

BULLETIN DE SANTÉ

Une publication du Population Reference Bureau

Numéro 2

Promouvoir des comportements sains

par Elaine M. Murphy

Population Reference Bureau

Fondé en 1929, le Population Reference Bureau est la source principale d'information objective d'actualité en matière de tendances des populations aux États-Unis et dans le reste du monde, et leurs implications. Par l'intermédiaire de ses nombreuses activités, notamment les publications, les services d'information, le soutien technique et l'organisation de séminaires et d'ateliers, le PRB constitue une source d'information pour les décideurs politiques, les éducateurs, les médias et toute personne intéressée travaillant dans divers domaines d'intérêt public dans le monde entier. Nos efforts bénéficient du soutien de contrats publics, de dons consentis par des fondations et de contributions de particuliers et d'entreprises, de même que de la vente de nos publications. La direction du PRB est assurée par un conseil d'administration représentant divers intérêts au sein des communautés sociales et professionnelles.

Le *Bulletin de santé* présente les grandes questions de la politique internationale en matière de santé sous un format d'usage facile. Cette publication est mise à la disposition des décideurs, des analystes, des chargés de programmes, des responsables des activités de promotion, des journalistes, des bibliothécaires, des enseignants et des étudiants. Le *Bulletin de santé* bénéficie du soutien d'un don au PRB de la Fondation Bill & Melinda Gates dans le but de mettre les résultats de recherches importantes à la disposition d'un plus grand nombre d'utilisateurs à l'échelle mondiale. Cette initiative comprend en outre un volet formation et Internet, ainsi que diverses activités pour le renforcement des politiques et programmes en matière de santé.

La présente publication est disponible auprès du PRB. Pour devenir membre du PRB ou commander de la documentation, veuillez contacter le PRB à l'adresse suivante : 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728 ; Tél. : 202 483-1100 ; Télécopieur : 202 328-3937 ; Courriel : popref@prb.org ; Site Internet : www.prb.org.

Citation suggérée pour tout extrait de la présente publication : Elaine M. Murphy, « Comment promouvoir des comportements sains », *Bulletin de santé* n° 2, (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2005). Pour toute reproduction d'extraits du *Bulletin de santé*, veuillez contacter le PRB à l'adresse électronique suivante : permissions@prb.org, ou à l'adresse indiquée ci-dessus.

Production/Composition : Michelle Nigh, PRB
Traduction : Pascale Ledeur-Kraus
Édition : Eriksen Translations, Inc. et Pascale De Souza
Coordination de la traduction et édition : Sara Adkins-Blanch, PRB

Crédits photo de couverture [de G à D] :
© 2001 William Mackie/CCP, courtoisie Photoshare
© 2002 Basil Tushabe/CCP, courtoisie Photoshare
© 2003 Melissa May, courtoisie Photoshare
© 2003 Manoff Group, courtoisie Photoshare

© Octobre 2005, Population Reference Bureau imprimé à l'encre de soja

Imprimé sur papier recyclé.



■ Table des matières

Comportement, santé et le millénaire	1
Comportements à risque.....	2
Des risques de santé au fardeau de la maladie.....	3
Un programme de santé plus spécifique.....	4
Comment comprendre et influencer les êtres humains	4
Modèles axés sur l'individualité.....	6
Étapes du changement.....	6
Le modèle des valeurs de la santé.....	7
Théories du comportement de santé interpersonnel.....	7
Théorie de l'apprentissage social.....	7
Modèles au niveau communautaire et modèles connexes.....	8
Mobilisation communautaire.....	8
Théories du changement organisationnel.....	10
Théorie de l'étape organisationnelle.....	10
Théorie du développement organisationnel.....	10
Théorie de la diffusion des innovations.....	10
Promotion de la santé : les outils du métier	12
Médias de masse.....	12
Marketing social.....	12
Mobilisation communautaire.....	13
Éducation sanitaire.....	14
Améliorer l'interaction entre clients et prestataires de service dans les établissements de santé.....	15
Communication et politique.....	15
Appliquer les théories et employer les outils de modification des comportements	16
Étude de cas : réduire la malnutrition.....	16
Étude de cas : lutter contre le VIH/sida.....	17
Étude de cas : réduire le fardeau du paludisme.....	19
Étude de cas : aider les enfants à survivre.....	20
Étude de cas : améliorer la santé maternelle.....	22
Étude de cas : normaliser la planification familiale.....	23
Des programmes de promotion de la santé plus efficaces	25

suite au verso

■ Table des matières (suite)

Conclusion	26
Références	27
Ressources suggérées	30
Sites Internet recommandés	30

Tableaux

Tableau 1 Principaux facteurs de risque de maladie, d'invalidité ou de décès	2
Tableau 2 Principales maladies, invalidités ou causes de décès	3
Tableau 3 Les objectifs du Millénaire pour le développement et les principaux objectifs pour 2015.....	4
Tableau 4 Une perspective écologique : les niveaux d'influence	5
Tableau 5 Résumé de théories choisies sur la modification des comportements	9

Encadrés

Encadré 1 Modifier les comportements de santé.....	5
Encadré 2 Mobiliser une communauté nationale ou internationale	8
Encadré 3 La culture comme point fort.....	12
Encadré 4 Déviants et pairs	13
Encadré 5 Le pouvoir de l'information	14
Encadré 6 L'exemple positif de l'industrie	16
Encadré 7 Modifier le paradigme de la planification familiale.....	24

Promouvoir des comportements sains

La santé est un état de bien-être physique, psychologique et social total et non la seule absence de toute maladie ou infirmité.

— Organisation mondiale de la Santé, 1948

Comportement, santé et le millénaire

À la fin des années 1970, les dirigeants internationaux du secteur de la santé se sont réunis pour déterminer l'état de la santé dans le monde en l'an 2000. Leur boule de cristal a révélé bien des améliorations et des populations pour l'essentiel en bonne santé sur l'ensemble de la planète.¹ Avec le recul, leur optimisme semble compréhensible. En un peu plus de 25 ans, depuis le milieu du XX^e siècle, les efforts réalisés à l'échelle mondiale pour améliorer la santé publique ont remporté des succès remarquables, endiguant les maladies et éliminant même la variole, l'un des plus grands fléaux sanitaires de notre monde. Les taux de mortalité infantile et enfantine ont chuté dans le sillage des campagnes massives de vaccination, des suppléments alimentaires et de nouveaux traitements contre les maladies courantes. L'avènement des antibiotiques a permis de sauver des millions de vies. L'espérance de vie a enregistré une augmentation spectaculaire tant dans les pays industrialisés que dans le monde en développement. Les professionnels de la santé espéraient qu'en faisant preuve d'une volonté politique et en disposant de ressources suffisantes, un effort concerté d'extension de ces interventions et d'autres activités tout aussi efficaces à l'échelle de la planète permettraient de faire de cette vision idéale une réalité d'ici le début du XXI^e siècle.

Mais les boules de cristal ne sont pas toujours fiables. De nos jours, malgré les progrès réalisés, des milliards de personnes dans le monde continuent à vivre dans des conditions de santé marginales. Le sida a éliminé les progrès réalisés en matière de survie infantile et d'espérance de vie dans certaines régions de l'Afrique.² Les conflits armés sont directement responsables de millions de morts et des millions d'enfants de plus succombent à la malnutrition et à la maladie.³ Dans certains pays, les taux de vaccination ont diminué de manière considérable.⁴ La résistance croissante aux antibiotiques a réduit leur effet presque magique des premiers jours. Le paludisme et la tuberculose demeurent des fléaux importants dans les pays pauvres ; dans les pays plus aisés, l'obésité contribue aux taux élevés de maladies cardiaques, de diabète et de cancer.

Avec le niveau d'appréciation de la technologie dont ils disposaient, les dirigeants du secteur de la santé des années 1970 auraient sans doute eu du mal à imaginer le rôle primordial du comportement humain dans l'échec de la réalisation de l'objectif de la santé universelle d'ici l'an 2000 : le taux de mortalité et de maladie attribuable à des causes évitables demeure élevé. Bien que les virus, les bactéries et autres pathogènes, les facteurs congénitaux et génétiques contribuent à bon nombre des problèmes de santé les plus pressants aujourd'hui, il est impossible de les résoudre par la seule application de solutions techniques comme les vaccins, une nouvelle génération d'antibiotiques ou une thérapie génique.⁵ Le comportement humain demeure un facteur

L'auteur

Elaine M. Murphy est professeur de santé mondiale à la George Washington University School of Public Health and Health Services à Washington, D.C. Elle a 30 ans d'expérience dans le domaine de la promotion de la santé, axée sur la démographie, la santé de la reproduction, les interactions entre client et prestataire de services, les droits de l'homme et la parité homme-femme. Elle est l'auteur de nombreuses publications sur toutes ces questions et a travaillé auparavant pour PATH, le Population Reference Bureau et l'Agence des États-Unis pour le développement international.

Le présent numéro du *Bulletin de santé* est dédié à la mémoire de Everett M. Rogers, un pionnier dans le domaine de la modification du comportement et l'auteur de l'ouvrage *Diffusion of Innovations*, qui nous a quitté en octobre 2004. L'auteur tient à exprimer toute sa gratitude à Lori Ashford, Dara Carr, Yvette Collymore, Kristina Gryboski, Joan Haffey, Carl Haub, Tom Merrick, Asha Mohamud, Gordon Perkin, Arvind Singhal, et Nancy Yinger pour leur lecture attentive et de leurs conseils éclairés, et à Susan Zimicki pour ses contributions au niveau de la formulation du rapport.

essentiel de détermination de la santé. Il est facile de voir l'impact d'actes individuels tels que les pratiques sexuelles à risque, le tabagisme ou la non-vaccination des enfants. Cependant, il convient également de prendre en considération certains comportements importants pour la santé : les décisions des décideurs politiques de résoudre ou de ne pas résoudre (voire d'augmenter) le problème de la pauvreté de leurs administrés, le caractère adéquat ou par trop restreint des affectations par les décideurs budgétaires pour les traitements préventifs ou curatifs, les pratiques adoptées par le personnel de santé qui traite les clients avec courtoisie ou grossièreté, la mise en application de programmes de santé bien ou mal conçus et enfin, les décisions de nombreuses personnes en dehors du secteur de la santé concernant notamment l'alimentation en eau potable et des services d'hygiène adéquats, ou la construction et l'entretien des infrastructures routières.

Ce numéro du *Bulletin de santé* examine le rôle crucial du comportement humain dans les principales causes de décès et d'invalidité, et la prévention ou l'atténuation de ces facteurs. Il décrit les modèles basés sur la recherche employés par les spécialistes du comportement pour comprendre et influencer les comportements affectant la santé, ainsi que toute une série d'instruments efficaces au service des programmes de promotion de la santé. Par ailleurs, en présentant une série d'études de cas couronnées de succès et des enseignements tirés, ce Bulletin cherche à aider les spécialistes de la santé publique et divers autres professionnels à mieux intégrer les stratégies de modification des comportements à tous les niveaux de leurs politiques et programmes.

Comportements à risque

Le lien entre comportement et santé ressort d'autant plus clairement lorsque l'on examine les dix principaux facteurs de risque identifiés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les décès et les maladies évitables à l'échelle mondiale : insuffisance pondérale de la mère et de l'enfant, pratiques sexuelles à risque, hypertension, tabagisme, alcoolisme, insuffisance des ressources en eau potable, services d'hygiène et d'assainissement inadéquats, niveaux élevés de cholestérol, fumée émanant des combustibles solides à l'intérieur des foyers, carence en fer, et indice élevé de masse corporelle (IMC), ou surcharge pondérale. Selon l'OMS, quarante pour cent des décès à l'échelle mondiale sont attribuables à l'un de ces dix facteurs.⁶ L'espérance de vie pourrait augmenter de cinq à dix ans si ces risques et d'autres pouvaient être réduits par des décisions plus saines, qu'elles soient prises par les individus, les communautés, les systèmes de santé ou les gouvernements.

Il convient de noter que deux des facteurs de risque inclus sur la liste des dix principaux concernent les deux extrêmes du spectre nutritionnel, c'est-à-dire l'insuffisance pondérale et la surcharge pondérale (voir le tableau 1). L'obésité est le fléau des populations des pays plus avancés et des groupes démographiques les plus aisés ou à revenu intermédiaire des pays pauvres. La relation en termes de comportement ne saurait être plus évidente. Des régimes à forte teneur en matières grasses, en sodium et en sucre et à faible teneur en fruits et en légumes, associés à une forte sédentarité, sont la cause de proportions inquiétantes de personnes obèses, et de taux tout aussi impressionnants de diabète, de cardiopathies ischémiques, d'hypertension et d'accidents vasculaires cérébraux. L'obésité sera responsable de cinq millions de décès par an d'ici 2020, contre trois millions par an aujourd'hui. D'un autre côté, l'insuffisance pondérale représente un facteur de risque considérable dans les pays démunis. La malnutrition infantile, qui fait aujourd'hui plus de 130 millions de victimes chaque année, diminue peu à peu grâce aux interventions dans le domaine de la santé publique, mais l'on prévoit malgré tout 110 millions de morts en 2020.⁷

Dans la mesure où la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et diverses autres différences sont les causes sous-jacentes de la malnutrition, la résolution de ce problème de santé exige une modification des comportements à plusieurs niveaux. À titre d'exemple, les décisions prises par les dirigeants politiques et du développement (aux niveaux international, national et local) entraînent souvent la pauvreté ou son aggravation. C'est ce que Paul Farmer appelle la « violence structurelle », et il mentionne notamment

Tableau 1

Principaux facteurs de risque de maladie, d'invalidité ou de décès

Pays les plus pauvres	Pays développés
1. Insuffisance pondérale	1. Tabagisme
2. Pratiques sexuelles à risque	2. Hypertension
3. Eau non potable, manque d'hygiène	3. Alcool
4. Pollution intérieure due aux combustibles solides	4. Taux élevé de cholestérol
5. Carence en zinc	5. Fort indice de masse corporelle
6. Carence en fer	6. Faible consommation de fruits et légumes
7. Carence en vitamine A	7. Manque d'activité physique
8. Hypertension	8. Drogues illicites
9. Tabagisme	9. Comportements sexuels à risque
10. Taux élevé de cholestérol	10. Carence en fer

Source : M. Ezzati et al., « Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease », *The Lancet* 360, no 9343 (2002) : 1347-60.

l'exemple des barrages hydroélectriques qui répondent aux besoins en électricité de l'agro-industrie, des secteurs industriels et des élites mais qui inondent les terres cultivées des plus démunis et exacerbent la pauvreté et la faim.⁸ Les normes inégales entre les hommes et les femmes signifient que les femmes et les fillettes des groupes plus pauvres consomment moins d'aliments nutritifs.⁹ La discrimination fait que certains groupes sont mal servis, voire totalement ignorés par les programmes de santé et de nutrition.¹⁰ Qui plus est, le système de santé identifie rarement la malnutrition ou la passe simplement sous silence. Pour de nombreuses femmes enceintes pauvres, la consommation d'œufs est « taboue » ; des programmes de nutrition prenant en considération les pratiques culturelles pourraient renforcer l'acceptation de cette source de protéines. L'allaitement au sein, de préférence de nature exclusive pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant, est de loin la meilleure source de nutrition et d'immunisation contre les maladies infantiles mais elle exige une promotion particulièrement énergique pour contrer des années de déclin et de promotion commerciale du lait maternisé. Et de nos jours, dans la mesure où le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par le biais du lait maternel, les femmes ont besoin plus que jamais de conseils précis sur l'allaitement.

