent que l'exposition soit maximisée à quelques jours de la campagne.

3.6.2. LES MESSAGES A VALORISER

Les cibles attendent davantage d'explications sur la campagne SSME en général, sur les offres et les avantages apportés par les offres en particulier. Les explications attendues concernent toutes les informations qui accompagnent et qui conditionnent la prise du médicament notamment les mesures d'accompagnement du vaccin ___ « *Des conseils très simples, par exemple, appliquez du miel si la main de l'enfant se dilate ; en cas de fièvre donner à l'enfant le ¼ d'un comprimé de paracétamol* ». ___ « *il faut bien spécifier la limite d'âge selon le médicament, le moment de prise le plus approprié, les interactions avec des prises antérieures (cas du vermifuge)* ».

Concernant les avantages des offres de la campagne SSME, les cibles suggèrent de bien mettre en valeur l'effet de la vaccination, de la vitamine A et des vermifuges sur l'enfant ou la mère. ___ « *Il faut dire clairement que la SSME apporte des avantages palpables et qu'il ne s'agit pas d'embêter les gens* ». ___ « *Il faut dire que l'enfant sera en bonne santé et fort* ». ___ « *Dire que le vaccin peut facilement contrer les maladies* ».

D'autres cibles pensent qu'il faut aussi beaucoup communiquer sur la gratuité pour motiver la participation des mères. « *L'argent est notre principal problème en milieu rural* » __ « *leur dire que ce médicament est plus cher en pharmacie et que la SSME est l'unique opportunité de l'avoir gratuitement* ». __ « *A la campagne, il suffit d'insister sur la gratuité et tout le monde viendra, dites par exemple qu'il y a une distribution gratuite de papier, tout le monde viendra, même s'ils ne savent pas encore ce qu'ils vont faire du papier* ».

3.6.3. LES APPROCHES

Sur le contenu, les cibles souhaitent une exploitation efficace des réussites de la campagne sur les mères, notamment à travers des témoignages __ « *Ceux qui ont des enfants vaccinés devraient emmener leurs enfants dans les places publiques pour qu'on puisse voir de près un enfant vacciné et en bonne santé* ». __ « *Ceux qui ont déjà participé devraient témoigner 'mijoro vavolombelona'... ils devraient dire : regardez nos enfants ! Ils sont bien joufflus grâce aux vaccins* ».

Sur la forme, plusieurs participants aux focus group discussions souhaiteraient une approche plus ludique : de l'habillage musical durant la campagne pour donner un air de fête __ « *Durant la campagne, il faudrait mettre de la musique, des chansons célèbres. Les gens vont penser qu'il y a une fête, que Jerry Marcos est en train d'animer la SSME* ». Des cibles d'Ambohitafy, Toamasina, suggèrent l'exploitation du 'Vako-drazana' en créant des chansons 'Vako-drazana' sur les thèmes de la vaccination et des autres offres de la SSME. D'autres approches ludiques de la campagne sont réclamées tel que l'usage de vidéo-mobile, de marionnettes, de danse,... **Remarque :** Une minorité des cibles non participantes à la campagne pense que le meilleur moyen de pousser les mères à prendre la bonne décision est de faire peur __ « *Il faut dire sans ambiguïté que l'enfant peut en mourir, même un parasite peut tuer* ».

Diverses autres attentes ont également été exprimées, telles que l'amélioration de la qualité de l'affiche (plus épaisse pour être plus durable). Il serait par ailleurs important de donner une dimension officielle à toutes les communications afin de susciter le respect de la population. L'octroi de tenue adéquate pour faciliter l'identification des mobilisateurs est aussi cité parmi les attentes.

CONCLUSIONS

RELATIVES A LA STRATEGIE MEDIATIQUE

COMPLEMENTARITE DES APPROCHES

Bien que chaque catégorie de cible, urbaine ou rurale, ait sa préférence en terme d'approches : approches communautaires (réunion, VAD) pour les cibles rurales et approches médiatiques pour les cibles urbaines ; la complémentarité des deux approches est toujours soutenue par tous les groupes. Selon certaines cibles, la campagne médiatique est un repère du début de la campagne, donne un ton officiel à l'évènement et rassure les cibles sur le sérieux et le professionnalisme de la campagne SSME.

MEILLEURE PORTEE DES CAMPAGNES D'AFFICHAGE

Malgré sa popularité dans toutes les localités et auprès de toutes les catégories de cibles. La radio présente plusieurs limites et n'est pas accessible en milieu rural. Il est d'ailleurs assez rare que les participants des focus group discussions puissent faire une description du contenu des spots radio sur la campagne SSME.

Contrairement à la radio, l'affiche semble avoir une meilleure portée parmi les supports de communication, même en milieu rural. Les cibles ont pu décrire le contenu des affiches SSME (description des images pour les personnes qui ne savent pas lire). Par ailleurs, l'affiche est positivement perçue par les cibles, elles la trouvent claire, significative et instructive. Même les cibles qui ont des difficultés à lire les inscriptions apprécient les images notamment celle d'un enfant joufflu et en bonne santé.

Toutefois, la compréhension du contenu des affiches demeure très limitée en milieu rural et auprès des analphabètes ou les personnes qui ont un faible niveau d'éducation. Il convient, par ailleurs, de noter tous les facteurs qui diminuent la visibilité de l'affiche : la durée de vie de l'affiche (notamment dans les régions pluvieuses), l'insuffisance de nombre d'affiches par localité ou par équipe de mobilisation, le choix de l'emplacement, la durée d'exposition (gestion de calendrier d'affichage), la présence d'autres multitudes d'affiches dans les centres de santé.

APPRECIATION DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES PAR LES RURAUX

Les VAD et les réunions communautaires sont très sollicitées par les cibles rurales parce qu'elles permettent de poser des questions et d'élucider les explications qui ne sont pas claires ou qui sont peu convaincantes. Pour les cibles en zone reculée, l'idéal à chaque VAD ou réunion communautaire serait d'avoir une personne locale pour cautionner la bonne foi des sensibilisateurs et un technicien pour cautionner la validité technique du contenu de la sensibilisation. D'une manière générale, les cibles pensent que les messages transmis durant les VAD ou les réunions communautaires sont insuffisants, elles veulent davantage d'explication.

Les réunions communautaires exécutées sur les marchés sont très appréciées par les cibles habitant en zones reculées ou enclavées. En effet, le marché serait le lieu de rencontre par excellence de toute la population environnante, d'autant plus que les sensibilisations dans les marchés demeurent l'unique moyen de communiquer face-à-face avec cette frange de la population. Les cibles en zone reculée et enclavée ne montent en ville qu'une fois par semaine ou toutes les deux semaines.

RECOMMANDATIONS

RELATIVES A LA CAMPAGNE MEDIATIQUE

L'usage de double approche (communautaire et médiatique) garantit une forte présence et visibilité de la campagne SSME. En effet, il a été prouvé qu'aucune approche et aucun support de communication ne peut couvrir à lui seul toutes les cibles. Néanmoins, en termes de priorité d'investissement, il est clair que certains choix doivent être effectués selon la localité visée. En milieu rural, la radio perd de sa pertinence tandis que l'affiche arrive à être visible.

L'affiche peut être maintenue en tant que support médiatique et d'information de la campagne SSME. Il est recommandé d'affiner son contenu pour augmenter son efficacité, en insistant sur la manière de la rendre plus compréhensible pour les cibles en milieu rural. Il est également important d'étudier toutes les possibilités pour maximiser la visibilité de l'affiche : augmentation du grammage et de la qualité du papier, du format (taille ou orientation) pour la rendre plus visible, choix des points d'affichage et de l'emplacement dans chaque point d'affichage ou nombre par point d'affichage, choix de nouveaux supports d'affichage (mobile), gestion du calendrier de pose des affiches, remplacement des affiches détériorées, etc.

Le format actuel des approches communautaires doit veiller à communiquer davantage des messages, notamment des explications plus concrètes et accessibles. Pour viser le maximum de personnes dans les zones reculées, il convient d'exploiter au maximum les réunions communautaires dans les marchés : en bien identifiant tous les jours de marché existants par localité et en couvrant chaque jour de marché par des réunions communautaires.

Chapitre IV :

La stratégie de mobilisation sociale et les mobilisateurs

Section 4.1 : Rôles et responsabilités

Les personnes et les entités listées ci-après sont les principaux acteurs de la réalisation des activités de mobilisation au niveau communautaire :

Tableau 7 : ROLES ET RESPONSABILITES DES MOBILISATEURS

ACTEURS	ROLES ET RESPONSABILITES
MAIRE	Partenaire,
PERSONNEL DE SANTE, AGENT DE SANTE	Initiateur et point focal, Encadreur/superviseur Dispensateur Contrôleur
FOKONTANY (PRESIDENT & STAFF)	Contrôleur du recensement Mobilisateur Facilitateur de réunion communautaire Initiateur de réunion communautaire
MOBILISATEUR : COSAN AGENT COMMUNAUTAIRE ACN (Agent Communautaire de Nutrition)	Recenseur, mobilisateur, contrôleur, dispensateur, rapporteur N.B. : Le COSAN est perçu comme ayant l'aptitude de parler de santé. Les ACN rattachés au projet Seecaline bénéficient de la confiance des populations cibles grâce aux avantages qu'elles ont reçus à travers leurs services (support nutritionnel pour les enfants, pesée des enfants).
ASSOCIATION/ou simple citoyen volontaire : Chef ZAP, Eglise, Scout, ONG (Croix Rouge)	Appui Mobilisation de la communauté Logistique

Section 4.2 : Les activités courantes du mobilisateur

Deux grandes catégories d'activités ont été évoquées: les activités pré campagne et durant la campagne. Aucune mention n'a été faite par le mobilisateur sur les activités post- campagne.

4.2.1. LES ACTIVITES PRE-CAMPAGNE

Plusieurs activités sont réalisées avant la campagne : les réunions de préparation, le recensement, la mise en place des supports de communication et la sensibilisation proprement dite. Le recensement et la sensibilisation sont les plus couramment évoqués.

REUNION PREPARATOIRE	Au tout début des activités, une fois que le feu vert est lancé, l'équipe sanitaire du CSB crée le comité de mobilisation sociale puis informe les Chefs Fokontany et les mobilisateurs sur le calendrier et le contenu de la SSME. L'équipe de mobilisation procède ainsi à une réunion de travail préliminaire. L'adhésion des Présidents du Fokontany est obtenue à ce stade grâce à l'initiative du Maire qui regroupe préalablement tous les Chefs Fokontany lors d'une réunion d'information et de sensibilisation sur la SSME. La réunion préliminaire des mobilisateurs consiste à partager les informations de base utiles aux activités de mobilisation : le jour et la date choisis par Fokontany, le lieu de distribution des offres, les tâches assignées à chaque membre de l'équipe les secteurs attribués à chaque mobilisateur ou groupe de mobilisateurs.
RECENSEMENT	L'activité de recensement est obligatoire et marque le début effectif de l'activité de mobilisation. Le recensement se traduit par une visite exhaustive (ratissage) de tous les foyers dans le secteur attribué. Le mobilisateur dénombre la population par catégorie, âge et service à recevoir lors de la SSME. Il relève les noms des enfants de moins de 5 ans, identifie les femmes enceintes, les femmes nouvellement accouchées et les femmes de 15 à 49 ans, vérifie/note toutes les autres informations nécessaires (poids de l'enfant, périmètre du bras).

<p>RECENSEMENT</p>	<p>D'une manière générale, le recensement se passe une semaine avant la mobilisation, mais ce délai peut être raccourci ou rallongé selon la situation réelle sur terrain.</p> <p>Pour exécuter le recensement, le mobilisateur travaille étroitement avec : (a) le Fokontany (identification des ménages à visiter, livraison du rapport de recensement au Fokontany pour contrôle) et (b) le CSB (qui fournit la liste des perdus de vue et des personnes ayant raté la vaccination en routine, vérifie la liste après le recensement et avant la campagne). (c) Les Chefs ZAP et les enseignants des écoles préscolaires sont aussi sollicités pour fournir la liste des enfants concernés par la SSME et pour aider à l'organisation et à la mise en œuvre de mobilisation au sein des écoles. Cette collaboration est généralement efficace aussi bien à Antananarivo qu'à Toamasina, quoique certains responsables scolaires soient très stricts et exigent une lettre officielle avant de collaborer.</p> <p>La fin du recensement déclenche les activités de mobilisation proprement dite __ <i>« une fois le recensement terminé, nous procédons à la sensibilisation »</i>.</p>
<p>MISE EN PLACE DES SUPPORTS</p>	<p>Il s'agit essentiellement de poser les affiches et de distribuer les flyers. L'objectif de cette étape est de signaler à la communauté le début prochain de la campagne SSME en garantissant la visibilité des supports. Les affiches sont posées à différents endroits assurant une visibilité maximale. (voir Section 3.3 : L'affichage)</p>
<p>MOBILISATION</p>	<p>A travers différentes approches (Voir section 4.3), le mobilisateur informe et motive les cibles à venir participer à la SSME. Pour ce faire, il partage habituellement des informations basiques tels que les dates, le lieu, les offres et les cibles concernées par type d'offre. Les termes couramment utilisés pour désigner la mobilisation sont : sensibiliser (<i>manentana</i>), motiver (<i>mandrisika</i>), attirer (<i>misintona</i>), informer (<i>mampahafantatra</i>), convaincre (<i>mandresy lahatra</i>).</p>

MOBILISATION	<p>Les agents de santé prennent également part à la mobilisation en sensibilisant leurs patients sur les offres et les avantages de la SSME. Ils « recrutent » des volontaires <i>non mobilisateurs</i> (notamment ceux disposant d'un moyen de locomotion tel une bicyclette) pour informer et sensibiliser leurs pairs. Ils encouragent le « <i>bouche – à – oreille</i> » au niveau de la population cible.</p>
---------------------	--

4.2.2. LES ACTIVITES DURANT LA CAMPAGNE

DISTRIBUTION DE L'OFFRE & ORGANISATION	<p>Durant la campagne, certains mobilisateurs participent à la distribution de l'offre. Le mobilisateur agent communautaire aurait le droit de pratiquer la vaccination tandis que les autres mobilisateurs se limitent à la distribution de vitamine A et de vermifuge. En même temps, le mobilisateur vérifie la conformité de l'âge de la cible. Dans tous les cas, ce serait le médecin (ou l'agent de santé) premier responsable qui partage les tâches selon la capacité de chaque mobilisateur : __ « <i>C'est le médecin qui désigne, qui doit faire le PV et qui doit distribuer les médicaments</i> ».</p> <p>Il arrive également que le mobilisateur prenne part à d'autres activités d'organisation : __ « <i>je veille à ce que les personnes qui habitent loin soient les premières servies</i> », __ « <i>je gère le petit comité de mobilisation dans le Fokontany</i> » (cas des Présidents de Fokontany mobilisateurs).</p>
CONTROLE	<p>En tant que premier responsable du recensement, le mobilisateur est amené à faire le pointage des personnes qui participent à la SSME. Le mobilisateur vérifie (<i>à travers une liste préétablie des cibles</i>) au fur et à mesure de l'avancement de la campagne, les cibles qui se sont présentées et celles qui ne sont pas venues. Il peut ainsi identifier aisément les ménages à revisiter et à re-sensibiliser pour assurer leur participation. Le mobilisateur programme ainsi une nouvelle descente.</p>

Section 4.3. Les approches de mobilisation pratiquées

4.3.1. VISITE A DOMICILE (VAD) :

Concrètement, il s'agit de visiter chaque foyer existant dans le secteur et de transmettre des messages afin d'inciter les mères à participer à la SSME. Théoriquement, le mobilisateur fait un ratissage complet. Les termes les plus couramment utilisés pour parler de VAD sont les suivants : *miresaka mivantana* (*discuter directement*), *mitety trano* (*faire du porte-à-porte*), *manentana isam-baravarana* (*sensibiliser de maison en maison*), *mamangy tokenrano* (*visiter les ménages*), *mitsidika tokenrano* (*visiter les ménages*), *don-trano*. Ainsi, la VAD est aussi appelée « *porte – à – porte* ». La durée optimale de la sensibilisation serait d'environ 30 minutes, mais elle dépendrait de la capacité des cibles à assimiler les messages et des questions éventuellement posées. La descente dans les Fokontany est réalisée individuellement par un seul mobilisateur ou en groupe (2 à 6 groupes de mobilisateurs) selon l'exigence de la situation : sécurité, zone élargie...

Il est important de noter que la pratique de VAD n'est pas systématique. Pour plusieurs raisons indépendantes du mobilisateur (délai trop court pour réaliser les VAD, inaccessibilité de la localité,...), il arrive que le mobilisateur privilégie d'autres approches à grande portée.

4.3.2. CRIEUR (tam-tam):

Il s'agit d'alerter et d'informer la communauté à l'aide d'outils adaptés tels que : le mégaphone, le sifflet, la sonorisation (micro et amplificateur), ou tout simplement la voix. Il existe 2 façons de faire du tam-tam.

D'une part, le mobilisateur exécute le tam-tam dans un endroit fixe (exemple, le marché) en appelant les personnes à sensibiliser à l'aide d'un mégaphone. Dans les localités reculées tels que Maintirano, Betsako (Mahajanga II), Ankazobe, Befotaka, le regroupement des personnes au marché est plus que pertinent puisqu'il s'agit pratiquement de l'unique opportunité de rencontre avec certaines cibles.

La population des communes environnantes a l'habitude de monter en ville le jour du marché (jour fixe : tous les vendredis, tous les mercredis) pour vendre ou acheter des vivres. Pour ces localités, les descentes et les visites dans les Fokontany et hameaux exigent beaucoup d'énergie et de temps de la part du mobilisateur. A Maintirano, le Maire de certaines communes s'implique personnellement en s'adressant à la communauté réunie au marché et en prêtant la sonorisation du bureau communal.

D'autre part, le mobilisateur passe aussi de Fokontany en Fokontany en sifflant et en criant pour marquer le jour du début de la campagne de vaccination. A Toamasina I, cette tâche est parfois confiée à de jeunes adolescents qui sont remerciés par le Chef Fokontany. Cette deuxième approche de tam-tam est surtout valable pour les Fokontany regroupés et proches.

Dans certaines localités, habituées à cette pratique, le sifflet est devenu un signal habituel du début de la SSME — *« il suffit que nous passions en sifflant pour que toute la communauté soit au courant de la campagne »*. Dans les côtes et les zones reculées, les termes utilisés pour parler de l'activité de crieur sont : *« allô allô », « oka oka », « antso avo »*.