Outre la malnutrition, d'autres grands facteurs de risque exigent une modification des comportements. La consommation d'alcool est le troisième principal facteur de risque dans les régions développées et elle représente un problème de plus en plus important dans les pays pauvres. Le tabagisme représente un facteur de risque majeur dans le monde entier. Selon l'OMS, si les tendances actuelles se poursuivent, la consommation de tabac sera responsable de neuf millions de décès en 2020, contre cinq millions aujourd'hui. Les comportements sexuels à risque (c'est à dire le manque de protection contre les infections ou les grossesses non souhaitées) figurent parmi les dix principaux facteurs de risque des pays pauvres comme des pays riches. Chez les nantis tout comme chez les plus démunis, les pratiques sexuelles sont un élément du comportement et la promotion de comportements sexuels moins risqués constitue un impératif en matière de santé publique mondiale.

Des risques de santé au fardeau de la maladie

Les facteurs de risque se traduisent par la maladie, l'invalidité et la mort, ce que la communauté mondiale de la santé appelle de manière collective le « fardeau de la maladie » (voir le tableau 2). Le ciblage de comportements à risque au lieu de maladies spécifiques est une approche

Tableau 2

Principales maladies, invalidités ou causes de décès

Pays les plus pauvres	Pays développés
1. Insuffisance pondérale	1. Tabagisme
2. VIH/sida	2. Maladies cardiaques ischémiques
3. Infections des voies respiratoires inférieures	3. Troubles dépressifs unipolaires
4. Conditions périnatales, maladies cérébrovasculaires et diarrhéiques	4. Troubles liés à l'alcoolisme
5. Paludisme	5. Perte de l'ouïe déclenchée à l'âge adulte
6. Conditions entourant la maternité	6. Obstruction pulmonaire chronique
7. Troubles dépressifs unipolaires	7. Accidents de la route
8. Maladies cardiaques ischémiques	8. Cancers de la trachée, des bronches et des poumons
9. Rougeole	9. Alzheimer et autres formes de démence
10. Tuberculose	10. Blessures auto-infligées

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Global Burden of Disease in 2002: Data Source, Methods and Results* (2003).

qui s'est révélée rentable, car un facteur de risque peut provoquer ou aggraver plusieurs maladies. Le tabagisme, par exemple, cause ou contribue aux problèmes suivants : cancer du poumon, maladies cardiaques ischémiques, diabète et maladies cérébrovasculaires. La dénutrition est l'une des causes sous-jacentes de maladies provoquant environ 60 % de la mortalité infantile.¹¹ Les pratiques sexuelles risquées, qui représentent le deuxième principal facteur de risque dans les pays pauvres, peuvent donner lieu au VIH/sida, à d'autres infections sexuellement transmises, au cancer du col de l'utérus, à des grossesses non souhaitées et à des avortements à risque. L'abus d'alcool contribue aux lésions cérébrales, y compris le syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool, la cirrhose et le cancer du foie, de même que les décès et les lésions dus à la violence et aux accidents. En effet, dans de nombreux pays en développement, les erreurs du conducteur sont la cause principale des accidents de la route, une source croissante de décès et d'invalidité.¹² Selon le directeur du Programme mondial de l'OMS intitulé *Global Program on Evidence for Health Policy*, « nous devons parvenir à un meilleur équilibre à l'échelle mondiale entre la prévention des maladies et le simple traitement de leurs conséquences. Ceci exige une action concertée permettant d'identifier et de réduire les principaux risques pour la santé ».¹³

Si l'on examine exclusivement les causes directes des décès, le comportement joue un rôle de premier plan. *Le Rapport sur la santé dans le monde de 2000* classe les causes des décès à l'échelle mondiale en trois catégories.¹⁴ La plus importante, et de loin, avec 60 % des décès, concerne les maladies non contagieuses, avec le plus grand nombre de morts attribuables aux maladies cardiovasculaires. Plus de 30 % des

décès à l'échelle mondiale sont dus aux maladies contagieuses, aux conditions maternelles et périnatales et aux carences nutritionnelles. Les 10 % restants sont les décès des suites de blessures. Cependant, dans les pays pauvres, les différences de cet ordre sont des plus éloquentes : les maladies contagieuses, les conditions maternelles et périnatales, ainsi que les carences nutritionnelles sont les principales causes de décès, suivies des blessures et des maladies non contagieuses. Mais dans quelque pays que ce soit, une modification des comportements permettrait de réduire de manière significative l'exposition à ces problèmes ou une fois exposés, en atténuerait les conséquences grâce à un traitement précoce.

Tableau 3

Les objectifs du Millénaire pour le développement et les principaux objectifs pour 2015

Objectif 1. Éradication de la pauvreté extrême et de la faim : Réduire de moitié la proportion de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour en 1990 ; réduire de moitié la proportion de personnes souffrant de la faim.

Objectif 2. Parvenir à l'éducation primaire universelle : S'assurer que tous les enfants, garçons et filles, terminent leurs études primaires.

Objectif 3. Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes : Éliminer la disparité entre les sexes au niveau de l'éducation primaire et secondaire, de préférence d'ici 2005, et à tous les niveaux d'ici 2015.

Objectif 4. Réduire la mortalité infantile : Réduire des deux-tiers le taux de mortalité infantile des enfants de moins de cinq ans.

Objectif 5. Améliorer la santé maternelle : Réduire des trois-quarts le ratio de mortalité maternelle.

Objectif 6. Lutter contre le VIH/sida, le paludisme et diverses autres maladies : Mettre un terme à la propagation du VIH/sida et commencer à inverser les tendances ; mettre un terme à l'incidence du paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser les tendances.

Objectif 7. Garantir la pérennité de l'environnement : Intégrer les principes de la pérennité du développement dans les stratégies et les programmes nationaux et inverser les pertes subies par les ressources environnementales ; réduire de moitié le nombre de personnes n'ayant pas un accès viable à de l'eau potable ; améliorer de manière significative les conditions de vie d'au moins 100 millions de personnes vivant dans des taudis d'ici 2020.

Objectif 8. Élaborer un partenariat mondial au service du développement : Développer plus avant un système ouvert (et non discriminatoire) d'échanges commerciaux et financiers ; prendre un engagement en termes de bonne gouvernance, de développement et de réduction de la pauvreté, au niveau national comme au niveau international ; répondre aux besoins des pays les moins avancés, avec notamment un accès offert sans quotas à leurs exportations et un allègement plus poussé de leur dette ; créer des emplois décents et productifs pour la jeunesse ; en coopération avec les sociétés pharmaceutiques, offrir un accès aux médicaments essentiels à des prix raisonnables ; rendre disponibles les avantages des nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et des communications.

Source : *Objectifs du millénaire pour le développement*, Nations Unies (OMD), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.un.org/millenniumgoals, le 26 mars 2005.

Un programme de santé plus spécifique

Dans la promotion des comportements sains, une autre question se pose : comment faire face aux menaces sanitaires alors qu'elles sont si nombreuses dans le monde entier ? La réponse consiste à adopter une démarche plus spécifique et plus efficace. Le projet des Priorités de lutte contre les maladies (*Disease Control Priorities Project*), initiative mondiale, permet aux responsables de la planification sanitaire de concentrer leurs ressources là où elles sont le plus nécessaires, dans les pays en développement.¹⁵ Une autre initiative se fonde sur le consensus des dirigeants du monde entier, réunis en septembre 2000, lors du Sommet du millénaire, qui a dégagé huit objectifs de développement du millénaire (ODM). En collaboration avec la Banque mondiale et d'autres agences de l'ONU, le Programme des Nations Unies pour le développement pilote, cet effort de réduction de la pauvreté et de la faim appuie le développement durable et aborde les plus grands problèmes de santé de notre planète. Une ou plusieurs cibles ont été fixées pour chaque but, la plupart pour 2015 (voir le tableau 3).¹⁶ L'accomplissement des priorités en matière de lutte contre les maladies dans les pays en développement et de la pluralité de MGD sera tributaire de la modification des comportements non seulement des individus, mais également des dirigeants communautaires, des responsables de la santé et des décideurs des politiques sanitaires.¹⁷

Mais une question perdure : peut-on influencer suffisamment les comportements pour atteindre ces objectifs ? Selon la science du comportement, nous le pouvons et celle-ci offre des théories fondées sur les résultats concernant la modification du comportement.

Comment comprendre et influencer les êtres humains

À l'évidence, le comportement humain est complexe et dépasse souvent la simple compréhension. Tout au long de l'histoire, les meilleurs auteurs ont tenté d'élucider la complexité des êtres humains et ont en effet consacré leur mystère et leur imprévisibilité. Par exemple, E.M. Forster, définit le roman tridimensionnel, le plus digne d'éloge, comme étant celui dont les personnages sont en mesure de surprendre le lecteur.¹⁸

Si le comportement humain était simple à comprendre, la grande littérature n'existerait pas, ni le suspense des questions politiques, ni d'ailleurs le marché boursier. Il serait très facile d'œuvrer à la modification des comportements ayant trait à la santé. Toutefois, chaque être humain est unique en son genre et les comportements sont multidimensionnels. Les êtres varient au sein d'un même groupe et les groupes sont parfaitement distincts les

uns des autres. Certains comportements défient toute explication. Parallèlement, la quête menant à une meilleure compréhension du comportement humain ne nous échappe pas totalement. La recherche a décelé plusieurs « leviers » qui amènent les êtres humains à agir.

La présente section passe en revue plusieurs théories de modification des comportements empruntées aux behavioristes qui permettent d'expliquer et d'influencer les comportements de santé des individus et des groupes sociaux.¹⁹ La théorie est importante car elle va au-delà de la simple explication des actions ou de l'inaction d'individus *spécifiques* pour fournir une base unifiée permettant de comprendre, de prévoir dans la mesure du possible et d'influer sur le comportement humain *en général*. Les théories se divisent en catégories selon le site souhaité du changement. En réalité, il serait artificiel et impossible d'analyser les comportements des individus sans tenir compte du contexte social dans lequel ils vivent, ou encore d'analyser le comportement d'un groupe sans soulever les différences entre les particuliers qui le composent. Toutefois, les concepteurs d'interventions sont souvent plus satisfaits d'une théorie ou d'une autre, ou d'un ensemble de théories, ou bien encore ils estiment qu'elles sont mieux adaptées à leurs besoins.

Auparavant, la tâche consistant à modifier un comportement ayant trait à la santé semblait n'être qu'une question de transmission de messages de santé, par exemple : « Allaites votre nouveau-né ! » ou « Utilisez des préservatifs », destinés à ceux qui semblaient en avoir besoin, bref, une démarche de communication unidirectionnelle. Aujourd'hui, tout bon programme de promotion de la santé ne s'appuie plus sur une exhortation unique, par le biais de brochures, affiches ou émissions de radio. Ces programmes englobent une recherche exhaustive concernant les publics pertinents, le renforcement des compétences, l'instruction et la promotion multivoies par le biais de personnalités influentes, le développement de politiques, la mobilisation communautaire et les changements organisationnels, économiques et environnementaux (voir l'encadré 1). Cette démarche constate que les êtres humains vivent dans une « écologie sociale » dynamique, tout autant que physique.

Les théories décrites ci-dessous s'inscrivent dans une perspective écologique qui recouvre deux idées essentielles permettant de guider les interventions de santé.²⁰ Premièrement, les comportements liés à la santé sont affectés par, et affectent, *plusieurs niveaux d'influence* : des facteurs intrapersonnels ou individuels, des facteurs interpersonnels, des facteurs institutionnels ou organisationnels, des facteurs communautaires et des facteurs de politique publique (voir le tableau 4). Par exemple : un jeune homme envisage la

pratique de relations sexuelles protégées ou de l'abstinence car il a suivi des cours sur le sida et souhaite se protéger du VIH. Toutefois, il est peu motivé car ses amis ne croient pas qu'il y ait danger et se moquent de l'abstinence ou de l'utilisation de préservatifs. Les normes communautaires pour les hommes encouragent la fréquentation de plusieurs partenaires. En outre, les dispensaires ont refusé toute consultation la seule fois où il a tenté d'obtenir des préservatifs. Les taxes dou-

Encadré 1

Modifier les comportements de santé

Le succès des initiatives pour l'amélioration des conditions de santé dépend avant tout des efforts spécifiques réalisés pour promouvoir des comportements appropriés, et non pas seulement de l'introduction de nouveaux médicaments ou de nouvelles technologies. Dans certains des villages les plus isolés et les plus démunis de l'Afrique, par exemple, les familles ont appris à filtrer l'eau qu'elles utilisent pour se protéger contre la dracunculose ou infestation par le ver de Guinée. Au Bangladesh, les mères ont appris comment ajouter une simple solution de sel et de sucre à de l'eau propre pour éviter la mortalité infantile due à la déshydratation causée par les maladies diarrhéiques, et elles transmettent ces connaissances à leurs filles. Et en Pologne, qui avait le plus fort taux de consommation de cigarettes au monde avant 1990, les taux de tabagisme ont chuté en flèche grâce à la combinaison d'une taxe, de campagnes d'éducation de santé et de restrictions juridiques imposées à la consommation de tabac, sa vente et sa promotion publicitaire.

Source : Ruth Levine et al., eds., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Washington, DC : Center for Global Development, 2004) : 5.

Tableau 4

Une perspective écologique : les niveaux d'influence

Facteur	Définition
Facteurs individuels	Caractéristiques individuelles qui influencent le comportement, notamment les connaissances, les attitudes, les croyances et la personnalité.
Facteurs interpersonnels	Processus interpersonnels et groupes fondamentaux, notamment la famille, les amis et les pairs qui fournissent une identité sociale, un soutien et une définition des rôles.
Facteurs institutionnels	Règles, règlements, politiques et structures informelles susceptibles de limiter ou d'encourager les comportements recommandés.
Facteurs communautaires	Réseaux sociaux et normes existant formellement ou informellement chez les individus, et au sein des groupes ou des organisations.
Facteurs liés aux politiques publiques	Politiques et lois au niveau local, étatique ou fédéral qui régissent ou appuient les mesures et pratiques encourageant la prévention des maladies, leur détection précoce, leur maîtrise et leur traitement.

Source : Adapté du National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (2003).

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

L'auteur américain Mark Twain a un jour déclaré : « Arrêter de fumer, ce n'est pas compliqué. Je l'ai fait mille fois ». Une intervention sanitaire efficace aide les gens à arrêter de fumer pour de bon.

nières appliquées aux préservatifs importés les rendent trop onéreux pour lui et les règlements scolaires interdisent la distribution de préservatifs aux élèves.

La deuxième idée essentielle reconnaît la *causalité réciproque* entre les personnes et leurs environnements : le comportement influe et est influencé par l'environnement social dans lequel il se produit. Dans l'exemple ci-dessus, le jeune homme fait partie d'un groupe d'éducation de ses pairs qui s'efforce de protéger les jeunes et de recruter davantage de membres. Le groupe organise une grande manifestation et bénéficie d'une large couverture médiatique. Les parents, les enseignants et un nombre croissant de décideurs s'inquiètent de la vulnérabilité des jeunes et il s'en suit (avec quelques difficultés, certes) que les écoles et autres points de contact offrent des cours d'éducation sexuelle et des préservatifs gratuits ou peu onéreux.

Modèles axés sur l'individualité

Les théoriciens axés sur les personnes individuelles constatent que le comportement d'une personne ne se produit pas en vase clos et qu'il est influencé par son contexte (voir le tableau 5, page 9 : récapitulatifs des théories choisies sur la modification du comportement). Leurs modèles mettent en relation la réceptivité de la personne et sa capacité d'endosser des comportements plus sains avec ses caractéristiques : niveau de connaissances, compétences, perceptions, valeurs, principes, motivation, niveau d'auto efficacité (« puis-je faire ceci ou cela ? ») et estime de soi (« est-ce que je mérite d'être en bonne santé ? »), de même que le besoin d'obtenir l'approbation d'autrui. Les traits de la personnalité (par exemple la timidité ou la témérité) et les

facteurs génétiques (par exemple la prédisposition à la dépression ou à l'alcoolisme) sont également importants.

De fait, l'individu est l'unité la plus fondamentale de la promotion de la santé. Tous les niveaux (groupes, organisations, communautés et nations) se composent d'individus. Celui-ci peut être influencé afin de prendre des décisions dans sa vie personnelle. Mais le fait d'influer sur d'autres personnes, qui dirigent des pays, gèrent des organisations, influencent leurs égaux, élèvent les enfants et élaborent des politiques sur la santé, signifie également influencer autrui. Au niveau pratique, un fort pourcentage des professionnels de la santé se penche longuement sur les personnes individuelles, en rencontre face à face, notamment lors de consultations-conseil ou pour donner des instructions à leurs clients. Les documents didactiques, par exemple les brochures et les affiches dans les dispensaires, sont destinés aux particuliers ; les médias touchent de nombreuses personnes en même temps. Ainsi, même si la focalisation exclusive sur la personne, qui reste le mode par défaut dans bien des endroits, est inadéquate pour produire une modification du comportement généralisée et durable, il conviendrait que les modèles individualisés tels que les modèles Étapes du changement et Valeurs de la santé fassent partie, ou du moins, soient dans le droit fil des théories et des démarches de plus grande envergure.

Étapes du changement

Le modèle des Étapes du changement²¹ découle des interventions de la lutte contre le tabagisme et le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme aux États-Unis, mais le modèle a également été appliqué à toute une gamme d'autres comportements de la santé. Le principe de base ? La modification du comportement est un comportement et non pas une manifestation et les individus se situent à différents niveaux de motivation, de réceptivité par rapport au changement. Les êtres humains, à différentes étapes du processus de changement, peuvent tirer parti de différentes interventions, concordant avec leur étape au moment en question.

Cinq étapes distinctes sont identifiées dans le modèle des Étapes du changement : pré-prévision, prévision, décision/conclusion, action et maintien. Bien que ces étapes soient indiquées dans l'ordre, elles ne se produisent pas forcément dans cet ordre. Il est important de noter qu'il s'agit là d'un modèle circulaire et non pas linéaire. Les individus ne doivent pas nécessairement passer par chaque étape et ils peuvent entrer et sortir à n'importe quel moment, et d'ailleurs ils retournent souvent aux étapes antérieures.

Pour en revenir à ses origines, le modèle des Étapes du changement peut permettre d'expliquer

pourquoi les employés qui fument ne participent pas nécessairement aux séminaires de lutte contre le tabagisme offerts par leurs employeurs. À partir de ce modèle, les professionnels de la santé peuvent mettre au point un programme de lutte contre le tabagisme qui touchera les fumeurs à différentes étapes de leur processus de changement. Bien que le rapport entre le tabagisme et les problèmes de santé soit bien connu dans les pays industrialisés, il est moins bien compris dans les pays en développement où les sociétés de tabac américaines commercialisent activement leurs cigarettes. Les fumeurs à cette première étape, non avertis du risque ou de sa pertinence pour eux, ont besoin de recevoir de l'information et de voir le risque personnalisé pour eux. D'autres ont besoin d'aide pour passer de la prévision du changement à l'intention de cesser de fumer. Ceux qui ont pris la décision d'arrêter de fumer seront plus utilement aidés s'ils peuvent dresser un plan d'action concret, pas à pas, qui inclut la cessation de certaines habitudes, par exemple la cigarette après le repas ou la fréquentation d'établissements enfumés. Ceux qui ont sauté le pas ont besoin de renforcement positif et d'un appui social. Pour maintenir leur comportement de non-fumeur, il leur faut un renfort intermittent de la part de professionnels ou d'amis non-fumeurs, ainsi que l'évitement constant des facteurs associés aux rechutes. Cela est plus facile en présence de lois interdisant le tabagisme au travail et dans les endroits publics. Celui qui rechute revient à une étape antérieure et doit bénéficier d'une assistance appropriée.

Le modèle des valeurs de la santé

Présenté dans les années 1950 par des psychologues du Service de la santé publique aux États-Unis, le modèle des valeurs de la santé est l'un des cadres conceptuels les plus connus du comportement de santé.²² Ces psychologues souhaitaient accroître le recours aux services de dépistage et de prévention, tels que les vaccinations et les radios des poumons contre la tuberculose. Selon leur théorie, les gens veulent éviter les maladies graves et les comportements ayant trait à la santé reflètent le niveau de menace perçue de même que le potentiel escompté de réduction de l'inquiétude de la personne en question la menant à agir. La perception des avantages de la modification du comportement, à savoir s'ils surpassent les obstacles pratiques et psychologiques, est comprise dans le calcul. Bref, l'individu procède à une évaluation interne des avantages nets de la modification de son comportement et décide d'agir ou pas.

Ce modèle des valeurs de la santé identifie quatre aspects de cette évaluation : vulnérabilité à la maladie (perception du risque), gravité perçue de la maladie, avantages perçus d'une modifi-

cation du comportement et entraves perçues à l'action. Le concept de l'auto-efficacité a été ajouté ultérieurement. La somme idoine des perceptions donne l'aperceptivité de la personne à agir. Les messages de promotion de la santé, par les médias, l'éducation par les contacts entre pairs, et autres interventions, constituent des incitations à l'action, traduisant cette aperceptivité en un comportement manifeste. Ces indices sont souvent nécessaires pour surmonter les comportements malsains habituels, par exemple le refus du port de la ceinture de sécurité, la consommation d'aliments à haute teneur en matières grasses ou le tabagisme. Le modèle des valeurs de la santé peut également aider à identifier les « points sensibles » qui permettront une modification du comportement. Un fumeur qui se croit incapable de combattre cette habitude par lui-même peut recevoir des renseignements spécifiques sur des façons efficaces d'arrêter de fumer et être encouragé à s'inscrire à un programme d'appui.

Théories du comportement de santé interpersonnel

Les environnements interpersonnels sont importants. Les comportements, les idées, les conseils, l'assistance ou son absence, le soutien affectif ou le sabotage jouent un rôle important dans les comportements ayant trait à la santé. Le cercle d'influence comprend les proches d'une personne, par exemple sa famille, ses amis et autres pairs, mais le cercle peut être élargi et inclure les collègues, les professionnels de la santé et d'autres personnes auxquelles le sujet s'identifie ou qu'il admire. La dynamique est réciproque. Nous sommes influencés par autrui et nous influençons autrui. L'un des modèles qui englobe le mieux ce concept reste la Théorie de l'apprentissage social.²³

Théorie de l'apprentissage social

Pour comprendre et modifier les comportements malsains, la Théorie de l'apprentissage social analyse les influences psychosociales tirées de l'interaction de facteurs individuels, de l'environnement social et de l'expérience. L'environnement physique et social façonne certes le comportement mais les personnes ne sont pas passives dans ce processus. Puisqu'elles changent à leur tour leur environnement, il s'agit d'une dynamique réciproque. Par exemple, les personnes qui courent un risque en raison de la forte prévalence du paludisme dans leur environnement immédiat peuvent cependant réduire leur risque personnel en se servant de moustiquaires traitées aux insecticides ou contribuer à la réduction d'ensemble du risque en se mobilisant à l'action ou en prenant part à un groupe

communautaire pour faire pression sur le gouvernement afin d'épurer les sites culicidogènes. Autre principe de base : les êtres humains apprennent non seulement par leurs expériences mais également en observant les actions d'autrui et les résultats de ces actions. Par exemple : les garçons dont les pères ne battent pas leur épouse sont bien moins susceptibles de violence contre leurs compagnes une fois arrivés à l'âge adulte.²⁴

La théorie souligne la capacité comportementale : il faut que la personne sache quoi faire et comment le faire. Ainsi, des instructions claires et parfois une formation sont nécessaires mais il est possible que cela ne suffise pas. La théorie de l'apprentissage social considère que l'auto-efficacité, c'est-à-dire la confiance que l'on porte à sa propre capacité d'opérer le changement souhaité, est de la plus grande importance pour entraîner des comportements sains et elle recommande trois stratégies pour l'amplifier :

■ **Se fixer des buts progressifs à court terme** : lorsque l'on atteint un but, notre sentiment d'auto efficacité augmente. Faire le pas suivant, et le suivant encore, rend le but plus facile à atteindre.

■ **Contrats comportementaux** : convenir d'un processus formel qui précise les buts et les récompenses (« renforcement ») ce qui signifie

que les personnes et les groupes reçoivent commentaires, conseils et félicitations pour les progrès réalisés.

■ **Auto-surveillance** : les commentaires tirés de l'auto-surveillance ou de la tenue d'un journal peuvent renforcer la détermination à changer et relever la confiance que l'on a dans sa propre capacité à réaliser l'action souhaitée.

Enfin, l'application d'un renforcement positif sur un laps de temps assez long permet de maintenir le comportement souhaité une fois qu'il est adopté.

Modèles au niveau communautaire et modèles connexes

La conception d'interventions de promotion de la santé visant à atteindre des communautés ou des groupes spécifiques dans leur intégralité, au lieu d'influer sur une seule personne à la fois, constitue un objectif fondamental de la santé publique. La santé des communautés peut être améliorée par des politiques telles que l'assurance santé universelle, des programmes tels que des visites de soins prénataux auprès des femmes enceintes pauvres et des actions communautaires telles qu'une mobilisation en vue d'exiger de meilleurs services de santé. L'action communautaire peut également aborder les problèmes sociaux tels que l'inégalité entre les sexes et les problèmes physiques, par exemple les marais paludiques avoisinants. Les modèles communautaires analysent la façon dont les systèmes sociaux fonctionnent et par conséquent, de quelle manière les communautés, les organisations qui les desservent et les décideurs qui détiennent le pouvoir de les influencer peuvent être mobilisés pour le changement. La présente section décrit trois cadres conceptuels de la promotion communautaire de la santé : la mobilisation communautaire, les théories du changement organisationnel et les théories de la diffusion des innovations.

Mobilisation communautaire

La mobilisation communautaire est « le processus par lequel les groupes communautaires sont amenés à identifier les problèmes ou les buts communs, à mobiliser leurs ressources et à mettre au point et en place des stratégies pour atteindre leurs buts ».²⁵ Puisque les communautés font partie de contextes sociaux et politiques plus larges, ce processus est donc également appelé « la mobilisation sociale » pour reconnaître que tous les niveaux d'influence, y compris la politique publique, peuvent être investis. La mobilisation communautaire exige la participation active des membres de la communauté à l'évaluation des risques de santé et à l'action

Encadré 2

Mobiliser une communauté nationale ou internationale

La mobilisation des communautés peut surmonter les limites géographiques pour représenter les personnes souffrant de problèmes de santé spécifiques identiques, notamment les personnes handicapées ou celles atteintes du sida. L'organisation ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power) constitue un excellent exemple d'une communauté d'intervenants sur le sida, y compris des personnes séropositives, qui coordonnent les efforts de défense au niveau local dans maintes villes des États-Unis afin de mettre un terme à l'indifférence de la société et des pouvoirs publics à l'égard de l'épidémie du sida. Fondée en 1987, ACT UP organise des manifestations et des occupations pacifiques de locaux pour attirer l'attention des médias sur sa cause. L'utilisation des médias de masse est maintenant essentielle pour tout effort de mobilisation des communautés et ACT UP s'en est servi de manière efficace pour stimuler les réponses du gouvernement, entre autres, dans le but de prévenir et d'atténuer l'impact du VIH/sida aux États-Unis et ailleurs.¹ De même, le coût élevé des médicaments pour le traitement du sida pour les pays pauvres a diminué de manière radicale lorsque les sociétés pharmaceutiques se sont retrouvées confrontées à une pression considérable des suites de campagnes publicitaires organisées par les médias dans le monde entier.²

1. Craig A. Rimmerman, « Act Up », *The Encyclopedia of AIDS: A Social, Political, Cultural, and Scientific Record of the HIV Epidemic*, éd. Raymond A. Smith (New York : Penguin Putnam, Inc., 1998).

2. Michael Waldholz, « Makers of AIDS Drugs Agree to Slash Prices in Third World », *The Wall Street Journal*, 11 mai 2000.

Tableau 5

Résumé de théories choisies sur la modification des comportements

Niveau	Théorie	Focalisation	Axe de concentration
Individuel	Étapes du modèle de changement	Décrit le degré de préparation d'une personne à modifier ou tenter de modifier ses comportements en faveur d'options plus saines.	Examen préalable Examen Décision/détermination Action Entretien
	Modèle de croyances en matière de santé	Évalue la perception personnelle d'une menace à la santé et examine le(s) comportement(s) recommandé(s) pour prévenir ou gérer le problème.	Susceptibilité perçue Gravité perçue Avantages perçus de l'action choisie Obstacles perçus à l'action choisie Indications pour l'action Auto-efficacité
Interpersonnel	Théorie de l'apprentissage social	Explique les comportements à l'aide d'une théorie trilatérale dynamique et réciproque fondée sur une interaction constante entre les facteurs personnels, les influences de l'environnement et les comportements.	Capacité en termes de comportement Déterminisme réciproque Attentes Efficacité personnelle Apprentissage par l'observation Renforcement
Communautaire	Théories applicables à la mobilisation communautaire	Met l'accent sur la participation et le développement actifs des communautés pour leur permettre de mieux évaluer et résoudre leurs problèmes sanitaires et sociaux.	Autonomisation Compétence des communautés Participation et pertinence Choix des questions à traiter Conscience critique
	Théories relatives aux changements organisationnels	Examine les processus et les stratégies permettant de renforcer les chances d'adoption de politiques et programmes sains et leur maintien par les organisations formelles.	Définition des problèmes (étape de sensibilisation) Début des interventions (étape de l'adoption) Mise en application des changements Intégration des changements au sein de l'institution
	Théorie de la diffusion des innovations	Examine la manière dont les nouvelles idées, les nouveaux produits et les nouvelles pratiques sociales se répandent au sein d'une société ou d'une société à une autre.	Avantage relatif Compatibilité Complexité Possibilité de mise à l'épreuve Observabilité

Source : Adapté du National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (2003).

visant à les réduire. L'habilitation des membres communautaires est un élément essentiel de ce modèle, dans le cadre du processus de création d'un environnement de changement. Cela signifie qu'il convient de s'appuyer sur les points forts culturels et de tirer parti de la force et des aptitudes souvent méconnues des pauvres et des autres groupes marginalisés, une démarche prônée au Brésil par Paolo Freire, dans son ouvrage marquant *Pédagogie des opprimés*,²⁶ et développée plus avant aux États-Unis par Saul Alinsky dans *Rules for Radicals*.²⁷

Il convient de noter que la mobilisation communautaire signifie la participation de nombreux types de communauté. La communauté plus large contient les réseaux sociaux des couches sociales aisées et d'autres élites, des pauvres, de la classe moyenne, des employés de toutes sortes, des groupes religieux, de la majorité silencieuse et des populations minoritaires, et de bien d'autres encore. Ces sous-groupes ont différents intérêts, pouvoirs et accès aux ressources. L'une des difficultés de la mobilisation des communautés consiste à dégager un consensus collectif sur les problèmes les plus pressants dont tous souffrent (par exemple : la mauvaise qualité de l'assainissement) pour ensuite décider que faire à ce sujet. Les actions comprendront notamment la présentation de pétitions au gouvernement pour construire des latrines ou la canalisation de fonds et de main-d'œuvre locaux pour construire des latrines à titre de projet communautaire. Qu'il s'agisse d'impliquer les habitants locaux ou un groupe d'intérêt national, la mobilisation communautaire ou sociale crée l'environnement d'un changement sain (voir l'encadré 2).