Notons que le mobilisateur a une légère préférence pour l'utilisation de mégaphone pour sensibiliser la population. Le sifflet ne serait pas assez attractif et la criée n'inciterait pas la population à prêter suffisamment attention aux discours des mobilisateurs. La portée de la voix serait plus importante avec le mégaphone et il éviterait au mobilisateur de se fatiguer en parlant fort. Avec le sifflet, par contre, le mobilisateur est obligé de crier pour parler.

4.3.3. REUNION DU FOKONOLONA OU REUNION COMMUNAUTAIRE

Les réunions communautaires permettent de toucher une frange non négligeable de la population en un temps limité. Deux sortes de réunion sont organisées dans le cadre de la mobilisation de la population.

Une réunion extraordinaire et ponctuelle destinée spécifiquement à transmettre des messages SSME. La mobilisation à travers les réunions communautaires s'étend à tous les lieux de rassemblement communautaire. Ainsi, une collaboration est mise en place avec les chefs de marchés à Toamasina I pour tenir des séances de sensibilisation dans les différents marchés de la ville.

Il est aussi pratique d'intégrer le thème de la SSME dans les réunions habituelles du Fokontany (ou après le Famangiana) qui se passent généralement le samedi.

Dans les deux cas, l'appel de la population est initié par le Président du Fokontany et le mobilisateur s'intègre à la réunion.

4.3.4. INTEGRATION DANS DIFFERENTS GROUPEMENTS ET INSTITUTIONS :

Parfois, le mobilisateur a la possibilité de sensibiliser à l'Eglise notamment lorsque cette dernière alloue un temps spécifique pour les informations inhérentes à la santé (Cas de deux Eglises Protestantes de Mahajanga II et de Toamasina I). Le mobilisateur intervient en diffusant des messages après l'annonce des informations générales « *filazan-draharaha* » : __ « *lorsque le moment de parler arrive, le mobilisateur se lève et sensibilise les Chrétiens de la même manière qu'il le fait à l'extérieur* ». L'intervention peut aussi se limiter à une simple lecture de la lettre de plaidoyer par un responsable de diffusion des annonces à l'église.

L'existence d'autres programmes de santé ciblant les mêmes segments de population, à l'image de la Seecaline ou la Croix-Rouge, favorise la réussite des activités de mobilisation. Les autres programmes de santé connus des populations cibles sont des références permettant d'obtenir leur confiance. Cette confiance se traduit en la croyance aux avantages apportés par les services de la SSME ; elle les amène à y participer.

On relève aussi la collaboration avec les scouts en milieu urbain (cas de Toamasina). En appui aux mobilisateurs sociaux, les scouts visitent les ménages dans les Fokontany avant et pendant la campagne SSME. Un outil simple leur a été donné pour les guider dans les VAD.

Le mobilisateur membre du bureau du Fokontany a l'habitude de sensibiliser les visiteurs du Fokontany : __ « *tous les jours, les gens vont chez moi pour régler de la paperasserie administrative. En général, ce sont les femmes qui viennent dans mon Fokontany car les hommes se contentent de donner des ordres. Elles correspondent justement aux cibles de la SSME* ». Le mobilisateur collabore également avec les écoles.

3.5. Divers :

Diverses autres pratiques de mobilisation sont notées : l'interception des personnes dans la rue __ « *Voilà une femme enceinte, ou celle-ci a un enfant en bas âge... la sensibilisation commence de suite ou bien on se donne rendez-vous si la personne n'est pas disponible* », le concours intercommunal afin de motiver les mobilisateurs à faire davantage d'effort ainsi que la distribution de courrier (lettre de plaidoyer) aux notables (loholona) de la localité afin de les informer.

Au cours de certaines éditions, la mobilisation mobile (tam tam avec recours à une voiture) a été faite à Toamasina I et à Antananarivo pour informer la population sur la tenue de la SSME et pour l'inciter à y participer.

NOTE SUR L'EXECUTION DU TRAVAIL DE MOBILISATION

Il est très important de noter que toutes ces approches sont réalisées de manière inadaptée. En effet, sur le contenu, le mobilisateur use de beaucoup de pression (menace, ruse, peur, forcing, fausse promesse) pour obliger son interlocuteur à venir au CSB et à participer à la SSME. La principale raison qui motive cette pratique est *la peur de ne pas atteindre les taux et les objectifs assignés*. Cette pratique est remarquée dans toutes les localités visitées mais diffère selon les mobilisateurs. Les termes couramment utilisés pour évoquer cette pratique sont : *terena* (obliger), *fitahina* (piéger), *hazaina* (chasser), *ampitahorina* (faire peur).

Généralement, elle consiste à confisquer le carnet de santé lors du recensement et faire récupérer celui-ci au CSB durant la SSME __ « *Confisquer les carnets nous garantit l'atteinte de 100% des enfants* ». Cette pratique est accompagnée et caractérisée par différents messages de chantage « *si vous ne vous faites pas vacciner, la maternité ne vous recevra plus, si vous n'avez pas de carnet en règle, vous ne serez plus soignés à la maternité* », __ « *le médecin ne vous recevra plus* » __ « *nous avons déjà votre nom, si un jour vous avez des problèmes de santé, le médecin prendra ses responsabilités, soit il ne vous recevra pas, soit il ne vous donnera pas de médicament* ». Cette pratique et ce type de message sont aussi identifiés auprès de certains médecins et relayés par ces derniers lors des descentes sur terrain

— « *si vous vous entêtez à ne pas emmener vos enfants se faire vacciner, je refuserai de vous prodiguer des soins les prochaines fois* ». Dans certaines localités, l'absence ou la non participation aux réunions communautaires de sensibilisation sur la SSME implique le paiement de « *dina* » (pénalité pécuniaire) pour les concernés.

Sous la contrainte, certaines cibles consentent néanmoins à participer à la SSME. Elles ne sont pas pour autant convaincues des avantages de cette participation. Pire, elles en éprouvent des sentiments négatifs à l'égard des agents de santé et des mobilisateurs sociaux « *Il arrive que durant la campagne suivante, la propriétaire refuse catégoriquement de nous recevoir en envoyant le chien nous accueillir au pas de la porte* ». A terme, elles évitent d'avoir affaire à eux et de participer à la SSME.

Il est clairement établi que ce genre de pratique diminue la valeur de l'offre, instaure un climat de méfiance, procure une image erronée du médecin et de l'accueil au niveau des centres de santé.

Section 4.4. Compréhension générale de la SSME

par le mobilisateur

4.4.1. LA CONNAISSANCE ET LA PERCEPTION SUR LES CIBLES DE LA SSME

Les enfants de moins de 5 ans sont toujours cités par le mobilisateur avec précision de l'âge (bébé de 8 semaines, enfant de moins de 5 ans, etc.) contrairement aux mères qui sont généralement citées sans précision d'âge (15 à 49 ans). Les femmes enceintes sont facilement identifiées comme étant les principales bénéficiaires de l'offre SSME. Les cibles des mobilisateurs durant les activités de mobilisation sont les commerçantes (épicerie, épi-bar), les paysannes (cultivatrices et/ou éleveuses), les transporteuses de brique, les lavandières, les personnes rencontrées dans la rue, à l'église, au marché ainsi que les mères au foyer.

Le mobilisateur prétend bien connaître les personnes de sa localité __ « *Je fais ce travail depuis des années, je connais presque par cœur les gens... en général, je fonce davantage avec les fortes têtes. Avec les personnes acquises, il s'agit tout simplement de rappel* ». Les agents de santé avancent que certains mobilisateurs limitent la sensibilisation à leurs connaissances, sans approcher les personnes qu'ils ne connaissent pas.

4.4.2. LA PERIODE DE LA MOBILISATION

D'après les mobilisateurs, la mobilisation se passe théoriquement 2 semaines avant la campagne. Mais, le calendrier dépend de la disponibilité des outils et des supports. Généralement, ces derniers sont disponibles 7 à 10 jours avant le début de la SSME. Puis, la durée totale de la mobilisation dépend de l'éloignement des différents Fokontany se trouvant dans le secteur attribué à chaque mobilisateur. Il faudrait 2 jours au minimum pour couvrir les localités (étendues raisonnables) près de la ville et une semaine au minimum pour les localités éloignées (généralement les Fokontany de ces localités sont dispersés et éloignés). La durée courte aménagée pour la mobilisation sociale ne permet pas de réaliser convenablement la VAD auprès de toutes les cibles.

4.4.3. LES OFFRES SSME :

Le mobilisateur se souvient et parle couramment de la vitamine A, du vermifuge et de la vaccination. Ces trois offres sont systématiquement incluses dans les messages transmis aux cibles. Les offres suivantes sont évoquées dans une moindre mesure : PF (sous le terme FISA), CPN (Consultation Prénatale), FAF (Fer Acide Folique).

4.4.4. COMPREHENSION DU ROLE DE LA MOBILISATION SOCIALE

Pour la plupart des mobilisateurs, la mobilisation sociale est l'approche la plus efficace pour faire connaître les offres de la SSME et convaincre les parents car elle offrirait une opportunité d'argumentation.

Il serait plus difficile de conscientiser et responsabiliser les mères __ *« il y a des mères qui savent juste qu'il faut nourrir, allaiter, habiller son enfant, pour ce qui est du reste, elles ne s'en soucient guère, il faut expliquer »*, le mobilisateur y trouve également la possibilité de *« faire peur »* (cas des personnes difficiles à convaincre) ou de *« répondre aux rumeurs »*.

Le mobilisateur dans les zones reculées pense que la mobilisation sociale est incontournable en milieu rural : __ *« Les banderoles et les affichages sont insuffisants, ils n'attirent pas l'attention des gens en milieu rural, ils ont besoin d'entendre le mobilisateur. C'est un peu différent du milieu urbain où il suffit de diffuser à la radio pour apprêter les gens »*. L'analphabétisme des cibles les empêchant de lire les affiches renforce l'importance de la mobilisation sociale par le biais des mobilisateurs.

Certains mobilisateurs sont par contre entièrement convaincus de la complémentarité utile des campagnes de mobilisation et des campagnes médiatiques (radio, affichage, banderole), __ *« les gens entendent déjà à la radio, je ne fais que compléter un peu »*. Ils apprécient l'amplification de l'effet des deux approches et le côté pratique de l'affiche __ *« Quand je pose l'affiche, il suffit que j'entoure la date choisie pour mon Fokontany, puis je précise aux gens qu'il s'agit de leur date »*. En plus, la campagne médiatique sur la SSME officialise l'événement et rassure les cibles visitées par les mobilisateurs.

Section 4.5. Les messages habituellement transmis

Les messages véhiculés par le mobilisateur se classent en quatre catégories : i) les informations de base qui sont les plus fréquemment transmises, ii) la conscientisation sur le risque pour l'enfant, iii) l'efficacité de l'offre ainsi que iv) la qualité de service et les conseils.

4.5.1. INFORMATIONS DE BASE

Les informations de base systématiquement transmises par les mobilisateurs sont les dates, l'indication de l'heure, la clarification de l'offre, et les explications relatives aux bénéficiaires de chaque type d'offre.

La gratuité de l'offre fait partie des messages fréquemment communiqués par le mobilisateur. La gratuité des offres SSME est toujours présentée comme étant un grand avantage compte tenu de la cherté actuelle des médicaments — *« lorsque votre enfant est vacciné, soyez sûr que les maladies n'auront que peu d'effet sur lui, vous ne serez pas obligés de dépenser beaucoup d'argent pour chaque traitement »*.

4.5.2. CONSCIENTISATION SUR LE RISQUE.

Pour convaincre les cibles, surtout les personnalités difficiles, à participer à la SSME, le mobilisateur insiste sur la vulnérabilité de l'enfant de moins de 5 ans : le vaccin protège l'enfant et il devient moins vulnérable face aux diverses maladies, le vermifuge facilite la croissance de l'enfant de moins de 5 ans et le rend également moins vulnérable. Devant les personnalités incrédules, le mobilisateur n'hésite pas à accentuer le risque encouru par l'enfant en disant qu'« *il pourrait en mourir !* ».

4.5.3. EFFICACITE DE L'OFFRE ET QUALITE DE SERVICE.

Dans un autre registre et de manière plus positive, le mobilisateur parle de l'efficacité de l'offre et de la qualité de service. La promesse d'efficacité annoncée diffère de l'offre :

Tableau 8 : EXEMPLES DE MESSAGES SUR L'EFFICACITE DE L'OFFRE

Le vaccin	Protège efficacement contre la tuberculose, le tétanos, la rougeole.
La vitamine A	Renforce la capacité de voir le soir ou protège contre la détérioration de la vue, protège contre la cécité.
Le vermifuge	Contribue à rendre l'enfant plus intelligent.
Le Planning Familial	Sain et réversible __ « <i>Le PF ne tue pas et puis, vous pouvez enfanter de nouveau dès que vous le souhaitez</i> ».

En ce qui concerne la qualité de service, le mobilisateur promet une organisation bien préparée pour éviter la queue __ « *vous serez tout de suite reçu sans avoir fait la queue* ». On évoque également un bon accueil dans les centres de santé.

4.5.4. CONSEILS DIVERS.

Les messages communiqués sont aussi accompagnés de divers conseils notamment l'incitation à continuer et terminer la vaccination pour la rendre effective, ou encore à terminer les vaccins requis dans la première année.

LES BONNES PRATIQUES conduisant à une meilleure compréhension des messages

D'après les répondants, les messages les plus efficaces sont ceux appuyés par des preuves visuelles comme l'affiche (elle est d'ailleurs utilisée dans ce sens par certains mobilisateurs), ou des témoignages de personnes ayant participé à la SSME et qui sont en bonne santé __ « *le plus important est de montrer un enfant bien joufflu et en bonne santé* ».

Quelques mobilisateurs précisent que les messages adaptés au langage et aux préoccupations de l'interlocuteur passent toujours mieux. __ « *Pour pouvoir le convaincre, vous devez prendre la place de votre interlocuteur. Ne parlez pas de 'tomba' si vous avez un chrétien devant vous et inversement* ».

LES OBSTRUCTIONS A LA TRANSMISSION DES MESSAGES

- D'une manière générale, le mobilisateur a l'habitude de véhiculer des *contre-arguments défensifs* basés sur les problèmes des gens et non sur l'offre. Tel que nous le voyons dans les extraits suivants, le mobilisateur n'a pas le réflexe de valorisation de l'offre. Les messages diffusés ne valorisent pas les avantages concrets que les cibles peuvent obtenir concrètement dans leur quotidien.

Tableau 9 : EXEMPLES DE CONTREARGUMENTS

C'est notre religion qui nous empêche de consulter un médecin.	Si votre enfant est atteint de paludisme, allez-vous vous contenter de prier pour lui ? L'interdiction de consulter un médecin n'est inscrite dans aucun passage de la Bible.
Nous n'avons pas vraiment besoin de médecin, nous avons toujours vécu ainsi ; nous gardons nos pratiques ancestrales.	Ce qu'on vous donnera, à l'exemple des vitamines, ne sont pas des « sampy », cela vous apportera de la santé.
On préfère jouer à la belote, on verra plus tard si on a le temps.	N'avez-vous pas honte ? Il s'agit de la santé de votre enfant et vous attendez que ce soit le médecin qui se rapproche de vous.

- A cause du temps limité pour réaliser la sensibilisation, le message du mobilisateur se limite souvent aussi aux informations de base telles que le calendrier de la SSME et un simple encouragement de la population à y participer.
- Parfois le mobilisateur véhicule des *messages erronés ou déviés* : la vitamine A peut prévenir la cécité (fahajambana), la vitamine A est adaptée aux personnes malnutries, le vaccin rend obligatoirement la personne vaccinée malade __ « *Le vaccin est destiné aux personnes en bonne santé, il est normal qu'elles tombent systématiquement malades après la vaccination, la piqûre est destinée aux personnes en bonne santé, il est normal qu'elles soient guéries* ».

- La proximité et la familiarité avec les personnes de la communauté affectent parfois la façon de transmettre les messages. En effet, lors des rencontres dans les rues entre personnes qui se connaissent bien, le mobilisateur est particulièrement avare d'explication, les *messages sont réduits à une simple annonce vide de sens* __ « Eh ! c'est déjà le moment, tout est là, préparez-vous ! ». Le mobilisateur suppose, à tort, que la population est au courant.
- Le niveau de connaissance et de compréhension des cibles en milieu rural affecte également la bonne compréhension des messages

__ « Ici, à la campagne, c'est très difficile de sensibiliser les gens. L'affichage ne suffit pas, il faut discuter avec les gens, chez eux... par exemple, en parlant de FISA, il faut commencer par expliquer le sens du mot FISA, esquisser la situation en terme de naissance non contrôlée, expliquer que c'est une méthode de planification familiale saine et efficace pour organiser la naissance ».
- Il arrive que le mobilisateur diffuse à la place des messages des fausses promesses de distribution de dons (MID ou autres produits) dans l'espoir de convaincre les cibles plus vite et sans faire beaucoup d'effort.

Section 4.6. Les difficultés rencontrées

Le mobilisateur fait face à plusieurs difficultés majeures durant l'exercice de son travail. Les difficultés les plus importantes sont celles liées aux contraintes géographiques : il peut s'agir d'une zone de travail trop étendue et difficile à gérer ou une localité éloignée et difficile à accéder. Ces contraintes géographiques sont d'autant plus importantes que le temps imparti pour le travail est très limité. Les incompréhensions des bénéficiaires et les refus de participation à la SSME demeurent un défi permanent à surmonter par le mobilisateur.

4.6.1. CONTRAINTES GEOGRAPHIQUES.

Secteur de travail trop étendu : Tous les mobilisateurs de toutes les localités sont unanimes pour dire que le secteur de travail attribué est trop étendu. Soit, le Fokontany attribué est trop vaste, regroupe un nombre de villages impossible à couvrir en une semaine __ « *Chez nous (Alasora), un Fokontany peut inclure 9 villages, c'est impossible de les atteindre tous en une semaine* », soit les différents hameaux inclus dans le secteur sont trop éloignés les uns des autres __ « *Un village se trouve à 7 km (du point de départ) un autre à 10 km jusqu'à 20 km, il faut faire tous ces trajets à pied* ». Le problème existe même en ville où certains fokontany sont surpeuplés et d'autres très vastes (cas d'Analamahitsy Antananarivo Renivohitra et d'Ambohijafy Toamasina I).

Eloignement : L'éloignement demeure un blocage majeur à la réalisation des activités de mobilisation. Par exemple, le médecin qui devait visiter le Fokontany n'a pas pu venir __ « *le médecin est assez âgé, il a ses limites et ne peut plus faire de longues marches à pied* ». Parfois l'éloignement entraîne un retard au niveau de l'heure de distribution des intrants puisque le médecin est en retard __ « *quand on ne commence pas à l'heure, les gens partent et n'attendent pas !* », Certaines localités ne bénéficient pas de l'offre SSME à cause de l'éloignement __ « *A Tsarafasina par exemple, nous savons qu'il y a beaucoup d'enfants, mais nous ne pouvons pas y aller, c'est trop loin* ». L'absence de moyen de locomotion de masse ou personnel renforce la difficulté.