Théories du changement organisationnel

Selon les définitions des experts, les organisations sont des systèmes sociaux complexes et multistrates, englobant des ressources, des membres, des rôles, des échanges et des cultures uniques.²⁸ Au fil des ans, de nombreux efforts ont été déployés pour améliorer la performance d'une catégorie organisationnelle : les systèmes de santé. En outre, d'autres organisations influent sur la santé. Les théories du changement organisationnel permettent d'identifier les façons d'influer sur l'adoption et l'institutionnalisation des politiques et des programmes de promotion de la santé au sein des organisations.

Théorie de l'étape organisationnelle

La théorie de l'étape organisationnelle se fonde sur l'observation selon laquelle les organisations, à l'instar des personnes, traversent une série d'étapes au fur et à mesure de leur évolution. Ainsi, les interventions peuvent s'axer sur le passage de l'organisation d'une étape à l'autre. Les

groupes peuvent résister au changement et doivent être encouragés, dotés de nouvelles compétences et d'une certaine confiance pour opérer une transition couronnée de succès. Une organisation entreprend le processus en identifiant tout d'abord un problème pour ensuite proposer des solutions. La direction ou les employés seront peut-être les premiers à identifier le problème et à proposer des solutions. L'étape suivante consiste à lancer une action pour aborder le problème et affecter des ressources dans le but de mettre en œuvre le changement. L'étape de mise en œuvre s'ensuit et les premiers changements interviennent, puis d'autres changements se produisent jusqu'à ce que le problème soit réglé. La dernière étape, l'institutionnalisation, est cruciale. Si les changements ne sont pas intégrés et ne font pas partie en permanence de l'institution, l'identification des problèmes et leur règlement ne sont que des exercices onéreux et éphémères.

Théorie du développement organisationnel

Pour compléter la théorie des étapes, celle du développement organisationnel porte sur la façon dont les structures et les processus organisationnels influent sur le comportement et la motivation de l'employé. Cette théorie encourage l'analyse des problèmes qui gênent la performance optimale de l'organisation, par exemple les problèmes entre la direction et le personnel d'un dispensaire ou la programmation et la coordination du travail.²⁹ Les consultants sont souvent sollicités pour aider les employés, collectivement, à situer les problèmes et à produire des solutions et des plans d'action. Dans l'idéal, toute l'organisation prend part ensuite à l'évaluation de la réussite des mesures prises pour régler le problème et entame l'institutionnalisation du changement.

Théorie de la diffusion des innovations

La théorie de la diffusion des innovations examine de quelle façon de nouvelles idées, produits et comportements deviennent des normes.³⁰ Cette théorie peut être décrite comme étant la théorie du « tout ensemble » car elle aborde le changement comportemental à tous les niveaux : individuel, interpersonnel, communautaire et organisationnel. Elle intègre des théories connexes, notamment la théorie des réseaux sociaux.³¹ Elle est axée sur la modification comportementale généralisée. Les interventions de santé ont produit des milliers de réussites de petite envergure en matière de modification du comportement, mais comment peut-on réussir à grande échelle ? Comment, par exemple, les vaccins et la vaccination généralisée des enfants, une nouveauté à une époque, deviennent-ils courants ?

La théorie de la diffusion des innovations fournit une description de la façon dont ces innovations se diffusent naturellement par le biais de réseaux sociaux, ainsi qu'une analyse de l'utilisation des réseaux de diffusion comme outil de planification en vue d'une modification comportementale de grande envergure.³² Quatre éléments principaux déterminent la réussite ou l'échec d'une innovation : la nature de l'innovation en soi, les types de voies de communication disponibles, la durée de l'adoption de l'innovation et les caractéristiques du système social par le biais duquel l'innovation se propage.

Tout d'abord, l'innovation doit être perçue comme comportant un avantage par rapport à ce qu'elle remplace. L'innovation doit également être compatible avec les valeurs et le contexte d'existence des utilisateurs visés. Le degré de complexité est également important. Si l'innovation est trop difficile à adopter (par exemple : un programme de prise de médicaments difficile à retenir), il est peu probable qu'elle sera adoptée. Les personnes et les groupes sont disposés à essayer une innovation proposée, de façon limitée, avant de s'engager totalement. Si cet essai est possible et couronné de succès, l'innovation est plus à même d'être adoptée. Une fois adoptée, l'innovation est susceptible d'être adoptée à longue échéance et d'autres seront influencés à l'adopter s'ils (la personne ou le groupe) peuvent observer des avantages tangibles de ce changement.

Les voies de communication, c'est-à-dire les moyens par lesquels les messages sont transmis d'une personne à l'autre, sont aussi importantes. Les voies de transmission des médias de masse sont efficaces pour diffuser l'information concernant les innovations à de nombreuses personnes, toutefois les pairs influent nettement sur la décision d'une personne d'adopter une innovation. Ainsi, l'utilisation de réseaux sociaux pour renforcer les messages des médias est plus efficace que les médias seuls.³³ En outre, lorsque des chefs respectés lancent ou réitèrent des informations fournies par les voies médiatiques, les probabilités d'action d'une personne ou d'un groupe augmentent.³⁴ La conjugaison des recommandations des leaders prisés, l'aval du groupe de référence et les messages des médias, notamment s'ils sont valorisés par des groupes d'écoute coordonnés, des possibilités d'échanges et des démarches en face à face, constituent une incitation réelle pour l'adoption d'une innovation.³⁵

La diffusion prend du temps. Le processus d'évolution à travers les différentes étapes du changement, passant de la première prise de conscience à l'intention puis à l'adoption d'un changement viable, est graduel tant pour les personnes que pour les organisations. Le financement de nombreux programmes prometteurs se

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

Les médias de masse peuvent attirer l'attention sur les comportements sains. Ces enfants ont contribué à la création de scripts pour la radio encourageant les gens à se laver les mains.

termine ou les programmes font l'objet d'une évaluation prématurée et se révèlent insuffisants avant que le changement souhaité n'ait eu la possibilité de s'opérer. En outre, une personne ou une organisation peut adopter l'innovation précocement, ultérieurement ou en dernier. La diffusion de l'innovation, comme tous les autres aspects de la vie humaine, peut être saisie dans une courbe normale ou en cloche. Une innovation se propage d'abord par les « pionniers » qui la lancent ou qui l'importent. Puis, vient un groupe un peu plus grand, des adeptes précoces, une catégorie de « missionnaires » locaux qui accélèrent le processus de diffusion. Les adeptes précoces jouent un rôle essentiel pour faire parvenir l'innovation au point de la masse critique, c'est-à-dire le point où suffisamment de personnes adoptent l'innovation pour que son taux d'adoption ultérieur devienne autosuffisant.

Le quatrième élément reste le système social qui constitue l'espace au sein duquel l'innovation se diffuse. Un grand système social, par exemple une ville, comporte de nombreuses sous-unités : par exemple, des systèmes et établissements de santé, des groupes religieux et politiques, des clubs sociaux, syndicats et associations informelles. La structure et les normes de chaque unité ont une incidence sur la diffusion d'une innovation au sein de l'unité et, collectivement, elles affectent l'adoption ou non de l'innovation par une masse critique au sein du système social plus vaste. Les responsables de la promotion de la santé doivent comprendre, dans toute la mesure du possible, le système social dans lequel l'innovation de santé en question va être introduite. La recherche qualitative (entretiens approfondis, groupes de discussion et une cartographie des réseaux sociaux) peut permettre d'identifier les

prescripteurs qui peuvent diffuser les innovations souhaitées.

Promotion de la santé : les outils du métier

De nos jours, la plupart des planificateurs de la santé empruntent un mélange de démarches et d'outils théoriques (décrits ci-dessous) afin de promouvoir la modification positive de comportements. Aucune démarche en soi n'est susceptible de produire des changements importants ou durables. Par exemple, dans le cas de la transition de la fécondité vers des familles moins nombreuses dans les pays en développement, les médias ont joué un rôle complémentaire important mais dans le cadre uniquement d'un processus social complexe et non pas en tant qu'effet indépendant. La multiplicité des voies, au fil du temps, offre des messages qui se renforcent et produisent un débat entre les personnes, de plus en plus nombreuses, pour aboutir en fin de compte à une modification des valeurs et des comportements sociaux.³⁶

Encadré 3

La culture comme point fort

Dans *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm*, le professeur nigérien Collins Airhihenbuwa conseille aux éducateurs du secteur de la santé de ne pas systématiquement considérer la culture comme un obstacle.¹ Il divise les traditions culturelles en trois catégories : positives, neutres et négatives. Les traditions culturelles telles que l'allaitement au sein et la transmission de messages importants par la chanson et la danse constituent des fondements positifs pour l'éducation en matière de santé. Les bracelets de perles placés au poignet des enfants pour les protéger contre les mauvais esprits ne représentent pas une menace pour la santé. Les inégalités entre les sexes, la circoncision féminine et le refus d'administrer des liquides en cas d'attaques diarrhéiques ont des conséquences négatives. Il recommande de s'appuyer sur les points forts de la culture pour renforcer les aspects positifs et miner progressivement les aspects négatifs.

L'ethnologue Dwight Conquergood illustre cette approche dans ses travaux au sein d'un camp de réfugiés Hmong. À la suite d'une épidémie de rage dans le camp thaï, une campagne massive de vaccination des chiens a été organisée sans qu'un seul chien soit présenté pour se faire vacciner, et Conquergood, qui vivait parmi les Hmongs, a été invité à élaborer une campagne plus efficace. Il a organisé un défilé de la Rage mené par des Hmongs jouant les rôles de personnages importants dans leur folklore : le tigre a dansé et joué d'un instrument traditionnel, le dab (un esprit qui vit dans la jungle et provoque des épidémies lorsqu'on le dérange) a chanté et joué du tambour, tandis que le poulet, connu pour ses pouvoirs de prédiction, expliquait ce qu'il faut faire pour éviter la rage. Le lendemain, le dispensaire s'est trouvé débordé par le nombre de Hmongs, hommes et femmes, amenant leurs chiens pour les faire vacciner.²

1. Collins O. Airhihenbuwa, *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm* (Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc., 1995) : 25-43.

2. Anne Fadiman, *The Spirit Catches You and You Fall Down* (New York : Farrar, Straus and Giroux, 1997) : 35-37.

Médias de masse

Les médias servent traditionnellement, et de façon efficace, à transmettre les informations ou à promouvoir des produits ou des mesures, par le biais de publicités et de spots publicitaires, et les responsables de la planification de la santé intègrent de plus en plus leurs messages à l'industrie du divertissement. Cette démarche se nomme « divertissement éducatif ». Bien que tout à fait moderne, cette technique est ancienne. En 350 avant notre ère, Aristote avait compris pourquoi les contes amènent les êtres humains à bien se conduire : le public qui regarde une tragédie s'identifie au sort tragique du héros, il le plaint et se lamente sur son propre sort.³⁷

Le divertissement éducatif est devenu de plus en plus prisé et pointu : d'ailleurs, il existe de nombreuses études de cas divertissantes et éducatives que les étudiants en communication de la santé peuvent analyser.³⁸ Par exemple, l'université Johns Hopkins et ses partenaires en Tanzanie ont conçu une campagne multimédia de promotion de la planification familiale. Cette campagne comprenait un feuilleton radiophonique (52 épisodes), complété par des spots radiophoniques, la promotion d'un nouveau logo pour des services améliorés de planification familiale, des articles dans les journaux et les magazines et des cassettes de promotion de la communication entre époux sur la contraception. Comparées aux femmes qui n'ont pas été exposées à ces messages, les femmes qui se sont souvenues des messages radiophoniques ont été deux fois plus susceptibles de parler de la contraception moderne avec leur mari et d'utiliser des méthodes modernes de contraception. Les femmes qui se sont souvenues d'une source médiatique ont été deux fois plus susceptibles d'utiliser des moyens de contraception modernes, celles qui se sont souvenues de six sources étaient onze fois plus susceptibles d'utiliser des méthodes modernes.³⁹ Ces programmes peuvent atteindre un niveau élevé de synergie s'ils englobent des émissions radio, des groupes d'écoute sur le terrain et une prestation de services locaux.⁴⁰

Marketing social

Peut-on commercialiser des comportements sains ? Selon les spécialistes du marketing, la réponse est affirmative. Ils notent que la publicité de produits malsains, par exemple les cigarettes, a connu un très grand succès. Le marketing social adopte les stratégies de marketing commercial, y compris les médias de masse, pour vendre des produits de santé subventionnés (moustiquaires, sels de réhydratation orale, préservatifs, pilule contraceptive), et ils encouragent les comportements connexes à ces produits. La technique est tributaire d'une recherche poussée sur les

consommateurs afin d'offrir les 4 éléments clés : un produit ou service intéressant, un prix abordable pour les bénéficiaires visés, un point de mise à disposition commode et une promotion convaincante.⁴¹

Dans le but de réduire les risques de maladies transmissibles sexuellement (MST) et les grossesses non désirées au Cameroun, un programme de marketing social de Population Services International, a touché près de 600 000 jeunes urbains, sexuellement actifs, de 15 à 24 ans, afin de les motiver et renforcer leurs compétences d'utilisation des préservatifs ou pratiquer l'abstinence.⁴² Le projet a eu recours à de jeunes Camerounais enseignant à leurs pairs, à des journalistes, des dessinateurs de bandes dessinées, des personnalités de la radio et des scénaristes, pour mettre au point des messages et des activités intéressants les jeunes des villes. Toutes les activités de promotion, liées à la marque de préservatifs *100 % Jeune*, ont médiatisé des images de jeunes qui se rebellent contre les normes sociales pour protéger leur santé. Le feuilleton radiophonique « Solange : parlons des relations sexuelles », ainsi qu'une émission radio d'appels des auditeurs ont été particulièrement populaires. Des séances en face à face, avec des jeunes dans des séances de jeux de rôles et d'autres techniques interactives, ont également touché près de 10 000 jeunes scolarisés et non scolarisés, tous les mois. Plus de 40 000 préservatifs ont été vendus aux jeunes dans les points de vente *100 % Jeune* en 2002. À l'issue de 18 mois d'activités du programme, les jeunes des deux sexes exposés aux émissions étaient plus susceptibles de connaître l'utilisation correcte des préservatifs, moins timides quant à leur achat et plus susceptibles d'avoir eu recours à un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle avec leur partenaire ordinaire.