La difficulté d'accès à certaines localités de Maintirano, Befotaka, Ankazobe, Betsako est aussi soulevée comme obstacle majeure à surmonter dans l'accomplissement des tâches. ___ « *Il existe des endroits (Maintirano) très difficiles à accéder parce qu'il faut traverser des rivières et dans ce cas précis il faut payer de l'argent pour la traversée en barque ; et quand on n'a pas d'argent, personne ne rend visite à ces localités* ». Pour atteindre ces localités, le mobilisateur doit faire des dépenses personnelles obligatoires ___ « *le mois d'avril, la traversée en barque est incontournable, il faut payer Ar 3 000 par personne, c'est de l'argent qui sort de ma poche qui ne sera pas remboursée* ».

4.6.2. CONTRAINTES LIEES AUX RESSOURCES.

En premier lieu, le mobilisateur souligne le déséquilibre entre l'étendue du secteur de travail, le nombre de mobilisateurs par secteur et le temps disponible pour la réalisation de la mobilisation. Un à deux mobilisateurs ne suffiraient pas pour couvrir un vaste secteur ___ « *Le secteur de travail est vraiment trop étendu, nous essayons de faire le maximum d'effort mais le temps est insuffisant, et on doit faire avec* ».

En second lieu, le mobilisateur se plaint de la présence de mobilisateurs novices, parfois incompetents. Généralement, ces mobilisateurs auraient été intégrés en retard et ils n'ont de ce fait, reçu aucune formation. Par exemple, ___ « *S'il y a un soudain changement de Président de Fokontany, il arrive que le nouveau Président de Fokontany change le COSAN alors que celui d'avant était déjà prêt puisqu'il a reçu la formation nécessaire et adéquate* ». Certains mobilisateurs déplorent par ailleurs un népotisme flagrant dans le choix de mobilisateur, sans un minimum de vérification de la capacité de ce dernier à réaliser son travail.

Une des sources du problème est également le changement fréquent de COSAN pour cause de démotivation de ces derniers ___ « *il n'y a pas suffisamment d'indemnité, il préfèrerait vendre de la friperie* ».

Des agents de santé se plaignent de certains écarts de conduite du mobilisateur : impolitesse, extrême sévérité envers les cibles, manque de respect notamment envers les plus démunies, manque de sérieux.

4.6.3. GESTION DE TEMPS.

Pour plusieurs raisons, il est souvent très difficile pour le mobilisateur de gérer son temps puisqu'il existe plusieurs facteurs indépendants qui influencent ses activités :

- Le retard du début des activités ainsi que le retard de l'arrivée des outils et des indemnités impliquent des conséquences importantes dans la gestion des activités __
« Nous avons déjà payé le cahier de notre poche, alors que l'argent arrive en retard, nous ne savons plus quoi faire et la dépense a déjà été engagée ». Un responsable sanitaire explique qu'en octobre 2009, 20% des Fokontany n'avaient pas reçu les affiches avant le début de la campagne. Les mobilisateurs n'ont donc pas le temps matériel d'informer et de sensibiliser correctement la population cible.
- Le mobilisateur affirme aussi que d'une manière générale, le temps alloué à la mobilisation est insuffisant surtout si l'activité de recensement est requise.
- Parfois, la « mobilisation sociale » est délaissée par rapport au volet technique. Ceci concerne aussi bien l'organisation que la logistique. Souvent, le mobilisateur cumule sa fonction de dispensateur pendant la campagne avec celle de mobilisateur social. Etant occupés à délivrer les services (Vitamine A et déparasitage), ils ne peuvent pas rechercher les perdus de vue et réaliser la mobilisation pendant la campagne SSME. Cette contrainte est accentuée par le nombre insuffisant d'agents de santé dans certains CSB (parfois l'agent de santé est seul au poste).
- Par ailleurs, il est fréquent que le mobilisateur doive travailler le soir ; étant donné que c'est le seul moment possible pour visiter à domicile les personnes qui travaillent durant la journée. Notons que certains mobilisateurs sont réticents à l'idée de rendre visite aux gens une fois le soir venu. Ils craignent la réaction des personnes étant donné l'insécurité ambiante.
- L'insuffisance de matériel influence considérablement la gestion du temps. Par exemple, le fait d'emprunter un mégaphone (partiellement disponible pour l'activité SSME) suppose une perte de temps importante __ *« On doit attendre qu'il (le mégaphone) soit disponible pour pouvoir regrouper de nouveau la communauté, alors que la campagne approche ».*

Au vu des difficultés exposées, il n'est clairement manifesté que le travail du mobilisateur est réalisé dans de très rudes conditions. Les mobilisateurs sont unanimes pour dire que leur travail est physiquement et psychologiquement éprouvant :

— « *Quand les gens s'apprêtent à déjeuner à midi, nous sommes encore au travail, quand les gens s'apprêtent à dîner le soir, nous sommes en train de sensibiliser auprès des personnes que nous n'avons pas pu rencontrer durant la journée* ».

— « *Le matin, nous allons au CSB pour prendre les médicaments, le soir nous y allons pour les rendre. Le matin, nous allons au CSB pour prendre les consignes, le soir nous y retournons pour faire un rapport. Tous les jours, il faut garder le même rythme en plus du ratissage de tous les foyers de mon secteur* ».

En plus des difficultés mentionnées auparavant, le mobilisateur (femme) évoque l'existence de conflit et de tension, engendrée par la pratique de l'activité de mobilisation, au sein du foyer et dans le couple. Cette tension est essentiellement due au fait que la mobilisatrice dépense beaucoup de temps et d'énergie pour son travail sans recevoir la contrepartie correspondante au temps perdu et au sacrifice — « *mon mari m'a sommée de quitter ce travail depuis longtemps, je continue de le faire par amour pour mes concitoyens* » — « *Il (le mari) me questionne parfois sur le salaire que je gagne... je dois augmenter le montant pour qu'il cesse de me poser des questions ... il ne sait même pas que, des fois, je dépense moi-même de l'argent de ma poche* ».

Section 4.7. Les principales sources de démotivation

Parmi la multitude de difficultés rencontrées par le mobilisateur, trois (3) points spécifiques ont été soulignés comme étant les plus démotivants dans la réalisation des activités de mobilisation :

4.7.1. LA NON RECONNAISSANCE DU TRAVAIL ACCOMPLI.

Cette non reconnaissance concerne plusieurs entités :

- *La communauté* : A cause de la proximité existante entre le mobilisateur et la population, cette dernière ne trouve pas de valeur ajoutée de compétence auprès du mobilisateur et n'accepte pas les conseils venant de lui __ « *On me dit souvent : depuis quand t'es devenu médecin ?!* » __ « *Nous travaillons et convainquons juste pour la forme, on le fait malgré que nous ne valons pas grand chose aux yeux de la population* ».
- *Les responsables de CSB* : Le mobilisateur déplore l'insatisfaction chronique de certains personnels de santé __ « *vous avez réalisé combien ? et nous ? nous avons réalisé combien, à votre avis ?* ».
- *L'Etat ou l'entité principale organisatrice* : Certains mobilisateurs prétendraient être complètement délaissés par l'Etat du fait de la stagnation de leur situation : indemnité insuffisante et constante, outils de travail inexistant (sac, chapeau, imperméable, tenue de travail), aucune reconnaissance (certificat, bonus, etc.) __ « *L'Etat a peu de considération pour nous, voilà la réalité* ».

4.7.2. PROMESSE RECURRENTE NON TENUE.

Le mobilisateur n'apprécie particulièrement pas les promesses répétitives non tenues __ « *on nous martèle trop souvent, on fera ceci et cela pour vous, mais ça n'arrive jamais* ».

4.7.3. LES DEPENSES PERSONNELLES OBLIGATOIRES ET NON COUVERTES.

Il arrive que le mobilisateur soit frustré de devoir payer des dépenses imprévues tel que l'achat de casse croûte ou de déjeuner, le paiement, du frais de transport (voie terrestre ou voie fluviale), l'achat de cahier pour le recensement lorsque celui-ci arrive en retard, etc.

NOTE CONCERNANT L'INDEMNITE DU MOBILISATEUR

Terminologie : Les termes utilisés pour désigner l'indemnité sont les suivants : « *frais tongotra, solom-paladia, solon-kafe, subvention kely, solom-panentanana, per diem kely, tambin-karama, indemnité kely, valin-kasasarana, solon-tsakafo, vidin'andro, vidim-paladia* ».

D'après la perception du mobilisateur, la somme d'argent octroyée est une indemnité qui remplace (solo) les dépenses en casse-croûte, café et déjeuner (sakafo), ou remplace le temps passé pour la sensibilisation (fanentanana) ou indemnise les longues marches à pied et l'usure des pieds/sandaes (tongotra, faladia). L'indemnité est aussi une compensation (tamby, valiny) de la fatigue (hasasarana). Ce serait également le prix (vidy) des jours passés pour la sensibilisation.

Dans tous les cas, il ne s'agit nullement de salaire (karama) vu la valeur de la somme —« *ce n'est pas du tout suffisant si on pense nous donner ça en tant que contrepartie du travail fait* ». Il s'agirait plutôt d'un remerciement symbolique. En effet, le mobilisateur recevrait entre Ar 7 000 à Ar 14 000 par campagne, ce montant d'indemnité varie beaucoup et elle n'est basée sur aucun critère précis de fixation. Il varie selon le nombre total de jours travaillés, selon les lieux, selon le nombre de mobilisateurs par secteur, etc. Mais en général, le mobilisateur reçoit en moyenne Ar 10 000.

APPRECIATION DE L'INDEMNITE

L'insatisfaction constatée concernant l'indemnité actuelle du mobilisateur est aussi une grande source de démotivation.

INSUFFISANTE : Les mobilisateurs de toutes les localités sont unanimes pour dire que l'indemnité est de loin insuffisante compte tenu de la dureté du travail et des sacrifices consentis pour la réalisation du travail. La rude condition de travail concerne notamment:

- *L'horaire de travail :* qui commence très tôt le matin, incluant une pause très courte voire inexistante à midi et finit assez tard dans la soirée.
- *Le nombre total des jours travaillés :* qui peut facilement dépasser les 2 semaines (journée pleine, week-end inclus) : 1 semaine de recensement et 1 semaine de campagne, sans compter le jour de formation et les diverses réunions de préparation.
- *L'éloignement* des différents Fokontany ou villages dans le secteur de travail : qui impose de longues marches à pieds difficiles et fatigantes.

Ci-après un extrait d'explication d'un mobilisateur d'Ankazobe :

« Nous deux, nous nous occupons d'une dizaine de villages dans ce Fokontany. Elle habite un peu plus loin à l'Est, moi j'habite ici au centre, notre secteur de travail est par contre situé un peu plus loin à l'Ouest. Parfois, nous pouvons terminer 2 villages en une journée, parfois, nous n'arrivons même pas à couvrir un seul village et le soir arrive. Durant tout le trajet, il arrive très souvent que nous ne déjeunions pas, personne ne daigne nous donner à manger. Le lendemain, c'est la même histoire. Tous les jours, c'est la même histoire. Nous traversons 12 km à pied environ. Des fois, la route monte, parfois, ça descend ; en général, nous traversons des routes en très mauvais état. A chaque nouvelle édition de SSME, nous sommes démotivés à l'avance. ».

Les sacrifices consentis pour la réalisation du travail de mobilisation concernent généralement le fait d'abandonner le foyer et le travail quotidien habituel au bénéfice de cette activité. __« *Ca m'arrangerait que mes journées de travail soient intactes* » __ « *Le mari et les enfants sont complètement délaissés à la maison* ». __ « *Chez nous, à la campagne, une journée de travail vaut Ar 2 000* ». Ci-après des exemples de termes utilisés pour exprimer l'insatisfaction sur le montant octroyé en tant qu'indemnité : « *tsy ampahafirin'ny asa atao ilay vola azo* » (L'argent reçu ne vaut même pas le travail fait)

__ « *raha hoe velon-drora ny tena dia mety* » (si on peut vivre seulement de salive, ce montant irait très bien) __ « *kely faraventy* » (insignifiant).

NON FLEXIBLE A LA HAUSSE (proportionnellement au travail fait) : L'indemnité est non seulement insuffisante mais elle demeure fixe malgré un dépassement conséquent des jours de travail ou un dépassement du résultat attendu. Cette situation est traduite comme une non reconnaissance du travail accompli : __ « *nous avons l'impression que les gens d'en haut ne sont pas encore satisfaits et ne le seront jamais* ».

INDEMNITE NON STANDARDISEE : Le mobilisateur exige une uniformisation et standardisation des indemnités puisqu'elle serait différente. Le mobilisateur ne comprend pas très bien la raison de cette différence, d'où le questionnement et l'insatisfaction : __ « *ce que nous gagnons comme indemnité est différent alors que nous travaillons plus dur qu'eux (Agent communautaire)* » __ « *Dans certains Fokontany qui disposent de très nombreux agents communautaires, l'indemnité est supérieure à la nôtre* » __ « *Certains travaillent une seule journée et gagne Ar 7 000* » __ « *Je peux vous assurer que le mobilisateur travaille plus dur que les autres ; il y a la marche à pieds, le ratissage des maisons, l'arrivée sur le lieu de travail à 7 heures du matin... pourtant quand le moment de la distribution des indemnités arrive, le mobilisateur gagne moins que des gens assis au bureau à longueur de journée* ».

GESTION NON TRANSPARENTE: Le mobilisateur émet de sérieux doutes quant à la transparence de la gestion des indemnités. __ « *Nous ne savons pas du tout comment ça marche, nous nous contentons de prendre ce qu'on nous donne, même si parfois ce n'est pas du tout clair* » __ « *Des fois, nous signons un reçu, des fois, non* ». A Antananarivo, certains CSB affichent la grille d'indemnités des agents de santé, des agents communautaires et des mobilisateurs pour prouver cette transparence.

RETARD : Le mobilisateur remet également en cause le retard de distribution des indemnités. Ce retard varie de 1 à 5 mois de retard. Lors du passage des chercheurs (en septembre 2011) dans certaines localités, les mobilisateurs n'auraient pas encore reçu leur indemnité relative à la SSME avril 2011 __ « *c'est ce qu'on appelle travailler gracieusement – miasa maina – pendant un mois, on travaille sans aucune contrepartie* ».

COMPENSATION INEXISTANTE : Certaines catégories de mobilisateurs n'auraient jamais perçu d'indemnité. Il s'agit des présidents de Fokontany ou du staff. __ « *Le Fokontany fait la même descente avec le COSAN... en tant que président de Fokontany, je n'ai jamais reçu aucune indemnité... Parfois, le COSAN abandonne à mi-chemin et nous sommes obligés de rattraper, nous faisons le travail à leur place.* ». A priori, le Fokontany (président ou staff) est initialement compris dans l'équipe en tant qu'appui, mais il leur arrive d'exécuter plus de travail que prévu __ « *Le médecin nous dit de venir représenter le Fokontany, c'est de cette manière que nous nous retrouvons impliqués* ».

Section 4.8. Les facteurs qui facilitent la mobilisation

D'après le mobilisateur, les facteurs qui assurent une bonne marche du travail de mobilisation sont les suivants :

- *Une bonne gestion du temps et une flexibilité des horaires de travail* : Il s'agit de travailler le week-end pour atteindre les personnes et les enfants non disponibles pendant les jours ouvrables et de travailler tard dans la soirée pour atteindre les personnes non disponibles durant les heures normales.
- *Le recensement* : il permet d'avoir une bonne connaissance des cibles et permet de bien catégoriser les cibles pour un meilleur rendement __ « *de cette manière que vous savez qui sont les enfants vaccinés et qui ne le sont pas* ».
- *Un choix adapté de l'approche selon les situations qui se présentent* : le mobilisateur est convaincu que la criée (tam-tam/sifflet) est une approche efficace surtout lorsque le mobilisateur ne dispose pas suffisamment de temps pour faire un ratissage complet __ « *ça attire l'attention des gens, la foule arrive très vite, parfois, il n'est plus nécessaire de ratisser les maisons grâce à cette approche* ».
- *Une bonne collaboration avec les structures/organisations existantes* : comme la Seecaline (Maintirano), une association des personnes handicapées (Analamahitsy), les scouts (Toamasina I) et la Croix Rouge (Toamasina I).
- *Une valorisation optimale des bénéficiaires pratiquants et convaincus* : il serait toujours plus facile de convaincre les gens qui ont reçu des bénéfices concrets en participant à la SSME et également de convaincre les autres par le biais de témoignages.
- *Un médecin coopératif.*
- *Un appui médiatique réalisé et diffusé à temps* : le mobilisateur est convaincu qu'une campagne médiatique bien orchestrée faciliterait grandement leur travail, à condition qu'elle soit diffusée à temps. __ « *Il faut diffuser la campagne médiatique très tôt, ne pas attendre le début de la vaccination car ça n'aura plus aucun effet dans ce cas* ».

SOURCE DE MOTIVATION DU MOBILISATEUR

Malgré l'existence d'autant de difficultés, il existe néanmoins plusieurs sources de motivation qui retiennent le mobilisateur à pratiquer le travail de mobilisation sociale. Les principales raisons qui les motivent à continuer sont les suivantes :

Aide à la communauté :

Il est important pour le mobilisateur de contribuer à sauver des vies dans sa communauté ; notamment en réduisant de manière conséquente le taux de mortalité dans leurs localités __ *« c'est important de faire vacciner les gens et de donner des traitements adéquats aux femmes enceintes, autrement, beaucoup de gens mourraient de maladie. Il est important de réduire la mortalité dans la communauté »*. Certains mobilisateurs sont entièrement satisfaits de l'aide qu'ils apportent à la communauté __ *« Nous sommes 23 personnes, responsables du volet social du Fokontany à faire ce travail et à couvrir notre secteur. Lors de la distribution des indemnités, nous partageons l'argent prévu pour 5 COSAN à toutes ces 23 personnes. Nous faisons le travail par amour de la communauté. Lorsque la population est en bonne santé, nous sommes deux fois plus satisfaits »*.

Le mobilisateur - mère de famille - affirme que c'est le réflexe naturel d'une mère de vouloir aider les autres mères et les enfants __ *« Moi aussi je suis passée par là : être enceinte, donner naissance, prendre soin du bébé, élever l'enfant. C'est très important de se préoccuper de la descendance »*.