Mobilisation communautaire

La mobilisation d'une communauté pour un changement sain implique de recourir aux réseaux sociaux, d'aider les parties prenantes à identifier les objectifs de santé communs et de s'appuyer sur les points forts des valeurs culturelles au lieu de s'en détourner totalement (voir l'encadré 3, page 12). Mais surtout, la mobilisation exige la participation des chefs communautaires pour promouvoir la cause. Dans un projet au Sénégal par exemple, les grands-mères ont joué le rôle d'éducatrices de la nutrition et ont influencé sensiblement, et de façon positive, les pratiques des jeunes femmes.⁴³ Une démarche analogue a servi au Kenya à éradiquer la funeste pratique de l'excision génitale des femmes dans plusieurs communautés.

Dès 1993, Maendeleo Ya Wanawake, la plus grande organisation féminine kenyane, et PATH, une ONG internationale, ont fait la promotion de « *Alternative Rites of Passage* ». ⁴⁴ Ce programme

s'est appuyé sur des rituels et des cérémonies traditionnels marquant le passage des filles à l'âge adulte, tout en omettant l'excision génitale. Selon la recherche, les communautés n'étaient pas averties des risques sanitaires associés à l'excision génitale des filles et pensaient, au contraire, qu'elle renforçait leur santé. En outre, selon les parents, leurs filles sur lesquelles on n'a pas pratiqué l'excision seraient rejetées comme épouses. Les parents appréciaient en outre la période d'isolement où leurs filles apprenaient leurs fonctions d'épouses. En dépit des douleurs subies par les filles, elles appréciaient la légitimation communautaire de leur passage à l'âge adulte et les festivités qui s'ensuivaient. L'éducation communautaire s'est axée non seulement sur les risques pour la santé, mais sur le fait que les jeunes hommes ne refusaient pas d'épouser des femmes non mutilées. L'instruction a « converti » de nombreuses personnes à ces nouvelles pratiques, y compris des membres respectés de la communauté, désireux non seulement d'être les premiers à ne pas mutiler leurs

Encadré 4

Déviant et pairs

Les personnes dont les préférences s'écartent de la norme sociale ou de celle de leur réseau social personnel sont considérées comme des « déviants positifs » par exemple, les jeunes garçons membres de gangs dans les taudis d'Amérique latine qui n'adoptent pas les comportements « machos » violents ou le manque de respect typique vis-à-vis des femmes. Ces personnalités exceptionnelles peuvent devenir d'excellents éducateurs de leurs pairs s'ils sont admirés au sein de leur groupe et s'ils sont disposés à révéler leur comportement différent dans le cadre d'une campagne de vulgarisation.

C'est exactement ce qui se passe avec le Projet H, parrainé par l'ONG Promundo de Rio de Janeiro.¹ Après une formation intensive, les jeunes garçons sélectionnés diffusent aux jeunes garçons du grand taudis des messages décrivant les autres manières de se comporter comme un homme. Ils vendent également des préservatifs à un coût modique destinés de manière spécifique aux jeunes de la zone d'intervention du projet.

Les résultats préliminaires révèlent une forte reconnaissance du préservatif Hora H (Heure H), une intensification de l'usage du préservatif tant avec les partenaires stables qu'avec les partenaires occasionnels, et des gains positifs pour 18 des 24 éléments figurant sur l'échelle masculine de l'égalité entre les sexes.² L'amélioration des performances sur cette échelle confirme les changements d'attitude enregistrés en ce qui a trait à la violence sexospécifique, la paternité et l'égalité entre les sexes.

L'approche dite de « déviance positive » semble de mieux en mieux acceptée. Il s'agit de l'une des manières les plus durables et les plus culturellement acceptables de modifier les comportements parce qu'elle se fonde sur les points forts et les ressources qui existent au sein des communautés qui y font appel. La sélection, la formation et le soutien continu des déviants positifs sont des facteurs d'importance cruciale.³

1. Victoria White et al., *Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms* (Washington, DC : The Synergy Project, 2004) : 27-28.

2. Julie Pulerwitz, « *Measuring Gender-Equitable Norms: Validation of the GEM Scale* », communication à la Conférence annuelle du Global Health Council, Washington, DC, le 30 mai 2003.

3. Site Internet de l'Initiative sur la déviance positive, www.positivedeviance.org.

Le pouvoir de l'information

Les spécialistes du comportement (ou behavioristes) reconnaissent volontiers que pour la plupart des gens, l'information est nécessaire mais pas toujours suffisante pour susciter une modification durable des comportements.

Cependant, pour les décideurs des politiques de santé, l'information, notamment l'information pertinente, prouvée et confirmée par d'autres professionnels respectés, peut susciter des changements des politiques et des pratiques. Le pouvoir de l'information se trouve renforcé lorsqu'elle est utilisée par des coalitions de groupes préparant les programmes de travail pour la santé.¹

Selon une analyse récente de vastes programmes réussis ayant permis d'améliorer de manière significative la santé publique, l'information a joué un rôle puissant, notamment des manières suivantes :

- en renforçant la sensibilisation à un problème de santé, attirant ainsi l'attention des dirigeants politiques et du secteur de la santé sur ce problème
- en appliquant aux programmes de santé les enseignements tirés des projets pilotes, des sondages de clients ou de recherche opérationnelle visant à déterminer quelles sont les approches les plus efficaces (et les plus rentables)
- en encourageant les gens à poursuivre leurs efforts grâce à des commentaires réguliers sur les progrès des programmes de santé. Ces commentaires ont permis de rectifier le tir, stimuler les efforts et encourager même la concurrence entre les pays pour atteindre leurs objectifs.²

1. Lori Ashford, communication personnelle, le 4 janv. 2005.

2. Ruth Levine, « Information is Power », in *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, éd. Ruth Levine et al. (Washington, DC : Center for Global Development, 2004) : 8-9.

filles, mais à prendre la tête de ce nouveau mouvement (voir l'encadré 4, page 13). Lorsque la communauté a constaté que des membres éminents avaient adopté cette nouvelle pratique et que les rituels et festivités précieux perduraient, la pratique de l'« excision par les mots » s'est rapidement propagée. Dix ans plus part, presque aucune des 5 000 anciennes élèves de cette pratique de substitution n'a connu l'excision,⁴⁵ et selon les conclusions d'une évaluation indépendante, la conjugaison d'une sensibilisation intensive de la communauté et de l'option d'un rituel de substitution a joué une part importante dans les changements d'attitude et de comportement qui se sont produits.⁴⁶

Éducation sanitaire

La diffusion d'information sanitaire n'est pas nouvelle, dans les classes, les contextes non scolaires, à la radio, la télévision, dans les journaux, les magazines et sur Internet. En plus de permettre aux adultes de prendre des décisions saines, l'information et l'éducation sont indispensables pour socialiser les jeunes par rapport aux normes et aux comportements promoteurs de santé et pour modifier les comportements malsains. Les spécialistes du comportement affirment qu'il est possible d'organiser l'information de façon à la

rendre plus compréhensible, utilisable et intéressante, mais que celle-ci, aussi nécessaire soit-elle, ne suffit pas pour produire une modification du comportement chez la plupart des gens.⁴⁷

Toutefois, elle peut avoir une incidence lorsqu'elle est insérée dans des programmes éducatifs bien conçus et fondés sur la théorie.⁴⁸ L'éducation sexuelle aux États-Unis, où les grossesses d'adolescentes et les MTS constituent des problèmes de santé publique,⁴⁹ le prouve sans conteste.

Un examen systématique des programmes d'éducation sexuelle en relève plusieurs qui ont eu une incidence durable sur le différé du début des relations sexuelles, l'accroissement de l'utilisation des contraceptifs ou encore la prévention des grossesses chez les adolescentes.⁵⁰ L'éducation sexuelle débattant de la contraception n'a pas accéléré le début des relations sexuelles, ni multiplié leur fréquence. En fait, certains programmes d'éducation sexuelle et d'information sur le VIH ont retardé le début des rapports sexuels et pour les adolescents déjà actifs sexuellement, ces programmes ont réduit la fréquence des rapports sexuels, augmenté l'utilisation des préservatifs et diminué le nombre de partenaires sexuels. Peu de programmes d'abstinence exclusive ont été inclus dans cette étude car ils ne remplissaient pas les critères d'évaluation rigoureuse. En ce qui concerne les programmes d'abstinence exclusive étudiés, aucun n'a présenté de preuves d'efficacité.

Les programmes couronnés de succès s'appuient sur des démarches fondées sur la théorie, d'une efficacité avérée. Citons-en les caractéristiques cruciales :

- focalisation sur des comportements sexuels spécifiques dangereux et communication de messages clairs, de renforcement uniforme, sur l'abstinence sexuelle ou sur l'utilisation de préservatifs et d'autres formes de contraception
- prestation d'information exacte (voir l'encadré 5)
- débats et inclusion d'activités pour faire face aux pressions sociales influant sur le comportement sexuel. Séances de pratique pour renforcer les compétences de communication, de négociation et de refus, afin de préparer les adolescents aux situations réelles. Ces méthodes d'enseignement participatives, et bien d'autres encore, ont permis aux élèves de personnaliser l'information
- sélection et formation d'enseignants ou de leaders parmi les pairs convaincus de l'utilité du programme
- particularisation du cursus selon l'âge, l'expérience sexuelle et la culture des élèves.

L'un des programmes approfondis, conjuguant l'éducation sexuelle, les soins exhaustifs et le préceptorat, a eu une incidence positive sur le comportement sexuel, la contraception et les grossesses chez les filles, pendant une période allant jusqu'à trois ans. L'éducation sexuelle n'est pas un moyen miracle, les cursus de courte durée n'ont pas eu une incidence mesurable sur le comportement des adolescents.

Améliorer l'interaction entre clients et prestataires de service dans les établissements de santé

Selon des éléments probants, les clients et les clients potentiels sont confrontés à de nombreux obstacles pour accéder aux services de santé.⁵¹ Si les interventions de changement des comportements réussissent à atténuer ces obstacles et à motiver les patients à demander des soins dans les établissements de santé, seront-ils confrontés à la grossièreté ou à l'amabilité ? La qualité des interactions entre clients et prestataires, tant verbales que gestuelles, constitue une part essentielle de l'ensemble des éléments de la communication de la santé et peut influencer sur l'observation par le patient des conseils des agents de santé, le suivi du traitement et le retour aux fins de visites de suivi.⁵²

Selon un examen de la recherche sur les interactions entre clients et prestataires dans les services de planification familiale, la satisfaction des clients est liée à une utilisation plus efficace de la contraception, des taux plus élevés de poursuite et des témoignages de bouche à oreille positifs.⁵³ À l'inverse, le mécontentement des clients est lié à l'échec des méthodes de contraception, leur interruption et une publicité négative au sein des réseaux sociaux.⁵⁴ En Égypte, la recherche a démontré qu'en ajoutant une minute supplémentaire pour poser des questions aux clientes et répondre à leurs besoins, l'on multipliait par trois le niveau de satisfaction des clients et de continuation des contraceptifs, par rapport aux consultations menées exclusivement par le médecin.⁵⁵ Que les patients viennent dans les dispensaires ou que les visites médicales se tiennent à domicile, les gens veulent tous la même chose. Selon un sondage au Bangladesh, les clients apprécient les agents de terrain qui non seulement fournissent des renseignements mais qui compatissent avec leurs besoins, comprennent le besoin de discrétion, répondent aux questions et sont obligeants en cas de problème. Les personnes interrogées, desservies par des agents décrits comme fournissant des soins de très haute qualité, étaient à 60 % plus susceptibles d'adopter par la suite une méthode de planification familiale.⁵⁶ Une publication récente, *Comment améliorer les interactions entre clients et prestataires de service*, précise

plusieurs moyens, cernés par la recherche, permettant d'améliorer la situation des deux côtés.⁵⁷ Par exemple, les prestataires en Indonésie qui ont suivi des cours de formation sur la prestation-conseil axée sur les clients et qui ont également pris part à des réunions hebdomadaires d'auto-évaluation et d'évaluation entre homologues, ont été en mesure de produire une amélioration stable et continue de la qualité de leur performance, par rapport à ceux qui ont simplement suivi une formation.⁵⁸ Les clients peuvent également être formés pour présenter leurs questions aux prestataires et surmonter ainsi la distance sociale qui paralyse la plupart des femmes pauvres.⁵⁹

Communication et politique

Les décideurs influent sur le monde, mais qui influence sur les décideurs ? Les cyniques pensent aux contributions électorales ou aux pots-de-vin purs et simples. Mais il existe des moyens légitimes de toucher la majorité des décideurs honnêtes. Le *Population Reference Bureau* (PRB) possède des antécédents de longue date de communication avec les décideurs pour circonscrire les décisions liées à la démographie et à la santé. Un projet couronné de succès, au Ghana, valide les observations relevées dans le monde entier, selon lesquelles les « champions » d'une cause sont les plus à même de la faire progresser.⁶⁰

Grâce à l'appui du PRB, un petit groupe de professeurs de l'université du Ghana et de journalistes ghanéens ont ranimé la politique démographique nationale, qui existait de longue date mais était assoupie. La planification démographique est une question délicate. Nombre de Ghanéens se méfiaient de cette politique en raison de perceptions selon lesquelles des bailleurs de fonds externes l'avaient imposée au pays comme condition de leur assistance. Afin de ranimer l'intérêt concernant le ralentissement de la croissance démographique et dans le but d'aborder les problèmes de santé de la reproduction, il fallait que d'éminents Ghanéens pilotent ces efforts. À la suite d'une conférence au sommet sur « La Démographie et la reconstruction nationale », le Projet d'Impact démographique (acronyme anglais PIP) du Ghana a pris naissance et a immédiatement lancé des activités visant à toucher les décideurs à tous les niveaux de la société ghanéenne : représentants des ministères de l'État, universités, instituts de recherche, ONG, syndicats et diverses associations d'enseignants, de médecins, d'infirmières et de pharmaciens. Les médias ont joué un rôle essentiel. L'équipe du PIP a collaboré avec les journalistes de la presse écrite, parlée et télévisée pour produire une couverture continue des questions. L'équipe a organisé des manifestations publiques, s'est exprimée dans toutes les classes et toutes les

L'exemple positif de l'industrie

Vers le milieu des années 1990, Vinod Kapoor, président de *Roller Flour Mills Federation of India*, a proposé que les moulins appartenant à la fédération fortifient leur farine au fer. Malgré son coût modique, cette adjonction demeurerait hors de la portée des petits moulins. Par ailleurs, il existe en Inde une méfiance instinctive face à tout ajout aux denrées alimentaires. Mais Kapoor a persisté dans ses efforts. Avec le soutien de l'Initiative pour les micronutriments (Micronutrient Initiative — MI), il a décidé de commencer à ajouter du fer aux produits de son propre moulin, même si cela exigeait qu'il rassure ses clients et qu'il surmonte les problèmes techniques posés par le type de farine utilisé en Inde. Aujourd'hui, cinq ans plus tard, la farine produite par le moulin familial continue à être fortifiée au fer et elle est consommée par près d'un million de personnes. Kapoor déclare avoir été motivé par un sens « d'obligation sociale ». Cependant, ajoute-t-il, il est essentiel que MI et ses agences partenaires fassent davantage pour convaincre les « hauts responsables » en Inde qu'il est nécessaire de fortifier toutes les denrées alimentaires, et pas seulement d'ajouter du fer à la farine de blé.

Source : The Micronutrient Initiative, *A Decade of Progress, A Lifetime of Hope*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.micronutrient.org.

arènes possibles et a distribué une série de livrets à plus de 800 personnalités influentes.