Reconnaissance :

Le mobilisateur apprécie grandement la reconnaissance spontanée dont fait preuve la communauté ou l'Etat __ *« un de nos collègues a reçu un certificat et une médaille lors de la célébration de l'indépendance cette année, c'est vraiment très gratifiant et motivant pour nous autres »*. Parfois, il arrive également que le Fokontany offre une collation aux membres du COSAN.

Section 4.9. La formation du mobilisateur

Les termes utilisés pour traduire la formation sont « *tan-tsoroka* » et « *fiofanana* ». Deux types de formation sont relatés ici : a) la formation préalable à la réalisation effective de la mobilisation sociale dans le cadre de la SSME et b) le renforcement des capacités des mobilisateurs sociaux en communication interpersonnelle (CIP) organisé dans six districts, dont trois ont été visités au cours de l'étude.

4.9.1. LA FORMATION PREALABLE

Facilitée par les responsables du CSB, cette formation dure une journée au maximum et se focalise sur la préparation et l'organisation des activités de mobilisation sociale au niveau des fokontany rattachés au CSB. Selon le mobilisateur, la formation reçue comprend l'apprentissage de la dispensation de l'offre, du remplissage des outils de gestion et de la transmission des explications de la cible selon les offres (correspondance cible/offre). C'est également l'occasion pour le chef CSB de répartir les affiches entre les mobilisateurs qui seront chargés de les poser au niveau des fokontany.

Le mobilisateur apprend ou révisé aussi les différentes approches existantes et applicables durant la mobilisation : la réunion, la discussion individuelle, la discussion en groupe (selon leurs propres termes).

4.9.2. LE RENFORCEMENT DE CAPACITES EN CIP

a. Contenu de la formation :

Les mobilisateurs d'Ankazobe, Maintirano et Befotaka Sud figurent parmi ceux qui ont bénéficié de cette formation. En matière de formation en communication interpersonnelle (CIP), rares sont les mobilisateurs qui parle de contenu pertinent à ce propos, ceux qui ont retenu quelque chose expliquent le contenu en ces termes : « *le mobilisateur doit frapper avant d'entrer, être poli, attendre le moment opportun pour faire la sensibilisation, bien vérifier la disponibilité entière de la personne à sensibiliser* ».

Dans la pratique, le mobilisateur n'a pas vraiment l'habitude de faire appel à ses connaissances en CIP __ « *durant la sensibilisation, vous devez vous fier à vos propres connaissances pour faire comprendre les messages* » ; __ « *Je connais tout le monde dans le Fokontany, il n'est pas nécessaire de faire beaucoup de formalités quand on discute avec eux* ».

b. Formes d'apprentissage :

Pour évaluer la connaissance du mobilisateur sur les cibles et les offres, le formateur pratique des séances de questions/réponses impliquant une forte participation des mobilisateurs. Cette séance se termine habituellement par une synthèse verbale appuyée par un tableau récapitulatif des offres et des cibles.

Les formateurs auraient l'habitude de distribuer des supports de communication visuels durant la formation : '*rantsana dimy*' (flyers), '*takelan-kafatra*' (bâche cycle de vie). Ils sont très appréciés par les mobilisateurs car ils facilitent la mémorisation des messages.

Plusieurs méthodes sont pratiquées lors de la formation des mobilisateurs : sketches, simulations en salle, travaux de groupe, tests à la formation et tests pratiques sur terrain.

Les travaux de groupe sont très appréciés car ils permettent de partager et d'échanger les expériences entre mobilisateurs __ « *Nous travaillons dans des secteurs différents, certains dans les bas quartiers, d'autres dans des quartiers plus aisés, la pratique est forcément différente* ». De même que les tests pratiques sur terrain, ils permettraient de corriger les pratiques erronées. Le mobilisateur apprécie l'usage exclusif de la langue Malagasy durant la formation.

L'USAGE DE « BACHE CYCLE DE VIE » PAR LES MOBILISATEURS

La bâche cycle de vie est aussi appelée « *fitsingerenan'ny fiainana* » ou « *tsingerimpiainana* », « *takelan-kafatra* », « *torolàlana* », « *sangodina* ». Son appellation change selon la localité et selon le mobilisateur.

Aucun mobilisateur ne se souvient spontanément de l'existence de cet outil, ils le reconnaissent seulement après que le chercheur l'ait montré. Les mobilisateurs en recevraient un chacun par formation, mais certains n'en auraient pas reçu car le nombre édité n'était pas suffisant pour tous les mobilisateurs présents à la formation.

Très peu de mobilisateurs l'utilisent, et les rares mobilisateurs qui l'utilisent durant la sensibilisation s'en servent surtout comme visuel d'appui pour expliquer les messages.

Tous les mobilisateurs apprécient l'aspect visuel et synthétique du support et trouvent qu'il est pertinent de s'en servir en tant que guide et visuel d'appui lors des sensibilisations à domicile __ « *si on oublie le message, on peut juste jeter un coup d'œil sur le support* ». Par ailleurs, ils pensent que le support est :

- Complet __ « *on parle du bébé, de l'enfant, jusqu'à ce qu'il soit grand, tout ce qu'il faut dire durant la sensibilisation est là* ».
- Clair : les dessins dans le support faciliteraient la compréhension des messages.
- Ordonné : les informations sont bien catégorisées et placées en ordre bien précis __ « *de cette manière, c'est plus clair dans l'esprit du mobilisateur. Par exemple, si on parle de l'enfant, on se contente de voir la partie concernant l'enfant* ».

Remarque : A Befotaka Sud, le temps de programmation de la formation en CIP pour les mobilisateurs sociaux a été jugée inapproprié. En effet, elle s'est tenue une semaine avant la campagne SSME. Cette disposition a affecté la bonne réalisation de la sensibilisation sur terrain puisque les mobilisateurs étaient retenus à la formation. En plus, ils n'ont pas eu le temps d'appliquer leurs acquis.

Section 4.10. Les attentes et aspirations du mobilisateur

Les aspirations du mobilisateur sont axées sur deux attentes majeures : l'amélioration de la qualité des conditions de travail et l'amélioration des conditions de vie du mobilisateur :

4.10.1. AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL.

Afin d'assurer une bonne qualité du travail de mobilisation, le mobilisateur suggère les initiatives suivantes :

- Augmenter le nombre de mobilisateurs par secteur. Pour ce faire, il recommande de donner la priorité aux ressources formées et expérimentées.
- Fournir des tenues adéquates (Tenue vestimentaire ou t-shirt, badge avec photo d'identité) pour se différencier des autres et de leur apparence au quotidien __ « *si nous travaillons en tenue civile, nous nous présentons comme au quotidien* », ainsi que pour donner une image professionnelle ou de professionnel de santé __ « *les gens nous identifieront en tant que personnel de santé, ils diront : voilà les petits médecins (dokotera kely)* ». Le badge est aussi requis pour des raisons de sécurité et pour mettre en confiance les ménages qui se montrent extrêmement méfiants vis-à-vis des mobilisateurs sans badge.
- Fournir des outils de travail adéquats : Mégaphone propre aux activités de mobilisation (disponible et fonctionnel – obligatoirement fourni avec les piles car il est difficile d'en trouver en milieu rural), casquette ou chapeau pour se protéger de la chaleur, sac à dos pour transporter les outils, imperméable pour se protéger de la pluie, motocyclette ou bicyclette, cahier et stylo pour le recensement __ « *Resy lahatra daholo ny olona hoe na ny stylo ampiasainao aza dia SSME* ». Ainsi, les outils de travail ainsi fournis donneraient plus de crédibilité aux mobilisateurs.
- Promulguer un décret communal ou national qui rendra obligatoire la participation à la SSME __ « *il suffirait que l'Etat impose et toute la population suivra* ».
- Associer la sensibilisation à des loisirs qui intéressent les cibles : usage de Cinémobile, recours aux artistes (Ny Ainga, Rossy) durant les sensibilisations.

- Organiser un concours par Fokontany, un cadeau sera offert aux participants les plus réguliers (individu par localité) et pour les meilleurs taux de vaccination (Fokontany ou Commune) « *izay mahavita vaksiny ara-dalàna dia mahazo loka kely* » (*menaka, vovon-dronono, lay, kilalaon-jaza*).

4.10.2. AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE.

Pour le mobilisateur, une bonne qualité de travail passe également par une amélioration des conditions de vie du mobilisateur. En effet, le mobilisateur aspire à devenir un fonctionnaire d'Etat, à recevoir une augmentation de l'indemnité qui équivaldrait au minimum à Ar 30 000 par mobilisateur par SSME.

CONCLUSIONS

RELATIVES A L'APPROCHE PAR LA MOBILISATION SOCIALE

Les activités de mobilisations réussies ont vu une participation fortement engagée des principaux acteurs concernés :

- L'agent de CSB qui fait preuve de leadership exemplaire dans la dynamisation et la supervision de l'équipe de mobilisation,
- Le responsable d'église qui s'approprie l'importance de la mobilisation sociale, laisse le champ libre aux mobilisateurs afin de sensibiliser les chrétiens à l'église, ou tout au moins donne le strict minimum d'espace de communication à l'église,
- Le Maire qui agit de manière proactive en réunissant préalablement les Président du Fokontany afin d'assurer leur participation active.

La mobilisation est l'activité initiale et fondamentale du mobilisateur. Pourtant, celui-ci est constamment sollicité à différentes étapes de la mobilisation, à cause essentiellement du manque de ressource : recensement, porte – à – porte, distribution de l'offre, contrôle. Le mobilisateur ne dispose pas suffisamment de temps et de latitude pour s'impliquer entièrement dans la sensibilisation. Ce constat est d'ailleurs justifié puisque la VAD n'est plus une activité systématique, elle est facilement remplacée par d'autres approches adaptées au temps disponible.

LES APPROCHES

Un recensement bien organisé se base sur une *liste de recensement fiable* et un *ratissage complet*. Habituellement, la liste provient de l'agent de santé, visée par le Président du Fokontany. Ce dernier dispose d'assez d'éléments de vérification de la conformité avec la population. Elle est validée par l'agent de santé qui dispose d'information permettant d'identifier les perdus de vue.

La criée est une approche de mobilisation visiblement attractive. Elle a surtout une visée informative en rappelant aux cibles le début prochain de la campagne SSME. Par contre, les réunions communautaires ont l'avantage de réunir une affluence importante et la possibilité de développer les messages.

L'intégration dans les associations ou l'appel à contribution d'autres entités sont des initiatives qui allègent d'une manière conséquente l'organisation des activités de mobilisation. Elles peuvent notamment combler le problème d'insuffisance de ressources.

LES MESSAGES

Le mobilisateur a tendance à croire qu'il connaît très bien les cibles, étant donné le nombre d'années de pratique de la mobilisation. La proximité et la familiarité avec les personnes de la communauté affectent la façon de transmettre les messages. En effet, cet état d'esprit limite la volonté du mobilisateur à transmettre tous les messages nécessaires pour convaincre la cible. Par excès de confiance, il se contente de partager des messages informatifs (date, lieu).

Le mobilisateur a l'habitude d'user de beaucoup de pression (menace, ruse, peur, forcing, fausse promesse) pour obliger ses interlocuteurs à venir au CSB. Ce genre de pratique diminue la valeur de l'offre, instaure un climat de méfiance, procure une image erronée du médecin et de l'accueil au niveau des centres de santé et réduit la probabilité de participation des personnes aux prochaines éditions de SSME.

Les messages les plus efficaces sont ceux appuyés par des preuves visuelles comme l'affiche. Quelques mobilisateurs précisent que les messages adaptés au langage et aux préoccupations de l'interlocuteur passent toujours mieux.

Le mobilisateur a l'habitude de transmettre des messages caractérisés par des argumentaires défensifs se basant sur les problèmes et la formulation des cibles. Il n'a pas le réflexe de valorisation de l'offre. De plus, les messages erronés ou déviés constamment transmis par le mobilisateur dévalorisent davantage la crédibilité et la compétence du mobilisateur.

Beaucoup de mobilisateurs entretiennent eux-mêmes la culture du don. Il y a des mobilisateurs qui demandent à ce que l'Etat fournisse des dons, même symboliques (tel que des biscuits ou « *ne serait-ce qu'un lange ou un vêtement à leur donner* ») pour inciter les mères à participer à la SSME.

Cette recherche constante d'appât nous amène à conclure qu'il existe une très faible perception de l'EFFICACITÉ DES MESSAGES et de l'EFFICACITÉ PERSONNELLE du mobilisateur.

LES DIFFICULTES

La difficulté la plus couramment évoquée par le mobilisateur, et la plus difficile à surmonter est celle rattachée à l'étendue géographique des zones d'intervention qui est généralement trop grande et/ou éloignée pour un seul mobilisateur et pour le délai imparti. Elle est accentuée par un manque flagrant de ressources sur place. Le mobilisateur est aussi confronté à une vive réticence de la population. Cette réticence est essentiellement liée à une faible perception de valeur ajoutée de l'offre. Les offres sont facilement dévalorisées face aux idées préconçues, aux fausses croyances, aux perceptions erronées, à la tradition et aux tabous.

La dureté du travail pousse le mobilisateur à espérer une récompense plus consistante (allant de Ar 15 000 à Ar 30 000 voire plus). Le mobilisateur déplore l'insuffisance de l'indemnité actuellement perçue (Ar 10 000 en moyenne). Notons que le mobilisateur semble être plus tolérant en parlant d'insuffisance et plus intransigeant en s'exprimant sur la gestion non transparente, le retard et l'uniformité des indemnités distribués.

LA FORMATION

Dans la pratique, le mobilisateur n'a pas vraiment l'habitude de faire appel à ses connaissances en CIP. Il mise plutôt sur la familiarité avec la communauté et s'appuie sur une prétendue bonne connaissance de la SSME par la population. Or, la connaissance de la campagne est généralement limitée à des informations basiques (date, lieu) qui ne permettent pas de rallier l'entière adhésion de la population.

LA GESTION DU TEMPS

Le facteur temps affecte considérablement la réussite et la qualité de l'activité de mobilisation. Par exemple, le retard de l'arrivée des dispensateurs sur terrain, le retard de l'arrivée des outils de travail, le temps réduit pour la réalisation des VAD sont autant de facteurs qui diminuent la qualité de la campagne de mobilisation.

RECOMMANDATIONS

CONCERNANT L'APPROCHE PAR MOBILISATION SOCIALE

HARMONISER LES APPROCHES DE MOBILISATION

La première action à réaliser est de documenter les pratiques de mobilisation sociale. A partir du présent rapport, le comité de mobilisation peut synthétiser, schématiser et en faire un guide standard. Le but sera de capitaliser les bonnes pratiques de mobilisation, harmoniser les approches en échangeant les bonnes pratiques des différentes localités. Par exemple, le recensement idéal et efficace passe par l'étape de ratissage, de contrôle par le Président du Fokontany et la validation de l'agent de santé.

ADAPTER L'ACTIVITE DE PLAIDOYER AUX REALITES DU TERRAIN

La stratégie de plaidoyer peut être pilotée par le niveau central mais doit laisser une marge d'initiative suffisante aux comités locaux (notamment concernant la formulation de l'approche locale et le choix des partenaires locaux) afin de bien orienter la stratégie selon les exigences spécifiques du terrain. Par ailleurs, une stratégie de plaidoyer efficace garantit une forte cohésion de l'équipe de mobilisation.

Il est ainsi recommandé de continuer les activités de plaidoyer avant chaque campagne SSME. Il est important que ces activités de plaidoyer tiennent compte des spécificités des approches propres à la mobilisation sociale ; la précision des actions de plaidoyer menées garantira son efficacité. Le point focal par localité devra identifier préalablement les partenaires-clés à cibler selon la particularité de la localité et selon l'expérience antérieure de réussite de la mobilisation (Agent de santé, Maire, Présidents de Fokontany, Notables, etc). Pour ce faire, le point focal identifie les personnes qui peuvent contribuer efficacement à la bonne marche des activités de mobilisation. Le comité de mobilisation local doit également identifier les approches de plaidoyer à privilégier selon l'exigence du terrain (réunion préalable, regroupement des Présidents du Fokontany,...), l'objectif étant d'assurer l'adhésion totale et la participation engagée des partenaires en expliquant bien l'enjeu et les résultats escomptés de la campagne pour la localité.

L'appel à contribution d'autres entités et groupements à participer à la campagne SSME est toujours pertinent. Il importe de bien identifier la force de chaque groupement existant dans les localités et exploiter sa complémentarité avec les ressources humaines et matérielles existantes. Par exemple, si la ressource humaine est insuffisante, l'appel à contribution visera principalement les groupements disposant de beaucoup de ressources tels que les scouts, les associations de jeunes des différentes églises,....

Ainsi, la stratégie de plaidoyer locale doit être moins systématique et plus intégrative, cohésive, réfléchie et répondant à la situation existante dans la localité et chaque année.

REVISER LE SYSTEME DE RECRUTEMENT ET AJUSTER LES SPECIFICATIONS DE TACHES DU MOBILISATEUR

Une mobilisation réussie est en grande partie basée sur la collaboration de mobilisateurs efficaces et engagés. Le processus de recrutement de mobilisateurs doit faire l'objet d'une attention particulière et d'une sélection rigoureuse pour éviter toute forme de népotisme. La décision d'engager les mobilisateurs doit intervenir assez tôt pour éviter de recruter précipitamment les mobilisateurs. Il est souhaitable qu'une personne objective assure et la sélection et le recrutement des mobilisateurs sur la base de critères bien définis. Ci-après, un essai de profil de mobilisateur efficace compte tenu des résultats mentionnés dans cette évaluation : le mobilisateur doit être engagé et motivé, intéressé par les causes sociales, disponible, célibataire, ayant une bonne condition physique, sociable, ayant une bonne capacité à communiquer et à convaincre, expérimenté dans le domaine, ayant reçu un minimum de formations sur le sujet.

Il est prioritaire de préciser les principales tâches du mobilisateur en donnant une plus grande importance au recensement et à la sensibilisation (surtout la partie visite à domicile). Pour être effective, cette mesure doit être accompagnée d'une série d'actions concrètes visant à réduire les tâches annexes qui alourdissent le volume de travail du mobilisateur et qui réduisent le temps de réalisation des tâches principales : par exemple, l'augmentation des ressources, la diminution de la zone d'intervention, la fourniture d'outils efficaces.