Deux interventions ont été particulièrement opérantes. L'une, une émission télévisée, a touché un grand nombre de prescripteurs. Un livret relatant les entretiens avec des responsables publics, a rapidement suivi. Dans l'introduction, le président ghanéen appuyait la politique démographique. Les activités du PIP ont ainsi atteint la « masse critique » de décideurs dont l'appui leur était nécessaire. Le gouvernement, jusque-là « cible » des activités, est devenu un partenaire et a diffusé la mission de la politique démographique à travers tous ses ministères. Selon une évaluation du gouvernement américain, le PIP a produit d'énormes progrès, accomplissant ce que les pays avoisinants n'avaient pas été en mesure de réussir.⁶¹

Les dirigeants du PIP continuent à prôner des politiques démographiques et de santé génésique stables au Ghana. En collaboration avec d'autres, le PIP œuvre à réduire le VIH/sida, les grossesses non désirées et la coercition sexuelle chez les jeunes.⁶²

Appliquer les théories et employer les outils de modification des comportements

Il convient de ne pas oublier les programmes couronnés de succès qui se sont appuyés sur les théories et les outils de modification comportementale, ce qui aidera les responsables de la planification de la santé à concevoir les interventions les plus efficaces⁶³ pour aborder les priorités en matière de lutte contre les maladies

dans les pays en développement ou pour atteindre les objectifs de développement du millénaire. Il convient également d'essayer de nouvelles démarches ; une grande gamme d'interventions, de grande et de petite envergure, offre des modèles prometteurs.

Les cas concrets décrits ci-dessous empruntent une combinaison d'outils de modification comportementale et se calquent sur les théories de la modification comportementale écologique décrites ci-dessus. Ces cas concrets, même s'ils visent principalement à modifier le comportement individuel et communautaire, sont également axés sur le comportement des responsables du système de santé et leurs décideurs, et ils abordent des facteurs contextuels importants.

Étude de cas : réduire la malnutrition

Le premier objectif de développement du Millénaire, « éradiquer l'extrême pauvreté et la faim », conjugue faim et pauvreté pour une bonne raison : toutes deux sont liées inextricablement en un cercle vicieux. La pauvreté prédispose à la faim, et la faim à la maladie. La maladie à son tour exacerbe la pauvreté en épuisant les maigres ressources familiales et en réduisant ou en éliminant la capacité des adultes au travail et celle des enfants à la scolarité, ce qui réduit d'autant les revenus réels ou futurs. Une démarche sanitaire publique solide vise à interrompre ce cycle de la faim, de la pauvreté et de la maladie.⁶⁴

L'un des meilleurs moyens de lutter contre la malnutrition consiste à réduire les déficits en micronutriments, la « faim cachée », qui affecte la santé de milliards d'êtres humains.⁶⁵ L'Initiative pour les micronutriments (acronyme anglais MI), basée au Canada, initiative à but non lucratif, et ses nombreux partenaires du monde entier s'y sont attelés. En collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, les gouvernements nationaux, le secteur privé et les communautés, MI a encouragé une coopération sans précédent dans le but d'enrichir les aliments courants grâce aux micronutriments nécessaires, ou de les distribuer à titre d'aliments complémentaires. Depuis 1990, ce partenariat remarquable a attiré l'attention du monde entier sur les conséquences de la malnutrition en micronutriments et a démontré ce que l'on peut faire à ce sujet. MI a collaboré avec le programme de vaccination élargi, dans divers pays du monde entier, pour distribuer des suppléments de vitamine A et d'autres micronutriments, à l'occasion des journées nationales de vaccination. Le partenariat a en outre convaincu et aidé les producteurs de sel et les meuniers de maïs et de blé à enrichir leurs produits. Ces efforts ont entraîné d'importants progrès dans la lutte contre la malnutrition généralisée en micronutriments :

■ Suite à la campagne de longue date de MI pour ioder tout le sel consommable du monde, et avec la coopération de l'industrie saline, plus de 70 % de la population du monde a accès au sel iodé, l'une des plus grandes réussites de santé publique de la deuxième moitié du XX^e siècle.

■ Ne serait-ce qu'en l'an 2000, MI a comblé 75 % des besoins du monde en suppléments de vitamine A. En trois ans, les suppléments de vitamine A ont permis de sauver la vie de plus d'un million d'enfants.

■ Il est plus difficile de régler la carence en fer mais les progrès se font jour. Au Bangladesh par exemple, MI et ses partenaires appuient les mesures de l'État visant à protéger les jeunes femmes contre la carence en fer. Avant leur mariage et leur grossesse, les adolescentes reçoivent des suppléments de fer, des conseils et des cours sur la nutrition, pour prévenir les carences en fer et l'anémie au cours de la grossesse. En Inde, trois femmes enceintes sur quatre prennent aujourd'hui au moins un comprimé d'acide folique. À Darjeeling, une sous-circonscription du Bengale occidental, l'on distribue de la farine enrichie aux groupes à faible revenu, par le biais du système de distribution public. Le marketing social et les stratégies de communication de la santé ont produit une prise de conscience des consommateurs et une demande en farine enrichie. Les moulins en Iran ont commencé à enrichir le blé en 2001.

■ Étant donné le nombre de personnes que l'on peut toucher, les programmes de grande envergure sont les plus souhaitables, cependant ils ne sont pas réalisables partout. Selon une récente étude pilote de l'enrichissement du maïs à différents micronutriments, en Zambie, les programmes de petite envergure sont également faisables et acceptables pour les habitants et les meuniers locaux.

■ Le sel plurifortifié (iode, vitamine A et fer) constitue une solide possibilité d'avenir, appuyée par MI. Si les trois carences de micronutriments pouvaient être résolues au moyen d'un seul mécanisme universel, le nombre de vies sauvées en serait décuplé. La technologie du double enrichissement du sel existe déjà et elle est en cours d'amplification. La recherche est bien engagée sur le sel tri-enrichi.⁶⁶

MI et ses nombreux partenaires ont mis au point un modèle de programme efficace qui révèle une compréhension du comportement humain à tous les niveaux : renforcement de l'engagement politique, sensibilisation des dirigeants

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

La réduction de la multiplicité des partenaires sexuels semble constituer le facteur le plus important pour la diminution de l'incidence du VIH en Ouganda. Ces jeunes Ougandais participant à un séminaire éducatif sur la santé dans un centre pour la jeunesse.

communautaires et des citoyens, lancement et fourniture des outils pour agir, renforcement du consensus et des réseaux, décuplement des ressources et transfert de l'appartenance, démonstration de la réussite et renforcement des capacités des instances locales à exécuter le travail (voir l'encadré 6, page 16). À son tour, MI a été l'exemple d'une mobilisation sociale globale. À partir d'une recherche croissante, la communauté scientifique a attiré l'attention mondiale sur la malnutrition aux micronutriments à la fin des années 1970 et au début des années 1980. L'initiative pour les micronutriments provient de l'engagement pris lors du sommet mondial pour l'Enfance de 1990 visant à protéger les enfants du monde entier contre la malnutrition. En 2002, l'assemblée générale de l'ONU, en session spéciale sur les enfants, a réitéré les engagements pris pour mettre fin à la malnutrition infantile.⁶⁷ Le fait que trois des dix plus grands risques de fardeau de la maladie sont des carences de micronutriments indique que ce travail de qualité doit se poursuivre à un rythme accéléré. La réduction de moitié de la faim et de la pauvreté d'ici 2015, à titre de premier ODM, est de bon augure pour cette possibilité.

Étude de cas : lutter contre le VIH/sida

L'Ouganda est l'une des premières réussites de lutte contre le sida, après avoir connu tout d'abord une régression profonde de l'incidence du VIH (nouveaux cas), puis une prévalence (total des cas) dès le début des années 1990. La régression du taux de VIH chez les femmes enceintes, une représentation de la population générale, est corroborée par les données du *U.S. Census Bureau*, le programme des Nations Unies

sur le sida (ONUSIDA) et son prédécesseur, le programme mondial de l’OMS sur le sida, de même que par d’autres sondages. La prévalence nationale du VIH chez les adultes en Ouganda a connu une survariance de 15 % environ en 1991, pour chuter à 5 % à la fin des années 1990, et se situer juste au-dessus de 4 % en 2003.⁶⁸

Que s’est-il passé en Ouganda ? Bien que les décès dus au sida doivent être comptabilisés, la chute de la prévalence du VIH en Ouganda est sans doute attribuable à la diffusion nationale d’une innovation : la modification du comportement sexuel.⁶⁹ L’acronyme anglais ABC représente les changements primordiaux de comportement prônés auprès de la population : abstinence (*Abstinence*) ou différé des premiers rapports sexuels, fidélité (*Being faithful*) ou réduction du nombre de partenaires et utilisation des préservatifs (*Condoms*). Le rapport entre une grande gamme d’interventions de lutte contre le sida et la chute des taux du VIH en Ouganda n’est pas totalement compris mais une analyse de 2002 identifie ces éléments essentiels :⁷⁰

■ **Un appui politique de haut niveau pour la lutte contre le VIH a entraîné une intervention multisectorielle** : en 1986, après 15 ans de troubles civils, le populaire président Yoweri Museveni a commencé à dialoguer avec ses citoyens par le biais de conférences de presse et de rencontres constantes portant sur un nouvel ennemi : l’épidémie croissante du sida. Interrogé par la suite sur ce leadership, il répondra : « lorsqu’un lion arrive dans le village, hurlez ! ». ⁷¹ Il a souligné que la lutte contre le sida est un devoir patriotique et que l’ouverture, la communication et un leadership solide sont nécessaires à tous les échelons de la société. Dès 2001, quelque 700 agences gouvernementales et ONG œuvraient à résoudre les problèmes liés au VIH/sida dans toutes les circonscriptions ougandaises.

■ **Des campagnes décentralisées de modification comportementale ont atteint la population générale et les groupes à haut risque** : l’Ouganda a lancé une vigoureuse campagne publique contre le VIH (documents imprimés, radio et panneaux d’affichage) surtout fondée sur la mobilisation communautaire de base. Son programme de lutte contre les MST/sida a formé des milliers de conseillers communautaires sur le sida, la santé, des éducateurs pairs et autres types de spécialistes. Sur l’exemple de leurs dirigeants et en raison de l’affectation décentralisée des ressources, le grand public des zones rurales et urbaines s’est joint à la lutte contre le sida. Le VIH a visiblement touché toutes les communautés⁷², produisant ainsi une mobilisation efficace.

■ **Les interventions ont abordé les femmes et les enfants, la stigmatisation et la discrimination** : du plus haut niveau de l’État aux communautés, les efforts de modification comportementale ont souligné la prise en charge des femmes et des filles. Sans cet environnement favorable, il est peu probable que les femmes puissent adopter les comportements « ABC » ou abstinence-fidélité-préservatifs.⁷³ Les enseignants et les autres agents du changement ont touché les jeunes scolarisés et non scolarisés. Les messages des dirigeants, visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l’encontre des personnes vivant avec le VIH/sida ont eu des répercussions. Bien que la stigmatisation continue à exister, elle est réduite à un niveau qui produit un climat plus sûr pour solliciter les conseils et les analyses et pour divulguer un éventuel statut séropositif.

■ **Les chefs religieux et les organisations religieuses ont été mobilisés pour piloter les activités d’éducation et de soins du sida** : les grandes organisations religieuses, catholiques, chrétiennes, musulmanes et traditionnelles possèdent une énorme influence en Ouganda et s’en sont servies pour lutter contre le sida et encourager l’acceptation des sidéens. Les hôpitaux des missionnaires ont été parmi les premiers à mettre au point des programmes de soins et d’appui en Ouganda. L’une des centaines d’initiatives religieuses, le projet d’éducation sur le sida, mis en œuvre dans des communautés musulmanes rurales par l’association médicale musulmane ougandaise, a été choisie pour étude de cas des pratiques exemplaires par l’ONUSIDA.⁷⁴

■ **L’Ouganda a lancé les premiers services confidentiels, volontaires, de prestation-conseil et d’analyses (VCT)** : en 1990, le premier centre de VCT anonymes a ouvert ses portes à Kampala. En deux ans, ces services se sont implantés dans quatre centres de zones urbaines importantes, car l’environnement moins stigmatisant a encouragé de nombreux Ougandais à s’informer sur leur statut séropositif. Des analyses rapides du VIH ont donné des résultats le même jour et les « clubs post-analyse » ont apporté un appui de longue durée à la modification du comportement pour les personnes ayant subi une analyse, quel que soit leur statut.

■ **Le marketing social des préservatifs a rempli un rôle important mais non essentiel** : au départ, le président ougandais et plusieurs chefs religieux ont refusé la promotion des préservatifs mais, dès le milieu des années 1990, cette réticence a presque entièrement disparu. À cette époque, la quasi-totalité de la régression de l’incidence du

VIH s'était déjà produite. Plus récemment, une utilisation accrue des préservatifs, notamment parmi les groupes à haut risque, a sans doute contribué à la poursuite de cette régression.

■ **Les programmes de contrôle et de prévention des MST ont bénéficié d'un accent plus appuyé** : depuis 1994, année à partir de laquelle la régression de la prévalence du VIH a été documentée, deux projets financés par des bailleurs de fonds ont permis d'améliorer le diagnostic et le traitement des MST. Dès la fin des années 1990, l'approvisionnement en médicaments était adéquat et la distribution dans les établissements de santé ruraux s'était améliorée.

La modification comportementale la plus importante, c'est-à-dire la diminution du nombre de partenaires sexuels, semble constituer le facteur déterminant le plus important de la réduction de l'incidence du VIH en Ouganda. Pour la plupart, les Ougandais qui sont sexuellement actifs aujourd'hui ne fréquentent pas plusieurs partenaires sexuels intermittents ou en fréquentent bien moins.⁷⁵ Cette modification du comportement semble liée à la communication de l'information portant sur la prévention du sida, par le biais des réseaux sociaux découlant de la mobilisation communautaire à l'échelle nationale. L'obtention d'information auprès de modèles et de camarades dignes de confiance semble avoir personnalisé plus efficacement le risque, ce qui a entraîné un changement comportemental plus marqué et une réduction du nombre de cas de transmission du VIH.⁷⁶ Les efforts déployés pour aboutir à cette régression sans précédent des taux du VIH ont été remarquablement rentables : environ 1,80 \$ par adulte par an, sur dix ans.⁷⁷

Plus récemment, la circonscription de Rakai en Ouganda, a enregistré une augmentation des rapports sexuels occasionnels. En dépit d'une augmentation parallèle de l'utilisation de préservatifs,⁷⁸ cette augmentation du réseautage sexuel est un sujet d'inquiétude pour certains analystes.⁷⁹

Étude de cas : réduire le fardeau du paludisme

Selon l'OMS, le paludisme est la huitième morbidité la plus lourde au monde et la cinquième dans les pays en développement les plus pauvres. Cette maladie transmise par les moustiques touche et tue, de façon disproportionnée, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. L'initiative de lutte contre le paludisme de l'OMS s'est donnée pour but de réduire de moitié le nombre de morts dues au paludisme et de s'assurer que 60 % au moins des populations à

risque soient dotées, notamment, de moustiquaires traitées aux insecticides d'ici l'an 2010.⁸⁰ Le fait de dormir sous une moustiquaire traitée aux insecticides (ITN) permettrait de réduire la mortalité de 63 % et la morbidité de 40 % au moins.⁸¹ Ces stratégies exigent une modification du comportement à tous les niveaux, c'est pourquoi l'OMS a mis au point un module de formation pour les agents de santé chargés de gérer les programmes contre le paludisme : « Communication pour l'incidence comportementale du programme de lutte contre le paludisme ».⁸²

Dans un effort pour stimuler l'investissement commercial dans les ITN, l'USAID (Agence des États-Unis pour le développement international) a lancé *NetMark*, un groupement novateur, piloté par l'*Academy for Educational Development*, qui a noué des partenariats internationaux avec 13 grandes sociétés (représentant plus de 80 % de la capacité mondiale de production et de distribution des moustiquaires) pour développer les marchés des ITN et amplifier la disponibilité d'ITN abordables en Afrique.⁸³ Le programme a permis d'éliminer les taxes et les tarifs douaniers sur les ITN au Mali, au Sénégal et en Zambie. En 2002, le programme a lancé la commercialisation des ITN au Ghana, au Nigeria, au Sénégal et en Zambie, et a vendu plus de 600 000 ITN et 500 000 traitements réitérés aux insecticides, au cours de ses cinq premiers mois d'exploitation.⁸⁴

NetMark conçoit et met à exécution des campagnes de marketing axées sur les consommateurs, fondées sur la théorie et la recherche comportementales, en ayant recours à toute une gamme d'outils de communication médiatiques et communautaires. Le marketing commercial réduit la charge du secteur public en créant la demande de moustiquaires, pour les fournir à ceux qui ont les moyens de les acheter, permettant ainsi au secteur public de se servir de ses ressources limitées pour se concentrer sur ceux qui n'en ont pas les moyens. Parallèlement, *NetMark* œuvre à assurer un apport équitable d'ITN aux pauvres et appuie les efforts nationaux pour accéder aux ressources du Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme,⁸⁵ qui vise à fournir 40 millions d'ITN sur cinq ans. *NetMark* apprête également le marché pour une expansion commerciale, en s'appuyant sur la capacité et la qualité de la production locale d'ITN des fabricants en Afrique. Étant donné la réussite de *NetMark* dans la mise en œuvre de sa démarche dans plusieurs pays, cet investissement dans un nouveau modèle, reproductible, d'une intervention et de partenariat durable de santé avec le secteur commercial est de bon augure pour le progrès de la santé et de l'économie en Afrique.