INSTAURER UNE CULTURE DE VALORISATION DE L'OFFRE

Le mobilisateur doit savoir bien équilibrer l'objectif de couverture et l'objectif d'adhésion. Il est important de nuancer que l'objectif de mobilisation ne consiste pas exclusivement à faire venir les bénéficiaires au centre de santé mais également à susciter, à court et à long terme, une complète adhésion de ces derniers. En effet, l'adhésion encourage et garantit à court terme la participation et facilite à terme la pérennisation de la participation à la SSME. Les bénéficiaires peuvent même devenir des prescripteurs de l'offre au lieu d'être la source de blocages ou de diffusion de messages négatifs sur l'offre SSME.

L'adhésion des bénéficiaires est obtenue en donnant au mobilisateur l'aptitude d'écoute profonde, d'empathie, de valorisation de l'offre conformément aux attentes et préoccupations des bénéficiaires. Le mobilisateur doit aussi apprendre à diffuser des messages corrects et s'abstenir de diffuser des messages erronés – il en va de la crédibilité du mobilisateur aux yeux des cibles surtout ceux en milieu urbain qui sont très exigeants à ce sujet.

Il serait bénéfique de vulgariser la « *bâche cycle de vie* » en tant qu'outil d'apprentissage durant les formations et en tant que visuel d'appui à la sensibilisation. En effet, les mobilisateurs apprécient l'aspect complet et synthétique de cet outil et ont confiance en son efficacité en tant qu'outil de sensibilisation.

AMELIORER LE CADRE ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU MOBILISATEUR

Un effort d'augmentation de l'indemnité ne pourrait qu'être favorablement bien accueilli par le mobilisateur puisque le taux est jugé bas compte tenu de la dureté du travail. Toutefois, les motivations du mobilisateur ne se résument pas au seul fait d'augmenter l'indemnité puisque d'autres facteurs de motivation et des difficultés durement ressenties demeureront : il s'agit notamment de l'éloignement et/ou de l'étendue de la zone d'intervention, l'indisponibilité des personnes visitées, le refus de discuter avec les mobilisateurs, l'insuffisance d'outils de travail basiques (badge, tenue, imperméable, chapeau, sac à dos,...).

En termes d'investissement, un choix judicieux devrait ainsi être fait entre augmenter de moitié ou doubler l'indemnité du mobilisateur (tel qu'il est suggéré) ou bien rajouter les ressources humaines nécessaires ou encore fournir les outils les plus pertinents. Sachant qu'un mobilisateur de plus dans un secteur permet de réduire de moitié la zone d'intervention, de réduire de moitié le temps de réalisation des VAD (offrant ainsi une opportunité au mobilisateur de prendre plus de temps pour bien argumenter durant chaque VAD et d'avoir le temps pour vaquer aux occupations quotidiennes ou travail quotidien).

Il est également bon de noter que même avec un taux d'indemnité plus élevé, la capacité de mobilisation par personne restera limitée par le facteur temps et le facteur capacité physique (un mobilisateur ne pourra visiter qu'un nombre limité de familles pendant la durée impartie, quel que soit le montant de l'indemnité). L'augmentation du taux d'indemnité n'influera donc que sur la qualité des efforts fournis (meilleurs efforts pour argumenter, pour sensibiliser les personnes inconnues, etc.).

La demande du mobilisateur concernant la fourniture de tenue de travail semble être pertinente pour faciliter l'identification du mobilisateur et l'accueil des cibles. Cette initiative doit néanmoins être accompagnée d'un renforcement de capacité adéquat, qui fournira un minimum de savoir-faire. Le mobilisateur sera ainsi positivement perçu par les cibles. Pour atténuer la crainte ou les blocages éventuels des cibles sur la capacité du mobilisateur, il sera certainement bénéfique de préciser sur la tenue (à travers une inscription) cette étape d'acquisition de connaissance : par exemple en inscrivant sur le t-shirt ou la casquette « *Mobilisateur formé* » (*Mpanentana nahazo fiofanana*).

ASSURER UNE BONNE GESTION DU TEMPS ET DU CALENDRIER

En concertation avec tous les concernés, il est recommandé d'établir un rétro-planning réaliste et standardisé qui marque précisément les différentes étapes-clés et le timeline requis.

ANNEXES

ANNEXES 1.

Protocole de

l'évaluation

**EVALUATION DES ACTIVITES DE
MOBILISATION SOCIALE ET DE
COMMUNICATION DES CAMPAGNES
SEMAINE DE LA SANTE DE LA MERE ET DE
L'ENFANT (SSME) 2006 - 2011.**

Antananarivo, août 2011



SOMMAIRE

1 INTRODUCTION	4
2 BIEN-FONDE DE L'ETUDE	9
3 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	10
3.1. Partenaires/homologues	10
3.2. Sites de l'étude	10
3.3. Thèmes de recherche	11
3.4. Plan de l'étude	16
3.5. Collecte de données	17
3.5.1. Revue et analyse documentaires	17
3.5.2. Interview individuelle approfondie avec les Responsables	17
3.5.3. Focus group discussion avec les groupes cibles	18
3.5.4. Observation des CSB et des sites communautaires	19
3.5.5. Relevé des données SSME au niveau des districts	19
3.5.6. Caractéristiques de l'équipe de recherche	20
3.5.7. Pré –test des outils de collecte de données	21
3.6. Résumé et organisation de la collecte de données	21
3.7. Protection des participants de l'étude	22
4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	24
5. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES	25

LISTE DES ABREVIATIONS

CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CIP	:	Communication interpersonnelle
CSB	:	Centre de Santé de Base
IEC	:	Information, Education Communication
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
SSD	:	Service de Santé du District
SSME	:	Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
UNICEF		Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

PROTOCOLE DE RECHERCHE

Evaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des Campagnes Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) 2006 – 2011.

1. INTRODUCTION

Contexte

Pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le gouvernement de Madagascar a institutionnalisé la *Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)*, organisée deux fois par an (au mois d'Avril et au mois d'Octobre) dans l'ensemble du pays depuis 2006.

L'objectif général de la SSME est d'offrir un paquet de services essentiels gratuits aux femmes enceintes, allaitantes et aux enfants de moins de cinq ans, en priorité pour les populations les plus vulnérables.

La SSME se caractérise ainsi par l'offre d'interventions intégrées à haut impact qui ont fait preuve d'efficacité, notamment dans les zones les plus enclavées. Ce, grâce à la mobilisation des responsables à tous les niveaux, des partenaires techniques et financiers, et de tous les leaders locorégionaux et de la communauté, pour réduire les risques de décès maternels et infanto juvéniles.

Pour une bonne couverture de la population concernant l'information sur les services disponibles durant la SSME et pour une communication plus efficace avec le public visant à accroître la demande et l'utilisation des services, une stratégie de mobilisation sociale a été développée et mise en œuvre. Les activités ont été réalisées avec la participation des leaders communautaires et religieux, des mobilisateurs, des animateurs radio, des associations locales et des mouvements des jeunes dans des villes ciblées : scouts, pairs éducateurs, etc. Une campagne médiatique (radios locales, télévisions, affichage) et des communications interpersonnelles menées par les agents communautaires ont été utilisées pour atteindre plus de populations.

Les activités d'information, d'éducation et de communication de la SSME visent à :

- Informer les populations sur les services disponibles et les personnes concernées par ces services (femmes enceintes, allaitantes, enfants de 0 à 59 mois).
- Motiver les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants à venir demander et utiliser les services disponibles en valorisant les avantages de ces services.

Ces activités sont menées avec une attention particulière pour les populations les plus vulnérables.

Après la 10^{ème} édition (avril 2011) de la SSME, une évaluation de l'efficacité de la stratégie actuelle de mobilisation sociale appliquée est nécessaire. Les résultats de cette évaluation permettront de réorienter les stratégies et d'améliorer les interventions futures.

But

L'évaluation vise à vérifier la qualité et l'efficacité de la stratégie de mobilisation sociale et de communication lors des campagnes Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) pour capitaliser les acquis et orienter les nouvelles stratégies.

Objectifs Cibles

Les objectifs de l'Evaluation sont de :

- ✦ Examiner et documenter la stratégie de mobilisation sociale et de communication de toutes les éditions de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) de 2006 à 2011.
- ✦ Evaluer le processus de mise en œuvre des activités de mobilisation sociale et de communication effectuées à tous les niveaux :
 - a. Niveau central : comité mobilisation sociale ;
 - b. Niveau des régions et des districts, particulièrement au niveau des districts auxquels des activités de communication interpersonnelle ont été renforcées, à savoir : Analalava, Maintirano, Miandrivazo, Ankazobe, Soalala et Befotaka Sud.
 - c. Niveau communautaire : communes et fokontany.
- ✦ Evaluer les sources d'information sur la SSME selon l'âge, le genre et le milieu de résidence, ainsi que sur les perceptions de la SSME à travers une enquête ménage et des groupes de discussions dirigées.
- ✦ Evaluer la qualité et l'efficacité des matériels et des supports d'IEC/CCC, ainsi que la pertinence des canaux de communication utilisés lors de la SSME pour atteindre les populations cibles : canaux de masse à travers les matériels imprimés et audiovisuels, et canaux interpersonnels à travers les groupes communautaires : autorités locales, leaders communautaires, agents communautaires/mobilisateurs.
- ✦ Fournir les recommandations concrètes pour une meilleure capitalisation des meilleures pratiques et des orientations constructives et réalistes pour des stratégies plus porteuses.

Orientation de l'étude et de la collecte de données

L'Évaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des Campagnes SSME est une évaluation exclusivement qualitative. Elle fait suite et complète les données quantitatives recueillies lors de l'*Évaluation des campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage (2002 à 2006) et des Semaines de la Santé de la Mère et de l'Enfant (2006 à 2011) à Madagascar*, initiée par le Ministère de la Santé Publique et l'UNICEF et réalisée durant le premier semestre 2011.

L'Évaluation des activités de mobilisation sociale et de communication des Campagnes SSME identifie, explique et approfondit les forces et les faiblesses du processus et de la mise en œuvre de la stratégie et de la campagne ainsi que l'impact effectif ou le manque d'impact au niveau des populations cibles.

Comme pour la plupart des évaluations de stratégies et de campagnes de communication, cette Évaluation recourt à plusieurs techniques de recherche :

1. Interview des différents responsables de la conception et de la mise en œuvre des campagnes de mobilisation sociale et de communication.
2. Revue et analyse documentaires.
3. Observation sur terrain des éléments de la stratégie.
4. Interview individuelle approfondie des responsables sanitaires, des agents de santé, des représentants des autorités locales, des responsables d'églises locales et des « Olobe » (leaders traditionnels).
5. Focus group discussion avec les mobilisateurs sociaux et les parents d'enfants de 0 à 59 mois dans les districts.

Cibles

Les informateurs clés pour cette Évaluation sont d'abord les *responsables à différents niveaux*. Ils interviennent activement dans le processus et la mise en œuvre des campagnes de mobilisation sociale et de communication à chaque édition de SSME. Ces responsables sont affiliés au Ministère de la Santé Publique (au niveau central, au niveau du district et au niveau communautaire), à l'UNICEF (qui gère la conception et la mise en œuvre des campagnes SSME). Ce sont aussi les *différents leaders* qui ont une certaine influence sur le fonctionnement socioculturel et économique et sur les pratiques sanitaires des populations locales. Il s'agit plus précisément des représentants de l'autorité locale, religieuse et traditionnelle. Les *mobilisateurs sociaux*, en tant qu'acteurs locaux de la campagne participeront aussi à l'Évaluation.

Les groupes cibles des campagnes de mobilisation sociale et de communication seront aussi sollicités lors de cette Évaluation.

Ces groupes cibles sont constitués par les *parents d'enfants de 0 à 59 mois*, exposés ou non, à la campagne de mobilisation sociale et de communication dans le cadre des différentes éditions de SSME.

La SSME est un événement sanitaire national qui s'étend aux Communes rurales les plus éloignées. La campagne de mobilisation sociale et de communication qui y est rattachée veille à convaincre le maximum de populations vulnérables. Sur la base de ces deux points, la détermination des sites d'évaluation tient compte à assurer :

- Une représentativité des sites et des groupes cibles de l'évaluation (zone rurale/zone urbaine, Hautes Terres/Côtes, Est/Ouest/Nord/Sud) ;
- Une comparaison entre les sites où les mobilisateurs sociaux ont bénéficié d'un appui en communication interpersonnelle et ceux où cela n'a pas été le cas.

COMPREHENSION GENERALE

P R O C E S S U S	STRATEGIE MOBILISATION SOCIALE SSME					
	STRATEGIE	SENSIBILISATION		MOBILISATION SOCIALE	PLAIDOYER	
	ACTIVITES	Activités IEC		Formation des agents mobilisateurs	Visite de plaidoyer	
	SUPPORTS	Supports IEC : Banderole, affiche, spot radio/TV		Guide de mobilisation sociale	Kit de plaidoyer (lettre...)	
	CIBLES POTENTIELLES	Femmes enceintes, allaitantes, enfants de 0 à 59 mois, Parents de jeunes enfants (EN TANT QUE BENEFICIAIRES PRINCIPAUX DE L'OFFRE)		Agents mobilisateurs, Femmes enceintes, allaitantes, Enfants de 0 à 59 mois (Parents de jeunes enfants)	Leader d'opinion : Autorités locales (district, Fkt), Responsable d'Eglise, Olobe, Autorité sanitaire (agent de santé,...) (EN TANT QUE PRESCRIPTEURS DE L'OFFRE)	
Quelles composantes de la stratégie nationale ont été effectivement mises en œuvre dans les districts ?			Est-ce que les formations en CIP tenues dans 6 districts ont permis d'améliorer la qualité des activités IEC entre les 3 dernières éditions de la SSME ? et si oui, comment, pourquoi ?	La stratégie de plaidoyer, mobilisation sociale et CCC répond-elle aux besoins et défis des districts ?		
R E S U L T A T S	Les activités IEC mises en œuvre par les services de santé de District et les CSB pour la SSME permettent-elles d'informer et de motiver les populations les plus vulnérables (Parents d'enfants âgés de 0 à 59 mois - géographiquement ou socialement vulnérables).					
	INFORMATION		MEMORISATION		PERSUASION	
	Connaissance de la SSME, du contenu Les personnes concernées (cibles) L'offre (paquet de service, gratuité) Les avantages et les risques		Quels sont les informations et messages retenus de la campagne SSME ?		Les messages retenus et compris sont-ils perçus par les bénéficiaires comme étant réalistes ? importants/motivants ? exécutables ?	
	ACCES A L'INFORMATION Les principaux bénéficiaires ont-ils accès à l'information (si oui comment ? si non, pourquoi?), Quels sont les canaux qui peuvent atteindre ceux qui n'ont pas été exposés – essentiellement la population vulnérable? Quels sont les canaux préférés ?		COMPREHENSION DU CONTENU Les informations retenues traduisent-elles un bénéfice pertinent pour le bénéficiaire ? Pensent-ils être personnellement concernés par l'offre ? Perception de risque individuelle et par la communauté ? Les bénéfices correspondent-elles aux aspirations, peurs et valeurs ?		MOTIVATION A L'ACTION Obstacles à la participation ? Les services les plus appréciés ? pourquoi ? Perception de risque individuelle et par la communauté ?	
	NON Non Exposé* à l'information. <i>Participation Ssme-non</i> (1) Focus : groupe NE par district	OUI	NON Exposé* à l'information Faible Mémorisation <i>Participation-Oui et non</i> (1) Focus : groupe EFM par district	OUI	NON Exposé*, mémorisé, Faible Persuasion <i>Participation Ssme-non</i> (1) Focus : groupe EFP par district	OUI Exposé*, Mémorisation et Persuasion. <i>Participation Ssme-oui</i> (1) Focus : groupe EMP par district

* Exposé = exposé aux actions de sensibilisation et de mobilisation sociale (1) exposé d'une manière générale dans les districts NON APPUYES en CIP (2) exposé aux activités CIP – dans les districts APPUYES en CIP

2. BIEN-FONDE DE L'ETUDE

Les résultats de cette Evaluation complèteront et permettront de mieux comprendre les résultats de *l'Evaluation des campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage (2002 à 2006) et des Semaines de la Santé de la Mère et de l'Enfant (2006 à 2011) à Madagascar*.

Les informations recueillies lors de cette Evaluation donneront aux différents acteurs du processus et de la mise en œuvre des campagnes de mobilisation sociale et de communication une vision juste, complète et détaillée des forces, des faiblesses et des impacts des campagnes réalisées, au niveau des différents groupes cibles. Les informations obtenues permettront également d'appréhender les cas et situations spécifiques aux sites, selon leur localisation et selon leur importance. Ces informations seront obtenues grâce aux interviews individuelles approfondies avec les différents informateurs-clés, aux discussions de groupe avec les mobilisateurs sociaux, à l'observation des sites communautaires et des CSB et à la revue et analyse documentaires.

Des informations concernant les éventuels freins des groupes cibles à adhérer aux messages émis lors des différentes campagnes seront aussi identifiés et approfondis lors des discussions de groupe avec les parents d'enfants de 0 à 59 mois. Enfin, cette Evaluation permettra aussi de mesurer l'impact du renforcement des capacités des mobilisateurs sociaux en communication interpersonnelle, afin d'en décider la pertinence ou non pour d'autres sites.

Ainsi, cette Evaluation est incontournable pour disposer des informations nécessaires qui permettront d'orienter, et/ou de réajuster les campagnes ultérieures, et les activités qui y sont rattachées, afin d'obtenir de meilleurs résultats.

A terme, des campagnes de mobilisation sociale et de communication toujours plus efficaces sont attendues. En estimant que ces campagnes tiendront compte des barrières à la participation des parents d'enfants de 0 à 59 mois aux SSME, les résultats de cette Evaluation contribueront finalement à augmenter la participation aux prochaines éditions de SSME et à améliorer la santé maternelle et infantile à Madagascar.

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. Partenaires/homologues

UNICEF Madagascar est l'agence des Nations Unies qui travaille à améliorer la santé des femmes et des enfants à Madagascar. UNICEF Madagascar est notamment, l'un des principaux acteurs de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant et est chargé de la conception et de la mise en œuvre des campagnes de mobilisation sociale et de communication qui y sont rattachées. UNICEF Madagascar est l'initiateur de l'Evaluation et contribue à la conception de l'étude et des outils de collecte de données. UNICEF Madagascar supervisera l'Evaluation jusqu'à la validation du rapport final.

L'Evaluation sera réalisée par TANDEM, société spécialisée dans la communication, la recherche et la formation. L'investigateur principal de TANDEM, en la personne du Professeur Justin RANJALAHY RASOLOFOMANANA, est reconnu dans le pays et au niveau international pour une expertise et une expérience uniques dans l'évaluation des programmes et la réalisation de recherches appliquées à la santé, dans tout le pays. Il sera secondé par Laza NOELIARIVELO et Anja NOELIARIVELO pour toutes les étapes de l'Evaluation.

3.2. Sites de l'étude

Pour une évaluation pertinente et exploitable, la sélection des sites à visiter tient compte des différentes approches utilisées pour les campagnes de mobilisation sociale et de communication de SSME.

Les éléments suivants sont considérés :

- la localisation (zone rurale/zone urbaine) ;
- le fait d'avoir bénéficié ou non d'un renforcement de capacité en communication interpersonnelle en Octobre 2010 pour les mobilisateurs sociaux ;
- la représentativité géographique (Est/Ouest/Nord/Sud) et socioculturelle ;
- le caractère qualitatif de l'Evaluation qui considèrera un nombre limité de districts.

Au total, six districts ont été retenus pour réaliser l'Evaluation. Ils se présentent comme suit :

SITES	HAUTES TERRES	COTES
Urbain	Antananarivo (Centre) <i>Non appuyé</i>	Toamasina I (Est) <i>Non appuyé</i>
Rural	Ankazobe (Centre) <i>Appuyé</i>	Befotaka Sud (Sud) <i>Appuyé</i> Maintirano (Ouest) <i>Appuyé</i> Mahajanga II (Ouest) <i>Non appuyé</i>

La localisation (zone rurale/zone urbaine) :

En 2010, la stratégie urbaine a été développée afin d'augmenter le taux de couverture (au moins 95%) des populations cibles avec les paquets de services SSME dans les 7 grandes villes (les 6 ex-Chefs lieu de province et Antsirabe I) du pays. Antananarivo Renivohitra et Toamasina I font partie de ces villes où la stratégie urbaine a été appliquée. En effet, les taux de participation à la SSME n'y ont pas été satisfaisants alors que les populations bénéficient de la proximité avec les réseaux médiatiques et de la facilité d'accès aux services de santé.

Les localités rurales, quant à elles, se caractérisent par une difficulté plus ou moins importante à accéder à l'information et aux services et aux soins de santé, selon le degré d'enclavement des sites considérés. Le recours à la mobilisation sociale y est donc plus que capital. Ankazobe, Befotaka Sud, Maintirano et Mahajanga II sont des sites ruraux difficiles d'accès et/ou faiblement couverts par les media.

Le fait d'avoir bénéficié ou non d'un renforcement de capacité en communication interpersonnelle pour les mobilisateurs sociaux :

En Octobre 2010, six districts ont bénéficié d'une formation en communication interpersonnelle pour leur permettre de mieux appréhender leurs activités de mobilisation sociale, notamment, pour la SSME. Parmi les sites sélectionnés ici, Ankazobe, Befotaka Sud et Maintirano sont des sites qui ont été appuyés. L'Evaluation des activités des mobilisateurs sociaux qui n'ont pas été formés dans les trois autres districts (Antananarivo Renivohitra, Toamasina I et Mahajanga II) permettra de comparer les performances et de mesurer l'efficacité ou non de la formation en CIP.

La représentativité géographique et socioculturelle :

Bien que parmi les différentes ethnies, nombreuses ont émigré vers d'autres régions que celles de leur origine, la localisation géographique reste une référence en matière d'appartenance socioculturelle à Madagascar. Les six districts retenus pour l'Evaluation représentent les différents points (Centre, Nord, Sud, Est, Ouest) de l'Ile.

Des spécificités culturelles peuvent caractériser ces districts, telle la forte concentration d'Antandroy à Mahajanga II. Les Antandroy sont l'une des ethnies où les traditions restent fortement ancrées et influencent encore le mode de vie.

Le caractère qualitatif de l'Evaluation qui considèrera un nombre limité de districts.

En effet, contrairement à la recherche quantitative qui repose sur un échantillonnage représentatif d'une population la plus large possible (en vue d'une généralisation des résultats de recherche), dans la recherche qualitative, l'échantillon conduit à créer et à tester de nouvelles interprétations.

Aussi les méthodes proposées viseront à élargir les données pour découvrir de multiples réalités et/ou à fournir une meilleure compréhension des conditions locales. Aussi les méthodes proposées reposent-elles sur des stratégies d'échantillonnage « riches en information ».

3.3 Thèmes de recherche

L'Evaluation visera à répondre notamment à différentes questions liées (i) au processus et à la mise en œuvre de la stratégie et des campagnes de mobilisation sociale et de communication de la SSME d'une part, et (ii) aux résultats de ces campagnes, d'autre part.

Stratégie nationale de mobilisation sociale et de communication et éléments/composantes pour la campagne de chaque édition de SSME.

Au niveau central,

- ✦ Qui sont les acteurs concernés par la campagne de mobilisation sociale et de communication de la SSME et quelles sont leurs attributions respectives ?
- ✦ Comment ces acteurs sont-ils désignés pour intégrer le Comité responsable de la mobilisation sociale et de communication de la SSME ? Quels sont les points forts du système d'intégration des acteurs dans le Comité ? Quels sont les points faibles ?
- ✦ Quelles sont les principales activités du Comité responsable de la mobilisation sociale et de communication de la SSME ? Comment ces activités sont-elles réalisées ? Quelles sont les facilités pour réaliser ces activités ? Quelles sont les difficultés ? Quelles sont les solutions appliquées pour pallier à ces difficultés ? Quelles sont les suggestions pour améliorer la méthode de réalisation de ces activités ?
- ✦ Comment les décisions liées aux campagnes de mobilisation sociale et de communication sont-elles prises ? Quels sont les points forts de ce système de prise de décision ? Quelles sont les faiblesses de ce système ? Quelles sont les suggestions pour améliorer le système de prise de décision ?
- ✦ Comment se présente le calendrier de la préparation de la campagne de mobilisation sociale et de communication de la SSME ? Quelles sont les facilités pour respecter ce calendrier et quelles sont les difficultés rencontrées pour le respecter ? Quelles sont les solutions appliquées pour pallier à ces difficultés ? Quelles sont les suggestions pour remédier à ces difficultés ?
- ✦ Quelles sont les différentes étapes allant de la prise de décision concernant la stratégie de mobilisation sociale et de communication de la SSME pour une édition donnée jusqu'à l'achèvement de cette édition de SSME ?
- ✦ Qui sont les acteurs qui interviennent à chacune de ces étapes ? Quelles sont les tâches des différents acteurs à chacune de ces étapes ?
- ✦ Pour chaque tâche, quelles sont les facilités et quelles sont les difficultés ? Quelles sont les solutions appliquées ? Quelles sont les suggestions pour améliorer les performances ultérieures ?
- ✦ Quels sont les éléments/composantes de la stratégie nationale élaborée et préconisée pour chaque édition de SSME ?

Au niveau district,

- ✦ Pour chaque édition de SSME, quels sont les éléments/composantes de la stratégie nationale qui ont été effectivement mis en œuvre dans les districts ?
 - Activités de plaidoyer
 - Activités de formation des mobilisateurs sociaux
 - Activités de mobilisation sociale
 - Activités de sensibilisation
 - Etat de distribution des supports IEC (y compris vérification de terrain par l'observation dans les Fokontany les plus éloignés)
- ✦ Pour chaque édition de SSME, quels ont été les moyens matériels et techniques mis en œuvre pour réaliser ces différentes activités dans chaque district ? Comment ces moyens ont-ils été mis en œuvre ?
- ✦ Pour chaque édition de SSME, quels ont été les acteurs impliqués pour la mise en œuvre de ces différentes activités dans chaque district ? Quelles étaient leurs tâches respectives ?
- ✦ Quels sont les facteurs favorisant ou les facilités rencontrées pour la mise en œuvre effective des activités de mobilisation sociale au niveau des districts ?
 - Niveau budgétaire.
 - Ressources humaines.
 - Autres.
- ✦ Quelles sont les barrières ou les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre effective des activités de mobilisation sociale au niveau des districts ?
 - Niveau budgétaire.
 - Ressources humaines.
 - Autres.

Quelles sont les solutions appliquées ? Quelles sont les suggestions pour améliorer ?

- ✦ La stratégie de plaidoyer, mobilisation sociale et CCC répond-elle aux besoins et défis des districts ?
 - Quels sont les besoins de chaque district?
 - Quels sont les défis pour chaque district?
- ✦ Les activités d'IEC permettent-elles d'informer et de motiver les personnes et communautés les plus vulnérables (exclues socialement ou géographiquement) ?
 - Comment les activités IEC ont-elles été réalisées ? (sonder l'approche équité)
 - Existe-t-il un mapping ou mécanisme d'identification des Fokontany les plus vulnérables au niveau du SSD et des CSB ?
 - Est-ce que les activités d'IEC ont aussi été mises en œuvre dans les Fokontany les plus éloignés ou vulnérables ? Si oui, de quelle manière ? Si non, pourquoi ?
 - Est-ce que des activités spécifiques ont été identifiées et/ou mises en œuvre pour les Fokontany ou populations les plus vulnérables ou éloignés ? Quelles sont ces activités spécifiques ?

- ✦ Est-ce que les formations en communication interpersonnelle (CIP) tenues dans 6 districts ont permis d'améliorer la qualité des activités IEC entre les 3 dernières éditions de la SSME ? Et si oui, comment ou dans quelle mesure ?
 - Est-ce que la bache cycle de vie est disponible et est-ce qu'elle a été utilisée (par qui et comment) ?
 - Qu'est-ce que les personnes formées en CIP ont retenu de la formation ?
 - Est-ce que cette formation a changé leurs pratiques pendant les SSME ? et au quotidien ?
 - Est-ce que les Fokontany ou populations les plus vulnérables ou éloignés en ont bénéficié ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- ✦ Quelles sont les recommandations pour améliorer l'efficacité des activités IEC dans les districts ?

Au niveau des mobilisateurs sociaux,

- ✦ Quel est votre rôle dans la campagne de mobilisation sociale pour la SSME ?
- ✦ Quel est l'enjeu de votre rôle ? Quel est l'impact de votre rôle sur la participation effective des parents à la SSME ?
- ✦ Quelles sont vos motivations profondes pour participer à la mobilisation sociale pour la SSME ?
- ✦ Quelle est l'importance de la participation des parents à la SSME ?
- ✦ Quels sont les messages partagés à la population lors des campagnes de mobilisation sociale pour la SSME ?
- ✦ Comment ces messages sont-ils transmis (quels moyens, quels lieux, ...) ?
- ✦ Comment ces messages sont-ils argumentés ?
- ✦ Quels messages ou quels éléments de ces messages sont les plus efficaces pour convaincre les parents à participer à la SSME, d'après vous ? Pourquoi ?
- ✦ Quelles facilités rencontrez-vous lors de vos activités de mobilisation sociale pour la SSME ?
- ✦ Quelles difficultés rencontrez-vous et comment y palliez-vous ?
- ✦ Avez-vous bénéficié d'un renforcement de capacité en CIP pour vous aider dans vos activités de mobilisation sociale ?
 - Si oui, en quoi cette formation vous a-t-elle aidé lors de vos activités de mobilisation sociale ?
 - Si non, pensez-vous qu'une telle formation vous aidera dans la réalisation de vos activités de mobilisation sociale ? Pourquoi ?
- ✦ Quelles sont vos suggestions pour améliorer les activités de mobilisation sociale ?

Résultats des campagnes

Au niveau des parents d'enfants de 0 à 59 mois,

- ✦ Connaissez-vous ou avez-vous déjà entendu parler de la SSME ? De quoi s'agit-il ?
- ✦ Avez-vous déjà participé à une SSME ? Quand ? A quel endroit ?
- ✦ Quels services y avez-vous reçus ?
- ✦ Comment avez-vous été informé de la SSME ? (canal : média, mobilisateur social, autre à préciser)
- ✦ Quels messages avez-vous entendus à ce moment-là ?
- ✦ Quelle partie du message vous a convaincu à participer à la SSME ?
- ✦ Pour quelle raison avez-vous participé à la SSME ? Quel bénéfice en avez-vous attendu pour votre enfant ou pour vous-même ?
- ✦ Avant cette participation, avez-vous déjà entendu parler de la SSME ?
- ✦ Comment avez-vous été informé de la SSME ? Quels messages ? Pour quelle raison n'avez-vous pas participé à la SSME à ce moment-là ?
- ✦ Par quels moyens aimeriez-vous être informée de la SSME pour les campagnes futures ? Pourquoi ?
- ✦ Comptez-vous participer à la prochaine édition de SSME ? Pourquoi ?
- ✦ Quelles sont vos suggestions pour améliorer les prochaines campagnes de mobilisation sociale et de communication pour la SSME ?

Cette liste de besoins en informations n'est pas exhaustive et sera développée lors de l'élaboration des outils de collecte de données.

3.4. Plan de l'étude

L'étude est une évaluation verticale du processus et de la mise en œuvre des campagnes de mobilisation sociale et de communication et de l'impact de ces campagnes au niveau des groupes cibles. L'Évaluation étudiera ainsi les différentes composantes de la stratégie de mobilisation sociale et de communication en précisant les forces et les faiblesses de cette stratégie. Elle étudiera aussi les effets de cette stratégie et des campagnes effectivement réalisées, sur les groupes cibles en approfondissant notamment les blocages à l'adhésion aux messages émis.

L'approche qualitative est retenue pour décrire les réalités, rapporter les pratiques, détecter les forces et les faiblesses, identifier les connaissances, recueillir les suggestions et recommandations liées à la stratégie de mobilisation sociale et de communication et des campagnes lancées dans le cadre des SSME. Elle est exploratoire et explicative. En effet, elle va permettre de comprendre les écarts entre la stratégie de base et les réalisations effectives aux différents niveaux d'application et de mise en œuvre (dans les districts, dans les communes, dans les fokontany, dans les centres de santé de base). La recherche qualitative vise aussi à connaître les habitudes et comportements professionnels des agents de santé et des mobilisateurs sociaux chargés de mettre en œuvre la campagne de mobilisation sociale et de communication à la base. Elle tend aussi à découvrir les connaissances, les capacités, les compétences à renforcer concernant les soins en question, chez les agents de santé. La connaissance approfondie des sujets à évaluer ainsi qu'une bonne compréhension des différents éléments y afférents permettront d'établir les conclusions exactes et de formuler les recommandations appropriées à l'issue de l'étude.

En résumé, cette Évaluation devra permettre :

- **d'identifier les points faibles du processus et de la mise en œuvre de la stratégie de mobilisation sociale et de communication pour la SSME au niveau des différents acteurs ;**
- **d'étudier comment renforcer la mobilisation sociale jugée être capitale pour les zones enclavées ;**
- **de formuler les recommandations pour améliorer les performances ;**

- **de vérifier la pertinence et l'efficacité de la campagne de communication pour atteindre les populations cibles ;**
- **de comprendre les blocages des parents d'enfants de 0 à 59 mois dans les zones urbaines où l'exposition aux messages est théoriquement assez importante.**

3.5. Collecte de données

Les données seront recueillies par le biais : (i) d'une revue et analyse documentaires, (ii) d'interviews individuelles approfondies avec des informateurs – clés, (iii) de discussions de groupes avec les groupes cibles, (iv) de l'observation des CSB et des sites communautaires, et (v) du relevé des données SSME au niveau des districts.

3.5.1 *Revue et analyse documentaires.*

Elle consiste à relever l'ensemble des publications relatant la question des SSME à Madagascar. Un résumé des informations publiées sera rédigé avec pour but de décrire les stratégies, les différents outils utilisés lors des campagnes, les moyens utilisés pour améliorer la qualité des campagnes de mobilisation sociale et de communication (y compris les curricula de formation pour le renforcement des capacités des mobilisateurs sociaux en communication interpersonnelle et les fiches de supervision des activités de SSME), les rapports d'activité et les rapports d'évaluation liés à la SSME. Les statistiques contextuelles provenant des sources disponibles seront également intégrées à la revue documentaire.

La revue et analyse documentaires sera réalisée par le Coordinateur de l'étude à l'aide d'un questionnaire standardisé.

3.5.2 *Interviews individuelles approfondies avec des Responsables (informateurs – clés).*

Un entretien individuel sera mené avec deux ou trois membres du Comité de Mobilisation sociale pour recueillir les informations sur les stratégies, le processus et la mise en œuvre des campagnes de mobilisation sociale et de communication des SSME. Ces entretiens permettront aussi de connaître les différents acteurs et leurs attributions, le calendrier d'organisation, le contenu des plans de mobilisation sociale et de communication, le plan media, le budget, le système de supervision et le système de suivi et évaluation des campagnes.

Ces entretiens permettront aussi d'identifier les contraintes habituelles, les facilités, les problèmes rencontrés dans l'organisation et la mise en œuvre des campagnes de mobilisation sociale et de communication ainsi que les solutions appliquées.

Un entretien individuel sera également réalisé avec le Chef SSD des districts concernés par l'évaluation pour recueillir les mêmes informations à leur niveau. Au niveau de chaque district à visiter, les autres participants seront : deux (2) agents de santé, un (1) représentant de l'autorité locale, un (1) représentant des autorités religieuses locales et un (1) représentant de l'autorité traditionnelle ou Olobe.

Le recrutement sera effectué par TANDEM sur la base de l'implication effective des participants dans la vie communautaire (pour les représentants des différentes autorités) et en insistant sur une implication réelle dans la mise en œuvre et/ou la réalisation des campagnes de mobilisation sociale et de communication.

Chaque interview individuelle approfondie durera environ 60 minutes. Toutes les conditions seront réunies pour favoriser une expression sincère de leurs connaissances, idées et opinions par les participants. Les chercheurs veilleront à recueillir des informations détaillées et complètes répondant aux besoins de l'évaluation.

3.5.3 Focus group discussions avec les groupes cibles.

Des focus group discussions seront réalisés avec les mobilisateurs sociaux et les parents d'enfants de 0 à 59 mois dans les districts cibles par l'étude. Cinq focus group discussions seront réalisés dans chaque district :

- Un (1) focus group discussion avec les mobilisateurs sociaux ;
- Un (1) focus group discussion avec les parents d'enfants de 0 à 59 mois qui n'ont pas été exposés à l'information sur la SSME et qui n'ont jamais participé à une SSME;
- Un (1) focus group discussion avec les parents d'enfants de 0 à 59 mois qui ont été exposés à l'information sur la SSME, mais qui ont une faible mémorisation des messages. Ces parents ont ou n'ont pas participé à une SSME ;
- Un (1) focus group discussion avec les parents d'enfants de 0 à 59 mois qui ont été exposés à l'information sur la SSME, et qui ont mémorisé les messages. Par contre, ces parents n'ont pas été convaincus par les messages et n'ont jamais participé à la SSME.
- Un (1) focus group discussion avec les parents d'enfants de 0 à 59 mois qui ont été exposés à l'information sur la SSME, et qui ont mémorisé les messages. Ils ont été convaincus par les messages et ont participé à la SSME.