Étude de cas : aider les enfants à survivre

En tant que mammifères, les êtres humains sont « programmés » pour protéger leurs petits. Pourtant, tous les ans, environ 10,6 millions d'enfants, de pays à faible et moyen revenu, meurent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans.⁸⁶ Soixante-dix pour cent de ces décès sont provoqués par cinq troubles et maladies évitables et traitables : pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole et malnutrition. Les décès sont souvent le résultat d'une conjugaison de ces maladies et troubles.⁸⁷

En réalité, le verre est à demi plein et à demi vide. Lorsque les responsables de la santé publique ont pris connaissance de ces statistiques déplorables, ils ont réuni les connaissances, les ressources et la volonté politique pour organiser des campagnes de santé publique afin d'améliorer la survie infantile. Ces efforts ont porté leurs fruits. Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont chuté, passant de 148 morts pour 1 000 enfants en 1955, à moins de 59 morts pour mille en 2000.⁸⁸ Depuis les années 1990, un ensemble d'outils de santé publique, toujours plus efficace, a permis de sauver la vie des enfants. Il s'agit de vaccins pour prévenir les grandes maladies contagieuses, d'antibiotiques pour traiter les infections, de sels de réhydratation orale pour sauver les enfants souffrant de diarrhée extrême et de l'allaitement maternel exclusif, technologie gratuite et efficace. En outre, les médias ont ajouté leur démarche interpersonnelle pour toucher des millions de personnes avec leurs messages visant à promouvoir l'utilisation de ces moyens d'importance vitale.

L'allaitement maternel est le moyen pourvu par la Nature pour nourrir et protéger les nouveau-nés. Toute forme d'allaitement maternel diminue de moitié le risque de mort d'un enfant avant un an, par rapport à l'absence d'allaitement maternel. Toutefois, l'allaitement maternel pratiqué correctement, c'est-à-dire dès la naissance, pendant les six premiers mois à l'exclusion de tout autre moyen, puis avec introduction d'une alimentation complémentaire nutritive à l'issue des six premiers mois, est un moyen encore plus efficace pour assurer la santé infantile. Cette forme optimale d'allaitement maternel pourrait sauver environ 1,5 million de nouveau-nés tous les ans, des vies qui seraient sinon enlevées par la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.⁸⁹ Le projet *Linkages*, financé par l'USAID, s'appuie sur des stratégies de modification des comportements étayées par des théories, visant à collaborer avec les décideurs, le personnel de la santé, les communautés et les membres des familles, dans le but de créer un environnement propice à l'allaitement maternel optimal.⁹⁰

Dans chaque pays, le projet *Linkages* influe d'abord sur les politiques ayant trait à l'allaitement maternel optimal, en formant des partenariats actifs avec les responsables de la santé publique et de la nutrition, les ONG, les agences internationales et les institutions d'enseignement supérieur. Des analyses politiques et des ateliers conçus à l'intention des parties concernées se sont révélés essentiels pour le renforcement du consensus et la mobilisation des ressources destinées aux interventions de programme visant à appuyer l'allaitement maternel optimal. Le projet *Linkages* identifie six éléments communs de ses interventions, dans différents pays :

- **la recherche formative** qui analyse les avantages et les obstacles au changement dans chaque segment pertinent de la population et qui identifie les actions spécifiques et souhaitées que les populations seront en mesure d'adopter
- **des messages ciblés, concis et mis à l'essai préalablement** pour promouvoir les actions « faisables »
- **les compétences-conseil et de communication** pour le personnel de la santé et les agents communautaires
- **des messages et des documents uniformes** à travers tous les moyens de communication de programme, pour aborder les comportements critiques
- **la saturation de publics spécifiques grâce à des messages transmis** par le biais des médias appropriés (électroniques, interpersonnels, par des manifestations et des démarches traditionnelles, telles que la chanson et les spectacles de marionnettes), et
- **un appui à l'interaction des groupes maternels et de référence**, par exemple les groupes d'entraide des mères, les clubs de femmes ou autres groupes existant au niveau local.⁹¹

Les résultats sont impressionnants. Les taux de démarrage opportun de l'allaitement maternel ont presque doublé à Madagascar (passant de 34 % à 60 %) et au Ghana (de 32 % à 62 %), avec une augmentation de 25 % en Bolivie. Le taux d'allaitement maternel exclusif a presque doublé à Madagascar (passant de 46 % à 83 %), avec une augmentation importante au Ghana et une légère augmentation en Bolivie. Les taux élevés d'alimentation complémentaire opportune n'ont certes pas augmenté dans ces pays, mais la proportion de mères apportant des aliments complémentaires de meilleure qualité à leurs enfants a augmenté.

Bien que l'allaitement maternel aide à prévenir la diarrhée, la thérapie de réhydratation orale (ORT) est salutaire pour les enfants qui souffrent d'épisodes diarrhéiques graves et risquent de mourir de déshydratation. Selon un rapport de l'OMS, les décès attribuables à la diarrhée sont passés de 4,6 millions en 1980 à 1,5 million en 1999, une régression de deux tiers, et l'adoption généralisée de l'ORT est sans doute à la source de cette réussite. L'utilisation de l'ORT s'est propagée dans les années 1980 dans plusieurs pays, puis dans le monde entier. Cette diffusion s'est produite en dépit des difficultés de mélange adéquat et des limites des sels de réhydratation orale (ORS) traitant uniquement la déshydratation, et non pas la diarrhée elle-même.⁹² L'ORT permet aujourd'hui de sauver plus d'un million d'enfants chaque année.⁹³

En Égypte, les décès causés par la diarrhée ont chuté de 82 % dans les années 1980. Le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques est devenu totalement opérationnel en 1984. Dès la fin de la décennie, l'ORT servait à traiter entre un tiers et la moitié de tous les épisodes diarrhéiques. Pour formuler cette démarche, la campagne de l'ORT a procédé à des recherches sur les préférences des consommateurs et les pratiques culturelles. Des stratégies intensives de modification du comportement ont été utilisées, y compris la formation de professionnels de la santé, de pharmaciens et journalistes. L'instruction sur l'importance de l'ORT a touché le grand public par les voies interpersonnelles et les médias de masse. Selon les évaluateurs, le marketing social et la campagne médiatique constituent les éléments les plus importants de la réussite. À la différence de la plupart des pays en développement, la télévision a touché la quasi-totalité des foyers dans les années 1980 et a donc constitué la principale voie de diffusion des messages les plus importants, même dans les foyers ruraux les plus pauvres. Les spots publicitaires télévisés étaient très intéressants et ont été appuyés par une porte-parole, une actrice connue de feuilleton télévisé au profil « maternel ». Les panneaux d'affichage sur les routes et les affiches, ainsi que les brochures en pharmacie et dans les dispensaires sont venus compléter la diffusion constante des spots télévisés.⁹⁴

Les agents de santé communautaire ont organisé des séances de pratique pour les mères en matière de mélange des ORS. Les mères ont appris rapidement et la plupart ont été en mesure de mélanger correctement cette solution. En outre, des ORS d'utilisation simple ont été mis sur le marché. Les mères ont eu recours aux ORS deux fois plus souvent en cas de diarrhée grave, et non pas dans les cas bénins, message spécifique de la campagne de communication. Cette dernière a également vivement incité les mères à continuer à allaiter leur nouveau-né pendant les épisodes diar-

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

L'allaitement au sein est la manière la plus naturelle de nourrir et de protéger un nourrisson. La mise en place d'un environnement propice à l'allaitement au sein peut exiger la participation des décideurs politiques, des employeurs, des travailleurs du secteur de la santé, des communautés et des familles.

rhéiques, à l'inverse de la pratique normative consistant à cesser toute alimentation. On a également enregistré des changements positifs à cet égard. Les admissions hospitalières d'enfants gravement déshydratés ont chuté et les morts de nouveau-nés pour cause de diarrhée ont baissé plus rapidement que celles provoquées par d'autres causes. Selon la conclusion de l'évaluation de l'OMS, les changements comportementaux de la part des mères et du personnel de la santé chargé des prises en charge ont été à la source de la plus grande partie de la réduction de la mortalité attribuable à la diarrhée.⁹⁵

Selon des recherches récentes, les ORS en soi pourraient être améliorés : la réduction de la concentration de sel et de sucre des ORS et leur enrichissement au zinc réduisent la durée et la gravité de la diarrhée et se révèlent plus économiques que les premières formules d'ORS.⁹⁶ En outre, les mères qui donnent à leurs enfants du sirop de zinc avec les ORS sont à 75 % moins susceptibles de leur donner des antibiotiques, une pratique courante mais inutile, entraînant la résistance aux antibiotiques.⁹⁷ Les nouvelles recommandations de l'OMS-UNICEF précisent des comportements spécifiques pour les mères, les agents sanitaires et les décideurs publics, afin de traduire ces résultats en réalités.⁹⁸

Le débat sur les stratégies visant à améliorer la santé des enfants ne saurait être complet sans l'initiative conjointe de l'OMS et de l'UNICEF,

nommée « gestion intégrée des maladies infantiles » (IMCI). Son but consiste à sauver les vies d'enfants et à encourager leur croissance et leur développement en modifiant les comportements à plusieurs niveaux. L'IMCI conjugue plusieurs programmes efficaces de survie infantile, afin que plusieurs maladies, et non pas une seule, soient simultanément évitées ou gérées de façon efficace. Pourquoi cette initiative est-elle nécessaire ? Tous les jours, plusieurs millions d'enfants malades, admis dans les hôpitaux, les centres de santé, chez les pharmaciens, les médecins et les guérisseurs, ne sont pas évalués, ni traités comme il le faudrait. Les parents reçoivent souvent de mauvais conseils ou aucun conseil des agents de santé et retardent gravement le recours aux soins. Dans les pays pauvres, les médicaments, les fournitures et le matériel sont souvent rares et les outils diagnostiques, tels que la radiologie et les analyses, sont réduits au minimum ou inexistantes. Les agents sanitaires s'appuient souvent sur des antécédents et des symptômes pour déterminer un traitement qui utilise au mieux les ressources disponibles.⁹⁹

L'IMCI encourage des comportements préventifs et curatifs qui, ensemble, déterminent en grande partie la santé de l'enfant. L'IMCI comporte trois grands volets : l'amélioration des compétences de prise en charge des agents de la santé, l'amélioration générale des systèmes de santé et l'amélioration des pratiques sanitaires et communautaires. L'IMCI constitue aujourd'hui la norme en matière de prévention et traitement des maladies infantiles ; selon les évaluations au Bangladesh, au Brésil, au Pérou, en Tanzanie et en Ouganda, un seul volet connaît une certaine réussite jusqu'à présent : la formation en IMCI des agents de la santé, dans les établissements de santé du premier échelon, a mené à une amélioration rapide et stable de la performance des agents de la santé dans la gestion des maladies infantiles. Toutefois, les ministères de la santé et leurs partenaires n'ont pas été en mesure d'amplifier la formation au-delà de quelques sites pilotes. Selon les évaluateurs, l'élargissement de l'IMCI exigera un engagement plus marqué dans le sens d'une gestion et d'une supervision améliorées, d'un financement plus large et d'un moins grand roulement du personnel. Il est également nécessaire d'amplifier la vulgarisation dans les communautés, afin de renforcer les comportements qui amènent les individus à recourir aux soins de santé.¹⁰⁰ Cette démarche sera digne de l'effort : les synergies d'une telle initiative offrent le meilleur espoir d'amélioration de la santé infantile à grande échelle.

Étude de cas : améliorer la santé maternelle

Sur les 529 000 décès maternels qui surviennent chaque année dans le monde,¹⁰¹ 99 % se produisent dans des pays pauvres. Et pour chaque

femme qui meurt, 30 à 50 autres souffrent de complications sérieuses et à long terme.¹⁰² Par conséquent, les complications liées à la grossesse sont parmi les principales causes de décès et d'invalidité des femmes des pays en développement. Dans la mesure où nombreux sont ceux qui considèrent la mortalité maternelle comme une question relevant des droits de la personne,¹⁰³ les interventions ayant pour but d'influencer les décisions des dirigeants politiques en matière de santé maternelle incluent souvent des appels à la conscience. Le fait que la réduction de la mortalité maternelle figure au nombre des Objectifs du millénaire pour le développement témoigne de l'efficacité des habiletés de communication de l'Initiative pour une maternité sans risque (*Safe Motherhood Initiative*), un effort mondial ayant pour objet de réduire le nombre de décès et de maladies associés à la grossesse et à l'accouchement.

Un slogan percutant est souvent le catalyseur de la sensibilisation à une préoccupation sous-jacente. Un article publié en 1985 par deux dirigeants du secteur de la santé publique a confirmé que les services de santé maternelle et infantile (SMI) s'occupaient avant tout de la santé infantile au détriment de la santé maternelle. Le sous-titre de l'article (« Où est le « M » dans « SMI » ? ») est devenu l'un des slogans des efforts des intervenants en la matière.¹⁰⁴ Malgré quelques efforts louables déployés au début pour réduire le nombre de femmes mourant en couches, le mouvement pour la Maternité sans risque ne s'est pas vraiment mobilisé avant le milieu des années 1980,¹⁰⁵ et la forte dissémination de « Où est le « M » dans « SMI » ? » lui a fait faire un grand pas en avant. Les décideurs du secteur de la santé du monde entier ont été appelés à répondre à cette question et à fournir les financements requis. Dans la mesure où les urgences obstétriques mortelles pour les femmes ne peuvent être prédites, les visites anténatales, les vitamines et même les accoucheuses qualifiées ne suffisent pas. Ceux qui cherchent réellement à réduire le nombre de décès maternels doivent pouvoir assurer des services d'urgence obstétrique, notamment des perfusions et des césariennes.