Les mobilisateurs sociaux seront réunis au niveau du CSB et les parents dans les fokontany.

La détermination des CSB et des fokontany se fera en collaboration avec le Chef SSD de chaque district. Les critères de sélection seront (i) la vulnérabilité des populations cibles (cette vulnérabilité étant amplifiée par l'enclavement géographique et médiatique des sites) et (ii) le faible taux de participation des parents d'enfants de 0 à 59 mois aux SSME dans les sites.

Les focus group discussions avec les mobilisateurs sociaux permettront de déterminer leurs connaissances en matière de SSME et en matière de communication interpersonnelle. Ils permettront aussi de savoir comment ils organisent et réalisent la mobilisation des populations locales, avec un accent sur les facilités et les difficultés rencontrées. Les points forts et les points faibles de leurs activités de mobilisation sociale seront sondés. Leurs suggestions pour améliorer leurs performances et les campagnes de mobilisation sociale seront recueillies. Le recrutement des mobilisateurs sociaux se fera en étroite collaboration avec les chefs CSB.

Les focus group discussions avec les parents d'enfants de 0 à 59 mois permettront de connaître leur exposition ou non à l'information sur les SSME, leur mémorisation ou non des messages émis lors des campagnes, leur acceptation ou non de ces messages ainsi que les facteurs favorables ou handicapants à leur participation aux SSME. Leurs suggestions pour améliorer les campagnes futures seront également recueillies. Les parents seront recrutés avec l'aide des responsables de fokontany et préalablement criblés, afin de répondre aux critères souhaités.

3.5.4 Observation des CSB et des sites communautaires.

Les différents sites utilisés lors des campagnes de mobilisation sociale et de communication de SSME seront observés afin de relever tout facteur positif ou négatif pour l'efficacité des campagnes. Ces sites qui sont les CSB et les autres sites communautaires (marchés, écoles, églises, etc.) sont ceux où sont posées les affiches et les banderoles de la SSME.

Les CSB et les fokontany sélectionnés avec l'aide du Chef SSD sont concernés par cette observation. Une fiche d'observation sera utilisée pour noter les informations recueillies et des photographies seront prises pour mieux illustrer ces informations.

3.5.5 Relevé de données SSME au niveau des districts.

Bien que l'évaluation soit qualitative, l'équipe profitera de leur présence dans les six districts pour relever les données SSME liées aux éditions précédentes (nombre d'éditions concernées à confirmer).

Ces informations indiquent le taux de participation des enfants et des mères aux différents services offerts pendant les SSME. Elles peuvent refléter ou contredire les informations qualitatives obtenues.

3.5.6 Caractéristiques de l'équipe de recherche

Les équipes de recherche seront recrutées et formées pour réaliser la collecte de données au niveau des districts sélectionnés (1 équipe pour 2 districts). Chaque équipe sera composée d'un (1) Chef d'équipe/Superviseur et de trois (3) Chercheurs. Tous les Chefs d'équipe devront avoir de bonnes connaissances en matière de SSME. Tous les Chercheurs doivent avoir participé à au moins deux études d'évaluation appliquées à la santé et être familiers avec la conduite de focus group discussion et d'interviews individuelles approfondies.

Le Chef d'équipe/Superviseur aura comme responsabilités :

- La préparation administrative et logistique ainsi que la gestion de la mission de collecte de données au niveau des districts qui ont été assignés à son équipe.
- La conduite des différentes visites de courtoisie aux autorités administratives et sanitaires concernées par la collecte de données et la demande d'autorisation auprès de ces autorités pour la réalisation de l'étude dans leur localité ou centre.
- La gestion du budget octroyé à l'équipe pour la mission et l'établissement du compte-rendu financier correspondant.
- L'encadrement, l'assistance, la supervision des prestations des chercheurs.
- La gestion des imprévus et des difficultés éventuels survenant au cours de la mission.
- Le compte-rendu régulier au Coordinateur de l'étude pendant la collecte de données et à la fin de la mission sur terrain.
- Le recrutement et le criblage des participants à l'évaluation ;
- La conduite des interviews individuelles approfondies avec les différents informateurs-clé pré identifiés ;
- La conduite des focus group discussion avec les mobilisateurs sociaux et les parents d'enfants de 0 à 59 mois ;
- L'observation des CSB et des sites communautaires ;
- La compilation des données liées aux SSME disponibles au niveau des districts.

Les Chercheurs auront comme responsabilités :

- La réalisation effective de la collecte de données, sous la conduite du Chef d'équipe :
 - Le recrutement et le criblage des participants à l'évaluation ;
 - La conduite des interviews individuelles approfondies avec les différents informateurs-clé pré identifiés ;
 - La conduite des focus group discussion avec les mobilisateurs sociaux et les parents d'enfants de 0 à 59 mois ;
 - L'observation des CSB et des sites communautaires ;
 - La compilation des données liées aux SSME disponibles au niveau des districts.
- L'assistance au Superviseur pour toutes les tâches confiées par ce dernier.

3.5.7 Pré test des outils de collecte de données.

Les guides d'interview et les guides de discussions de groupes seront préalablement testés dans des conditions similaires à l'usage prévu lors de la collecte de données. Les résultats de ce pré-test, validés par le Comité de suivi, permettront de finaliser ces outils pour optimiser la collecte de données.

3.6. Résumé de la collecte de données et organisation sur terrain

3.6.1 Résumé de la collecte de données.

Sites	Interviews individuelles approfondies	Focus group discussions	Observation	Relevé de données SSME
Par site	6 interviews	5 focus group discussions	CSB et sites communautaires	Relevé de données SSME
Antananarivo Renivohitra (Non appuyé en CIP)	Chef SSD (1 personne) Agents de santé (2 personnes) Autorité locale (1 personne) Responsable d'église (1 personne) Olobe (1 personne)	Mobilisateurs sociaux (1 groupe) Parents (4 groupes)	CSB et sites communautaires	Relevé de données SSME au niveau du SSD
Toamasina I (Non appuyé en CIP)	Chef SSD (1 personne) Agents de santé (2 personnes) Autorité locale (1 personne) Responsable d'église (1 personne) Olobe (1 personne)	Mobilisateurs sociaux (1 groupe) Parents (4 groupes)	CSB et sites communautaires	Relevé de données SSME au niveau du SSD
Mahajanga II (Non appuyé en CIP)	Chef SSD (1 personne) Agents de santé (2 personnes) Autorité locale (1 personne) Responsable d'église (1 personne) Olobe (1 personne)	Mobilisateurs sociaux (1 groupe) Parents (4 groupes)	CSB et sites communautaires	Relevé de données SSME au niveau du SSD
Ankazobe (Appuyé en CIP)	Chef SSD (1 personne) Agents de santé (2 personnes) Autorité locale (1 personne) Responsable d'église (1 personne) Olobe (1 personne)	Mobilisateurs sociaux (1 groupe) Parents (4 groupes)	CSB et sites communautaires	Relevé de données SSME au niveau du SSD
Befotaka Sud (Appuyé en CIP)	Chef SSD (1 personne) Agents de santé (2 personnes) Autorité locale (1 personne) Responsable d'église (1 personne) Olobe (1 personne)	Mobilisateurs sociaux (1 groupe) Parents (4 groupes)	CSB et sites communautaires	Relevé de données SSME au niveau du SSD
Maintirano (Appuyé en CIP)	Chef SSD (1 personne) Agents de santé (2 personnes) Autorité locale (1 personne) Responsable d'église (1 personne) Olobe (1 personne)	Mobilisateurs sociaux (1 groupe) Parents (4 groupes)	CSB et sites communautaires	Relevé de données SSME au niveau du SSD
TOTAL	36 interviews	30 focus group discussions	Observation dans 6 sites	Relevé de données SSME au niveau de 6 SSD

3.6.2 Organisation de la collecte de données par site

Trois jours par district sont prévus pour la collecte de données. Les jours de voyage sont à prévoir en sus.

Jours		Activités	Responsables
Jour 1	<i>Matinée</i>	Recrutement 6 Informateurs clés (interviews) Recrutement Mobilisateurs sociaux (1 fgd)	Chercheurs 1 à 4
	<i>Après-midi</i>	Recrutement Parents (4 fgd)	Chercheurs 1 et 4
Jour 2	<i>Matinée</i>	Interview 1 Chef SSD et relevé de données SSME Interview 1 Responsable d'église Interview 1 Autorité locale Interview 2 Agents de santé Interview 1 Olobe 1 ^{er} fgd (Parents)	Chercheur 1 Chercheur 1 Chercheur 1 Chercheur 2 Chercheur 2 Chercheurs 3 et 4
	<i>Après-midi</i>	2 ^{ème} fgd (Parents) 3 ^{ème} fgd (Parents)	Chercheurs 1 et 2 Chercheurs 3 et 4
Jour 3	<i>Matinée</i>	4 ^{ème} fgd (Parents) 5 ^{ème} fgd (Mobilisateur sociaux)	Chercheurs 1 et 2 Chercheurs 3 et 4
	<i>Après-midi</i>	Observation des CSB et sites communautaires Remerciements et visite de courtoisie	Chercheurs 1 à 4
	<i>Après-midi</i>		

3.6.3 Répartition des équipes

Trois équipes réaliseront la collecte de données. Chaque équipe visitera deux districts chacune. Chaque équipe sera composée d'un Chef d'équipe et de trois Chercheurs.

Equipes	Sites
<i>Equipe I</i>	Befotaka Sud Antananarivo Renivohitra
<i>Equipe II</i>	Mahajanga II Maintirano
<i>Equipe III</i>	Ankazobe Toamasina I

3.7. Protection des participants à l'étude

Un consentement éclairé sera obtenu de tous les participants à l'étude (Responsables sanitaires a différents niveaux, agents de santé, leaders communautaires, religieux, traditionnels, mobilisateurs sociaux et parents).

Les participants de l'étude signeront un formulaire de consentement éclairé qui explique : (i) l'objectif de l'étude ; (ii) le type de participation ; (iii) les risques et avantages liés à la participation à l'étude ; (iiii) le maintien de la confidentialité du participant ; (v) le droit de refuser de participer à l'étude sans que cela ne se répercute sur leur relation avec l'institution ou les personnes liées à la recherche ; (vi) le droit de refuser toute question lors des entretiens ; et (vii) le droit de quitter l'étude à n'importe quel moment. L'instrument sera ensuite conçu en fonction du niveau d'instruction de la population cible.

Les participants de l'étude ne seront exposés à aucun danger physique, psychologique, social ou légal pouvant provenir de leur participation. On minimisera, dans la mesure du possible, tout petit risque de stress dû à la discussion de questions délicates, aux compétences et à la sensibilité du personnel de la recherche.

En plus, les chercheurs doivent respecter la confidentialité de tous les participants. Tous les efforts seront faits pour minimiser tout risque d'une éventuelle violation de la confidentialité. La confidentialité et l'anonymat seront maintenus grâce à des procédures d'études standardisées, notamment en gardant les instruments avec les identités personnelles dans des meubles fermés à clé et en ne mettant aucune information d'identification personnelle dans les fichiers, à part les numéros des clients.

Seul le personnel autorisé de l'étude aura accès aux fiches, cassettes, transcriptions et données de l'étude. Les seules données partagées avec des personnes qui ne sont pas parmi le personnel autorisé de l'étude seront sous forme de publications et de rapports finals. Le rapport est une synthèse et ne comporte aucune information spécifique sur les clients ou les prestataires.

Questions techniques qui seront couvertes lors de la formation avec les chercheurs :

- Qu'est-ce qu'on entend par confidentialité, caractère privé et consentement (études de cas et jeux de rôle seront utilisés pour clarifier ces concepts éthiques).
- Nature volontaire de la participation aux interviews.
- Importance de toujours obtenir un consentement éclairé, signé, daté.
- Importance de garantir aux participants qu'ils ne seront pas obligés à rester dans l'étude s'ils souhaitent se retirer.

- Importance de garantir aux participants qu'ils peuvent quitter l'étude à n'importe quel moment.
- Comment suivre les procédures de l'étude pour vérifier la protection de l'information collectée auprès des participants.

4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Une liste des documents consultés et analysés sera produite à l'issue de la revue et analyse documentaires. Au cours de cette étape, les stratégies mises en œuvre au cours des 10 éditions de SSME (2006 à 2011) seront documentées puis analysées. La base commune aux stratégies ainsi que les particularités seront mises en exergue. L'analyse étudiera les motivations et justifications des différents éléments des stratégies ainsi que l'éventuel abandon de ces éléments. Une synthèse des résultats d'analyse sera fournie.

Les enregistrements audio des interviews individuelles approfondies seront transcrits. Les données seront classées par thème et interprétées pour dégager les idées principales. Une comparaison entre les textes issus des différentes interviews et discussions permettra d'obtenir toutes les idées aux différents thèmes de recherche. Enfin, l'analyse de chaque texte en intégralité permettra de comprendre sa source dans son contexte. Les résultats seront produits par thème et préciseront les groupes cibles concernés. Ils seront étoffés par les résultats des observations sur terrain. Les données recueillies dans les registres des CSB seront compilées par district.

L'analyse des données sera réalisée par TANDEM. Un rapport présentant les résultats clés et les principales recommandations sera préparé puis communiqué aux parties concernées dans le cadre d'une réunion de dissémination des résultats.

5. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

DUREE DE LA RECHERCHE : 10 SEMAINES

ACTIVITES/ SEMAINES	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
1. PHASE A : CONCEPTION ET PREPARATION DE L'ETUDE										
1.0. Soumission du dossier de recherche au Comité national d'éthique	■									
1.1. Finalisation du protocole de recherche (dont Planning, Outils de collecte de données)										
1.2. Soumission du protocole de recherche et des outils de collecte de données au Client										
1.3. Sélection et formation des chercheurs		■	■							
1.4. Pré-test des outils de collecte de données			■							
1.5. Soumission des résultats du pré-test des outils de collecte de données au Client										
1.6. Finalisation des outils de collecte de données										
1.7. Préparation administrative et logistique des terrains		■	■							
2. PHASE B : COLLECTE DES DONNEES, ANALYSE, RESULTATS ET RAPPORT										
2.1. Collecte de données sur terrain, analyse et revue de littérature.				■	■	■	■			
2.2. Rédaction du rapport préliminaire de collecte de données au Client							■	■		
2.3. Présentation des résultats.									■	
2.4. Rédaction du rapport final.									■	■
2.5. Soumission du rapport final.										■

ANNEXES 2.

Les outils

Guide de discussion avec les Mobilisateurs sociaux

Introduction

- 1. Tantarao hoe ny asanareo amin'ny maha mpanentana SSME anareo ? Hazavao.**
(Sonder : participation, durée/session, temps consacré - journée, semaine, mois- motivation)
Parlez-nous de votre travail en tant que mobilisateur SSME? Expliquez.
- 2. Inona no tena andraikitrareo anatin'ny asa fanentanana SSME ?**
(Sonder : tâches et responsabilités)
Quel est votre principal rôle dans la campagne Mobsoc SSME ? Expliquez.
- 3. Ahoana no fahatsapanareo ny lanjan'ny asanareo mihoatra ireo asa fanentanana hafa amin'ny SSME ? Hazavao.**
Dans quelle mesure votre travail de mobilisateur SSME est-il plus important ou moins important que les autres activités de sensibilisation de la SSME ? Expliquez.
- 4. Araky ny hevitrareo, inona no tena antony hiantsoana ny Ray aman-dReny handray anjara amin'ny SSME? Hazavao.**
(Sonder : Le MS est-il conscient de l'enjeu de son travail)
A votre avis, quelles sont les raisons principales de l'appel à participation des parents à la SSME ? Expliquez.
- 5. Inona avy ny hafatra mahazatra fampitanareo amin'ny Ray aman-Reny mandritry ny fanentanana SSME ? Inona no dikan'ireo hafatra ireo ?**
(Sonder : messages retenus, fréquemment utilisés, selon cibles, compréhension)
Habituellement, quels messages partagez-vous aux Parents lors des campagnes mobsoc SSME ? Que signifient ces messages ?
- 6. Ahoana no fomba fampitanareo ireo hafatra ireo ?**
(Sonder : moyens, lieux, moment, argumentaires)
Dans la pratique, de quelle manière ces messages sont-ils transmis ?
- 7. Inona avy ireo hafatra tena maharesy lahatra ny Ray aman-dReny, araka ny hevitrareo ? Fa maninona? Ahoana no hilazanao fa fa maharesy lahatra ireo hafatra ireo?**
Quels messages sont les plus efficaces pour convaincre les parents, d'après vous ? Pourquoi ?
- 8. Nahoana ireo Ray aman-dReny sasany voantanareo no tsy mety mandray anjara amin'ny SSME ? Hazavao.**
(Sonder : blocages ou raisons du manque de conviction)
Pourquoi certains parents que vous avez mobilisés ne participent pas à la SSME ? Expliquez.
- 9. Inona avy ny soso-kevitrareo handresen-dahatra ny RAD handray anjara amin'ny SSME ? Hazavao ny hevitrareo.**
Quelles sont vos suggestions pour convaincre ces parents de participer à la SSME ? Expliquez.

10. Tamin'ny asa nataonareo teo aloha, inona no hitanareo fa nanamora ny asam-panentanana ataonareo nandritry ny SSME?

(Sonder : aides techniques ou financières, résultats.)

Quelles facilités rencontrez-vous lors de vos activités mobsoc SSME ? Expliquez.

11. Tamin'ny asa nataonareo teo aloha, inona ny olana niainanareo na nosedrainareo ? Inona no vahaolana narosonareo?

Quelles difficultés rencontrez-vous régulièrement et comment y palliez-vous ?

12. Inona no mety ho nahakivy anareo tamin'ny fanatanterahana ny asam-panentanana nataonareo ? Hazavao.

Quels sont les aspects de votre travail en tant que mobilisateur social qui vous ont démotivé ou qui auraient pu vous démotiver ? Expliquez.

(Q.13 à Q.15 - QUESTIONS SPECIFIQUES POUR LES ZONES APPUYEES)

13. Inona no azonareo ambara mikasika ny fiofanana serasera mivantana amin'olona tsirairay izay voarainareo.

(Sonder : date, durée, formateurs, contenu, moyens utilisés par les formateurs, acquis)

Parlez-nous de la formation CIP que vous avez reçue.

14. Inona tamin'io fiofanana momba ny serasera mivantana amin'olona tsirairay io no tena nanampy anareo nandritry ny asam-panentanana tamin'ny SSME ? Hazavao.

En quoi cette formation CIP vous a-t-elle aidé lors de vos activités de Mobsoc ? Expliquez.

15. Ahoana ny fahitanareo ny fampiasana ilay « bâche cycle de vie » ?

Que pensez-vous de l'usage de la « bâche cycle de vie » ? Expliquez.

16. Inona no ilainareo mba handresendahatra sy hanatsarana kokoa ny vokatry ny asam-panentanana ? Hazavao.

(Sonder : BESOINS INDIVIDUELS, formations, supports, financiers, autres)

Quels sont vos besoins pour vous permettre convaincre plus et d'avoir de meilleurs résultats dans votre travail de mobilisateur social ? Expliquez.

17. Inona no soso-kevitrareo hafa hanatsarana ny asa fanentanana eto aminareo ? Hazavao.

(Sonder : BESOINS COLLECTIFS, l'organisation et la réalisation de la campagne mobsoc)

Quelles sont vos suggestions pour améliorer les activités mobsoc SSME dans votre localité ? Expliquez.

18. Inona ny soso-kevitrareo hanatrarana ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana ? Hazavao.

Quelles sont vos suggestions pour atteindre la population vulnérable/enclavée ? Expliquez.

Remerciements et conclusion

Guide de discussion

Parents EXPOSES à la MOBILISATION SOCIALE AYANT FAIBLEMENT MEMORISE NON PARTICIPANTS SSME

Introduction

- 1. Amin'ny andavan'andro, amin'ny alalan'ny inona no ahazoanareo vaovao ?**
(Sonder : mass media, hors media, moyen communautaire, autres)
Habituellement, quelles sont vos sources d'information en général ?

- 2. Raha resaka fahasalamana, amin'ny alalan'ny inona no ahafantaranareo vaovao ?**
(Sonder : mass media, hors media, moyen communautaire, autres)
Et en matière de santé, quelles sont vos sources d'information ?

- 3. Ahoana no fahitanareo ireo fomba/fitaovana fampitam-baovao ireo ?**
(Sonder : les plus ou moins familiers, les plus efficaces ou moins efficaces)
Que pensez-vous de ces moyens/supports d'information ?

- 4. Inona no fantatrareo momba ny SSME ?**
Sonder : - Les personnes concernées (cibles)
- L'offre (paquet de service), gratuité
- Les avantages et les risques
- Période, durée, lieu
Que savez-vous de la SSME ?

- 5. Ahoana ny fomba nahafantaranareo ny SSME ?**
(Sonder : canaux, supports, autre à préciser)
Comment avez-vous été informé de la SSME ?

- 6. Inona no fitaovana nahitanareo na nahenonareo mikasika ny SSME?**
(Sonder : détails du supports)
A travers quels supports avez-vous vu ou entendu parler de SSME ?

- 7. Inona ny hafatra tadidinareo tamin'izany ?**
Quels messages avez-vous retenus à ce moment-là ?

- 8. Ahoana ny hevitrareo momba ireny hafatra ireny? Fa maninona ?**
(Sonder : clairs/pas clairs, complets/incomplets, convaincants/peu convaincants)
Que pensez-vous de ces messages ? Pourquoi ?

- 9. Azo fantarina ve ny antony nahatonga anareo mbola tsy nandray anjara tamin'ny SSME hatramin'izay nisiany?**
(Sonder : Blocage à la participation)
Pour quelles raisons n'avez-vous jamais participé à la SSME ?

- 10. Inona tamin'ny hafatra hitanareo/henonareo no tsy mazava sy tsy maharesy lahatra anareo handray anjara tamin'ny SSME ? Hazavao.**
Quelles sont les messages peu clairs et peu convaincants à la participation à la SSME ? Expliquez.
- 11. Inona ny tombon-tsoa tsara asongadina indrindra handresena lahatra ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana sy ny sahirana – handray anjara @ SSME? Fa maninona ?**
Quel bénéfice pensez-vous être le plus pertinents pour convaincre la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?
- 12. Inona ny hafatra tena mandaitra aharesy lahatra ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana handray anjara tamin'ny SSME ? Fa maninona ?**
Quel message pensez-vous être le plus efficace pour convaincre la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?
- 13. Inona no fomba eritreretinareo fa tena mandaitra indrindra ampahafantarana ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana handray anjara tamin'ny SSME ? Fa maninona ?**
Quel moyen/support pensez-vous être le plus efficace pour informer la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?
- 14. Ahoana ny hevitrareo ny amin'ny mbola tokony handraisanareo anjara na tsia amin'ny SSME manaraka? Fa maninona ?**
Pourquoi pensez-vous qu'il est nécessaire ou non de participer à la prochaine édition de SSME ? Pourquoi ?
- 15. Inona avy ny soso-kevitra atolotrareo hampahomby kokoa ny fanentanana SSME amin'ny ho avy? Hazavao.**
Quelles sont vos suggestions pour rendre efficace les prochaines campagnes de mobilisation sociale et de communication pour la SSME ?
- 16. Inona ny soso-kevitrareo hafa hanatrarana ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana amin'ny fanentanana SSME ho avy?**
Quelles sont vos autres suggestions pour atteindre la population vulnérable et les cibles les plus éloignées lors des prochaines campagnes Mobsoc SSME ?

Remerciements et conclusion

Guide de discussion

Parents EXPOSES à la MOBILISATION SOCIALE PARTICIPANTS SSME

Introduction

1. **Amin'ny andavan'andro, amin'ny alalan'ny inona no ahazoanareo vaovao ?**
(Sonder : mass media, hors media, moyen communautaire, autres)
Habituellement, quelles sont vos sources d'information en général ?
2. **Raha resaka fahasalamana, amin'ny alalan'ny inona no ahafantaranareo vaovao ?**
(Sonder : mass media, hors media, moyen communautaire, autres)
Et en matière de santé, quelles sont vos sources d'information ?
3. **Ahoana no fahitanareo ireo fomba/fitaovana fampitam-baovao ireo ?**
(Sonder : les plus ou moins familiers, les plus efficaces ou moins efficaces)
Que pensez-vous de ces moyens/supports d'information ?
4. **Inona no fantatrareo momba ny SSME ?**
Sonder : - Les personnes concernées (cibles)
- L'offre (paquet de service), gratuité
- Les avantages et les risques
- Période, durée, lieu
Que savez-vous de la SSME ?
5. **Ahoana ny fomba nahafantaranareo ny SSME ?**
(Sonder : canaux, supports, autre à préciser)
Comment avez-vous été informé de la SSME ?
6. **Inona no fitaovana nahitanareo na nahenonareo mikasika ny SSME?**
(Sonder : détails du supports)
A travers quels supports avez-vous vu ou entendu parler de SSME ?
7. **Inona ny hafatra tadidinareo tamin'izany ?**
Quels messages avez-vous retenus à ce moment-là ?
8. **Ahoana ny hevitrareo momba ireny hafatra ireny? Fa maninona ?**
(Sonder : clairs/pas clairs, complets/incomplets, convaincants/peu convaincants)
Que pensez-vous de ces messages ? Pourquoi ?
9. **Tantarao aminay ny momba izay nataonareo nandritry ny SSME nisy hatramin'izay?**
(Sonder : Quand ? A quel endroit ? Services reçus ? Motivation ? Autres ?)
Parlez-nous de votre participation aux différentes éditions SSME ?
10. **Inona tamin'ireo hafatra hitanareo/henonareo no namporisika anareo handeha handray anjara amin'ny SSME ? Hazavao.**
Quelle est la contribution des messages entendus/vus dans votre participation à la SSME ? Expliquez.

11. **Inona no tena antony nahatonga anareo nandray anjara tamin'ny SSME ?**
Pour quelle principale raison avez-vous participé à la SSME ?
12. **Inona ny tombon-tsoa tsara asongadina indrindra handresena lahatra ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana sy ny sahirana – handray anjara @ SSME? Fa maninona ?**
Quel bénéfice pensez-vous être le plus pertinents pour convaincre la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?
13. **Inona ny hafatra tena mandresy lahatra ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana handray anjara @ SSME ? Fa maninona ?**
Quel message pensez-vous être le plus efficace pour convaincre la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?
14. **Inona no fomba eritreretinareo fa tena mandaitra indrindra ampahafantarana ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana ny momba ny SSME ? Fa maninona ?**
Quel moyen/support pensez-vous être le plus efficace pour informer la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?
15. **Ahoana ny hevitrareo ny amin'ny mbola tokony handraisanareo anjara na tsia amin'ny SSME manaraka? Fa maninona ?**
Pourquoi pensez-vous qu'il est nécessaire ou non de participer à la prochaine édition de SSME ? Pourquoi ?
16. **Inona avy ny soso-kevitra atolotrareo hampahomby kokoa ny serasera sy ny fanentanana SSME amin'ny ho avy? Hazavao.**
Quelles sont vos suggestions pour rendre efficace les prochaines campagnes de mobilisation sociale et de communication pour la SSME ?
17. **Inona ny soso-kevitrareo hafa hanatrarana ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana amin'ny fanentanana SSME ho avy?**
Quelles sont vos autres suggestions pour atteindre la population vulnérable et les cibles les plus éloignées lors des prochaines campagnes Mobsoc SSME ?

Remerciements et conclusion

Guide de discussion

Parents NON EXPOSES à la MOBILISATION SOCIALE

Introduction

1. **Amin'ny andavan'andro, amin'ny alalan'ny inona no ahazoanareo vaovao ?**
(Sonder : mass media, hors media, moyen communautaire, autres)
Habituellement, quelles sont vos sources d'information en général ?

2. **Raha ny resaka fahasalamana, amin'ny alalan'ny inona no ahafantaranareo vaovao ?**
(Sonder : mass media, hors media, moyen communautaire, autres)
Et en matière de santé, quelles sont vos sources d'information ?

3. **Ahoana no fahitanareo ireo fomba/fitaovana fampitam-baovao ireo ? Ahoana no fahitanareo ny anjara toeran'ireo Mpiasan'ny Fahasalamana, Mpanentana ara-pahasalamana, Manampahefana eto an-toerana eo amin'ny resaka fampahalalam-baovao ara-pahasalamana ?**
(Sonder : les plus ou moins familiers, les plus efficaces ou moins efficaces)
Que pensez-vous de ces moyens/supports d'information ? Que pensez-vous du rôle des agents de santé, des animateurs de santé et des autorités locales dans la transmission d'informations sur la santé ?

EXPLICATION DE LA SSME ET DE LA CAMPAGNE MOBSOC

➔ Ny Herinandron'ny Fahasalaman'ny Reny sy ny Zaza dia herinandro natokana hanomezana tolotra maimaimpoana mikasika ny fahasalaman'ny Reny sy ny Zaza latsaky ny dimy taona. Azo raisina eny amin'ny tobim-pahasalamana rehetra izany tolotra maimaimpoana izany. Vaksiny, vitamine A, odikankana, sns. dia anisan'ireo tolotra maimaimpoana ireo. Ny fanentanam-bahoaka dia natao hampahafantarana izany Herinandron'ny Reny sy ny Zaza izany an'ny vahoaka rehetra.

4. **Amin'ny fomba ahoana no tianareo ampahafantarana ny SSME manaraka? Nahoana?**
(Sonder : préférences et motifs)
Par quels moyens aimeriez-vous être informé(e) de la SSME pour les campagnes futures ? Pourquoi ?

5. **Inona no FOMBA eritreretinareo fa tena mandaitra indrindra ampahafantarana ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana ? Fa maninona ?**
Quel MOYEN/SUPPORT pensez-vous être le plus efficace pour informer la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?

6. **Inona ny TOMBON-TSOA TSARA ASONGADINA INDRINDRA handresena lahatra ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana sy ny sahirana – handray anjara @ SSME? Fa maninona ?**
Quel BENEFICE pensez-vous être le plus pertinent pour convaincre la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?

7. **Inona ny HAFATRA tena mandaitra aharesy lahatra ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana ? Fa maninona ?**
Quel MESSAGE pensez-vous être le plus efficace pour convaincre la population enclavée et vulnérable à propos de la SSME? Pourquoi ?

8. **Inona avy ny soso-kevitra atolotrareo hampahomby kokoa ny fanentanana SSME amin'ny ho avy? Hazavao.**
Quelles sont vos suggestions pour rendre efficace les prochaines campagnes de mobilisation sociale et de communication pour la SSME ? Expliquez.

9. **Inona ny soso-kevitrareo hafa hanatrarana ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy ny sahirana amin'ny fanentanana SSME ho avy?**
Quelles sont vos autres suggestions pour atteindre la population vulnérable et les cibles les plus éloignées lors des prochaines campagnes MobSoc SSME ?

Remerciements et conclusion

Guide d'interview approfondie Responsables et Leaders d'opinion

Introduction

- ✦ **Isaky ny fotoanan'ny SSME, inona avy ny paikady fanentanana ataonareo eto an-toerana? Hazavao.**

*Sonder : - Activités de plaidoyer
- Activités de formation des mobilisateurs sociaux
- Activités de mobilisation sociale
- Activités de sensibilisation/campagne médiatique
- Autres approches*

Pour chaque édition de SSME, quels sont les éléments/composantes de la stratégie mobsoc qui ont été effectivement mis en œuvre dans votre localité ? Expliquez.

- ✦ **Araka ny fahitanareo azy, inona avy ny paikady tena mifanaraka indrindra na tsy mifanaraka mihitsy amin'ny zava-misy eto faritra misy anareo ?**

D'après vos constats, quelles stratégies sont plus adaptées ou moins à votre localité ? Pourquoi ?

- ✦ **Araka ny fahitanareo azy, inona avy ny paikady tena mandaitra na tsy mandaitra aty amin'ny faritra misy anareo ?**

D'après vos constats, quelles stratégies sont plus efficaces ou moins dans votre localité? Pourquoi ?

- ✦ **Ahoana no fomba hampifandraisanareo ny paikady, ny filàna sy ny fanambin'ny faritra misy anareo ? Hazavao.**

Sonder : Besoins de chaque localité, défis pour chaque localité?

De quelle manière gérez-vous la cohérence entre stratégies, besoins et défis de votre localité ? Expliquez.

- ✦ **Isaky ny fotoanan'ny SSME, inona avy ny FOMBA TEKNIKA ampiasainareo hanatanterahana ireo paikady ireo ? Hazavao ny fanatanterahana azy.**

Pour chaque édition de SSME, quels sont les moyens TECHNIQUES utilisés pour réaliser ces différentes stratégies? Expliquez de quelle manière ils sont exploités.

- ✦ **Inona avy ny FITAOVANA (moyens matériels) ampiasainareo hanatanterahana ny asa ? Hazavao ny fampiasana azy.**

Quels sont les moyens MATERIELS utilisés pour réaliser les activités ? Expliquez de quelle manière ils sont exploités.

- ✦ **Ahoana ny hevitrareo mikasika fitaovam-panentanana (fitaovan-tserasera) misy ? Ahoana no fahitanareo ny mampahomby na tsia an'ireo fitaovana ireo mba handresena lahatra ny vahoaka handray ny tolotra omena mandritra ny SSME ?**

Sonder : pertinence du contenu, nombre, qualité, efficacité

Que pensez-vous des supports IEC disponibles ? Que pensez-vous de l'efficacité ou non de ces supports pour convaincre les bénéficiaires à utiliser les services offerts.

- ✦ **Isaky ny fotoanan'ny SSME, iza avy ireo mpandray anjara amin'ny fanatanterahana izany eto aminareo ? Inona avy ny andraikitr'izy ireo ?**

Pour chaque édition de SSME, quels sont habituellement les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités dans votre localité ? Quelles étaient leurs tâches respectives ?

- ✦ **Inona avy ireo tranga mampanjary sy manamora ny asa fanentanana eto aminareo?**

*Sonder : - Niveau budgétaire.
- Ressources humaines.
- Autres.*

Quels sont les facteurs favorisant ou les facilités rencontrées pour la mise en œuvre effective des activités de mobilisation sociale dans votre localité ?

- ✦ **Inona avy ireo sakana na olana mitranga amin'ny asa fanentanana eto aminareo?**

*Sonder : - Niveau budgétaire.
- Ressources humaines.
- Autres.*

Quelles sont les barrières ou les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre effective des activités de mobilisation sociale au niveau de votre localité ?

- ✦ **Inona ny vahaolana mahazatra ampiharinareo amin'izany?**

Quelles sont les solutions habituellement préconisées dans ce cas ?

- ✦ **Ahoana no fahitanareo ireo asa fanentanana natao AMPAHAFANTARANA ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy sahirana ?**

Que pensez-vous des activités IEC mises en œuvre en tant que moyens pour INFORMER la population vulnérable (exclue socialement ou géographiquement) ?

- ✦ **Ahoana no fahitanareo ireo asa fanentanana natao HANDRISIHINA ny olona mipetraka lavitra ny tobim-pahasalamana, sy sahirana ?**

Que pensez-vous des activités IEC mises en œuvre en tant que moyens pour MOTIVER la population vulnérable (exclue socialement ou géographiquement) ?

- ✦ **Ahoana ny fanatanterahana ny asa fanentanana izay natao mba tsy hanavakavahana ?**

Sonder : l'approche équité

Comment les activités IEC y sont-elles réalisées pour assurer l'équité de l'approche ?

- ✦ **Inona avy ireo fomba nampiasanareo hijerena ireo toerana lavitra ny tobim-pahasalamana, misy mponina sahirana ?**

Sonder : Mécanisme d'identification des Fkt vulnérables au niveau du SSD et CSB (mapping ?)

Quels sont les moyens que vous utilisez pour identifier les localités vulnérables ?

- ✦ **Inona avy ireo hetsika fanentanana natao teny amin'ny toerana lavitra ny tobim-pahasalamana, sy misy mponina sahirana ?**

Quelles activités IEC ont été mises en œuvre dans les Fokontany les plus éloignés ou vulnérables ? Si oui, de quelle manière ? Si non, pourquoi ?

Raha eny, ahoana ny fanatanterahana ? Raha tsia, lazao ny antony?

- ✦ **Inona avy ireo asa fanentanana natokana ho an'ireo toerana lavitra ny tobim-pahasalamana, sy misy mponina sahirana ?**

Raha eny, inona avy ary tamin'ny fomba ahoana ?

Quelles activités IEC typiques sont réalisées dans les Fokontany les plus éloignés ou vulnérables ?
Si oui, lesquelles et de quelle manière ?

- ✦ **Inona avy ny tolo-kevitrao hanatsarana ny asa fanentanana eto an-toerana?**

Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'efficacité des activités IEC dans votre localité ?

- ✦ **Inona avy ny tolo-kevitrao hanatrarana ireo toerana lavitra ny tobim-pahasalamana, sy misy mponina sahirana ?**

Quelles sont vos recommandations pour atteindre la population vulnérable et des zones éloignées (exclues socialement ou géographiquement)

Remerciement et conclusion.