Le Sri Lanka et la Malaisie sont parmi les pionniers de la réduction de la mortalité maternelle ; bien avant les années 1980, des décideurs politiques et des responsables dévoués de la planification du secteur de la santé ont lancé des programmes qui ont touché les personnes influentes et fini par modifier le comportement des agents de la santé et des membres de la communauté dans l'ensemble de ces deux pays. Ces programmes offrent des enseignements bien établis sur la manière dont les pays pauvres peuvent progressivement réduire les taux de mortalité

d'au moins 50 %.¹⁰⁶ Par ailleurs, leur succès a enthousiasmé le mouvement pour une Maternité sans risque et leur a fourni un exemple à suivre, ce qui a permis d'en accélérer les progrès. L'engagement des décideurs du secteur de la santé obtenu par l'Initiative pour la Maternité sans risque a donné lieu à des succès rapides des programmes de réduction de la mortalité maternelle en Bolivie, dans la province de Yunnan en Chine, en Égypte, au Honduras, en Indonésie, en Jamaïque et au Zimbabwe.¹⁰⁷

Qui plus est, les exemples de succès peuvent être adaptés et mis en application à beaucoup plus grande échelle. Le Programme AMDD (*Averting Maternal Death and Disability*), un programme plurinational et pluri-agences d'une durée de six ans, appuyé par un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates, offre des services d'assistance technique pour renforcer l'accès des femmes aux services de traitement des urgences obstétriques dans plus de 50 pays où les décideurs et les planificateurs du secteur de la santé ont réagi face à la promesse du projet.¹⁰⁸ Sur une période de trois ans, les activités du programme AMDD ont couvert près de 180 millions de personnes et permis le traitement de plus de 270 000 femmes pour des complications obstétriques, soit une augmentation moyenne de 144 %. Le nombre des décès a diminué de plus de 50 %.¹⁰⁹ L'un des principaux éléments responsables du succès de ces efforts est l'intégration des technologies permettant de sauver des vies aux stratégies de modification des comportements nécessaires pour en assurer la disponibilité et l'utilisation.

La *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood* est une autre initiative de grande échelle à base communautaire, opérant actuellement dans 24 pays, qui organise des campagnes de sensibilisation et crée des alliances pratiques et dynamiques entre les communautés, les travailleurs de la santé publique et les ONG dans le but d'éviter tout décès inutile de mères et de nouveau-nés. Ces activités ont porté leurs fruits. En Indonésie, par exemple, 70 % des femmes exposées à cette campagne ont fait appel à un prestataire de service qualifié pour leur accouchement, contre 44 % des femmes n'en ayant pas bénéficié ; et 41 % des femmes exposées à la campagne savaient que toute hémorragie pendant la grossesse était un signe de danger, contre 16 % de celles qui n'y ont pas été exposées.¹¹⁰ Les spécialistes de la santé féminine sont heureux de ces succès mais aussi conscients du fait que tout progrès supplémentaire pour la santé maternelle exigera non seulement des financements importants mais aussi des champions résolus de leur cause au sein du système de santé et parmi les décideurs et les hommes politiques.¹¹¹

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

L'amélioration de l'accès aux soins obstétriques d'urgence est cruciale pour sauver la vie des mères.

Étude de cas : normaliser la planification familiale

Le fait de pouvoir contrôler sa propre fécondité par d'autres méthodes que le recours à un avortement à risque représente un progrès sur le long parcours de l'autonomisation des femmes.¹¹² Étant donné la gravité des risques de santé maternelle et infantile associés à des grossesses non souhaitées et se produisant à un moment peu favorable,¹¹³ l'adoption de méthodes modernes de planification familiale par des millions de femmes dans le monde en développement constitue un progrès en matière de santé publique, et illustre bien la diffusion de grande portée d'une innovation.¹¹⁴ À compter de 2004, 60 % environ des femmes mariées en âge d'avoir des enfants dans les pays en développement se servaient d'une méthode de planification familiale, contre 15 % en 1960 ; en 2004, 54 % avaient recours aux contraceptifs modernes.¹¹⁵ À la même époque, les taux de fécondité dans ces pays ont chuté, passant de six enfants par femme à un peu plus de trois ; même si le développement dans son ensemble est en grande partie responsable de ce changement, plus de 40 % en sont attribuables aux efforts des programmes de planification familiale.¹¹⁶

L'historique des efforts individuels de contrôle de la fécondité remonte loin dans le passé, mais le premier programme organisé de planification familiale à grande échelle a été lancé en Inde dans les années 1950. À partir des années 1960, alors que la rapidité de la croissance démographique était de plus en plus perçue comme un facteur important de la dégradation de l'environnement et de l'augmentation de la pauvreté, les conclusions des recherches réalisées et les groupes de pression

Modifier le paradigme de la planification familiale

L'histoire de la planification familiale poursuit son évolution. Étant données les préoccupations historiques concernant la croissance démographique, la définition initiale de la planification familiale se limitait essentiellement à la contraception. Cependant, au fil du temps, les défenseurs de la santé de la femme ont continué à documenter et à exprimer de nouvelles inquiétudes relatives aux abus du programme commis par certains pays, notamment la stérilisation forcée ou contrainte. Selon ces mêmes défenseurs, les programmes ignoraient pour l'essentiel les autres besoins tels que garantir des grossesses et des accouchements sans danger, réduire les risques des infections transmises sexuellement, notamment le VIH/sida, et réduire les inégalités sexuelles sous-jacentes qui privent essentiellement les femmes de tout pouvoir sur leur vie sexuelle.¹

Ces efforts de promotion ont influencé les perspectives et les recommandations de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) parrainée par les Nations Unies et tenue au Caire en 1994.² La CIPD a rejeté le paradigme du contrôle de la population. Le Programme d'action, adopté par 179 nations, a lancé une nouvelle tendance prônant des services intégrés, axés sur les clients et leurs droits, visant à répondre à une gamme plus étendue de besoins féminins en matière de santé de la reproduction. À titre d'exemple, un nombre croissant de programmes qui auparavant proposaient exclusivement des services de contraception se concentrent maintenant sur les risques liés au VIH/sida et à la violence entre partenaires sexuels, et œuvrent à l'inclusion des hommes comme partenaires. Le Fonds des Nations Unies pour la Population souligne que la réalisation des objectifs de la CIPD permettra de progresser sur la voie de la concrétisation des Objectifs du millénaire pour le développement.³

1. Marge Berer, « Population and Family Planning Policies: Women-Centered Perspectives », *Reproductive Health Matters* 1, no 1 (1993) : 4-12.

2. George F. Brown, « Foreword », *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, éd. Nicole Haberland and Diana Measham (New York : Population Council, 2002) : xi-xiv.

3. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), 10e anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement (remis à jour le 8 nov. 2004), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unfpa.org, le 2 déc. 2004.

politique de haut niveau ont convaincu les agences d'aide internationale, les fondations, et même les programmes publics du monde entier de l'importance de promouvoir les services de planification familiale et de les financer. En 1965, l'USAID a reçu les autorisations nécessaires du Congrès pour inclure les programmes de population et de planning familial dans leur assistance aux pays pauvres. L'USAID est ainsi devenue le principal bailleur de fonds en matière de population parmi le grand nombre de donateurs bilatéraux et de fondations privées. Et malgré leur succès à long terme, les programmes de planification familiale ont toujours été sujets à controverse.¹¹⁷

Ceci dit, des « programmes organisés de planification familiale » ont effectivement été mis sur pied et ils œuvrent sans relâche pour surmonter la résistance à laquelle ils sont si souvent confrontés. Des gouvernements et des ONG ont développé et lancé des réseaux de dispensaires autonomes

offrant des services de planification familiale gratuits, ou bien dans certaines régions, notamment en Afrique sub-saharienne, les services de planification familiale ont été intégrés aux services de santé maternelle et infantile. Dès le début, la Chine et l'Inde ont procédé à une mise en application énergique de leurs propres programmes. Des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, diverses fondations et l'IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) ont apporté des financements et une assistance technique considérables à d'autres pays, notamment le Bangladesh, la Thaïlande, l'Indonésie, l'Égypte, le Maroc, le Kenya et le Zimbabwe. Ces pays ont organisé un nombre considérable d'ateliers de formation à l'intention des médecins, du personnel infirmier et des agents de santé pour leur apprendre comment proposer des méthodes modernes de contraception à leurs clients et comment les conseiller sur leur utilisation. Les conseillers distribuaient des brochures décrivant les méthodes de planification familiale disponibles et ce, même si leurs clients ne savaient pas lire. En parallèle, des ressources considérables étaient investies dans l'élaboration de nouvelles méthodes de contraception et pour finir, la diversité des méthodes modernes proposées dans les dispensaires s'est développée pour répondre aux besoins et aux préférences tout aussi variés des clients.

Certaines organisations ont concentré leurs efforts sur la promotion de la planification familiale. Des manifestations communautaires, des spectacles de marionnettes, des danseurs, des chanteurs et diverses autres approches de contact direct ont fait connaître l'existence des services de planification familiale, rassuré les clients potentiels sur leur innocuité et encouragé les femmes de la région (et dans de trop rares cas les hommes) à les utiliser. Les prescripteurs appartenant à l'élite de la population ont pu être touchés par les messages des journaux, des magazines et de la télévision décrivant l'impact négatif de la croissance démographique, tandis que d'autres moyens de communication de masse (radio, posters, bandes dessinées et panneaux d'affichage) touchaient des millions de personnes dans les groupes pauvres et souvent analphabètes ou peu éduqués. Les romans-feuilletons avec pour thème la planification familiale étaient diffusés aux heures de grande écoute à la radio ; avec le développement rapide de la couverture radiophonique, ces romans-feuilletons ont fini par toucher l'essentiel de la population.¹¹⁸ Dans les villages des zones rurales et dans les quartiers pauvres des villes, les dirigeants des communautés ont appuyé l'organisation de discussions de groupes et la projection de films (à l'aide de générateurs portables) sur la planification familiale. Les groupes d'intervenants

ont également fait appel aux spectacles folkloriques pour transmettre des messages sur le caractère souhaitable de la planification familiale tout en amusant leur auditoire. Des acteurs jouaient souvent le rôle de mères ou de pères pauvres assiégés par de nombreux enfants, alors que dans la scène suivante d'autres acteurs présentaient un couple chic et à la mode qui avait choisi de n'avoir que deux enfants.¹¹⁹ Bien que cette approche n'ait pas provoqué une adoption immédiate de la contraception, les messages de cette nature ont sans doute contribué à la promotion de familles moins nombreuses.

La promotion et la distribution porte-à-porte de contraceptifs non cliniques représentaient une réaction aux contraintes culturelles existant dans les pays où les femmes ne peuvent se rendre dans les dispensaires. Le succès remarquable de cette approche pour augmenter le nombre de femmes des régions rurales du Bangladesh utilisant ces contraceptifs a rendu célèbre la « distribution à base communautaire », l'a dotée de son propre acronyme (CBD en anglais) et en a assuré la reproduction au niveau national dans le pays et à l'étranger. Les programmes de CBD, avec les modifications locales requises, ont été de plus en plus fréquemment ajoutés aux services fournis par les dispensaires dans bien des régions du monde. Toujours au Bangladesh, un programme fondé sur les réseaux sociaux a confié aux centres d'information des communautés, les Jiggashas, la responsabilité de transformer la planification familiale d'une norme individuelle en une norme sociale ; au sein de ces communautés, les agents de santé familiale sont devenus des animateurs de discussions de groupes, au lieu de se limiter à la simple transmission d'information et de fournitures.¹²⁰

Le marketing social a rapidement rejoint les autres approches utilisées pour faire connaître, promouvoir et distribuer les pilules contraceptives et les préservatifs par l'intermédiaire de pharmacies et d'autres détaillants à des prix subventionnés. Le marketing social a fait appel aux médias de masse, notamment la radio, les posters et les panneaux d'affichage pour encourager ceux qui en ont les moyens à acheter leurs contraceptifs dans des magasins de détail.¹²¹ Peu à peu, grâce à la persévérance des efforts de distribution de messages persuasifs, à l'expansion des contraceptifs et des services disponibles à des coûts raisonnables et à la dissémination des modèles couronnés de succès dans d'autres pays, la planification familiale est passée du statut d'innovation sujette à controverse à celui de norme mondiale (voir l'encadré 7, page 24).¹²²

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

© 2003 Melissa May, courtoisie Photostare

Les programmes de santé de la reproduction incluent de plus en plus souvent les hommes. Ici, un père participe à une réunion sur la planification familiale au Ghana.

Des programmes de promotion de la santé plus efficaces

Les enseignements tirés de nombreuses années d'élaboration et de mise en application d'interventions visant à modifier les comportements peuvent être appliqués et adaptés de manière efficace aux programmes de promotion de la santé.¹²³

- Identification des problèmes de santé spécifiques à traiter et des comportements dont la modification permettra d'améliorer la situation. Identification des principaux intervenants à tous les niveaux pertinents, des particuliers aux décideurs politiques.
- Connaissance et application de théories du comportement ayant fait leurs preuves lors de l'élaboration des programmes de promotion de la santé.
- Évaluation et réalisation de recherches poussées sur les intervenants principaux et en collaboration avec eux ; compréhension des raisons sous-jacentes du problème de santé qui sont liées au comportement, notamment les facteurs biologiques, environnementaux, culturels et divers autres facteurs liés au contexte, ainsi que les motivations en faveur du changement et les obstacles qui s'y opposent. Examen tout particulier des obstacles au changement et des vulnérabilités associées aux inégalités sociales et structurelles.
- Inclusion des parties prenantes concernées comme partenaires à part entière du processus

d'élaboration, de réalisation et d'évaluation de l'intervention, à l'aide notamment d'instruments d'évaluation et d'apprentissage en participation.

■ Ne pas négliger les besoins pratiques : une planification et une budgétisation judicieuses permettant le respect d'un calendrier idoine, une durée adéquate pour que les résultats des activités puissent se faire sentir et faire l'objet d'une évaluation, l'identification des partenaires adéquats et la sélection des personnes idéales pour travailler sur le projet. Surveillance du déroulement des activités, de leur qualité et de leur couverture et apport des modifications éventuellement nécessaires.

■ Demander aux principales parties prenantes d'identifier des exemples et des pairs démontrant une « déviance positive », c'est-à-dire des comportements sains qui s'écartent de la norme sociale, que le programme pourra mobiliser à l'appui de ses objectifs. Les exemples qui plaisent aux responsables des programmes n'ont pas forcément le même attrait pour les jeunes ou d'autres bénéficiaires.

■ Œuvrer à la mise en place d'un environnement favorable grâce au dialogue politique, aux activités de promotion et de défense d'une cause et au renforcement des capacités. Étant donné que les secteurs autres que celui de la santé risquent de constituer des facteurs de contexte importants pour la santé et les comportements y afférents, prévoir la possibilité d'une implication et de la coordination des efforts provenant d'autres secteurs.

■ Organiser une intervention polyvalente traitant tant des comportements spécifiques que des facteurs de contexte et susceptibles de toucher les décideurs politiques, les protecteurs du public et les bénéficiaires directs. Pour atteindre les publics essentiels, avoir recours à des moyens de communication identifiés grâce à la recherche tels que les médias de masse, les activités communautaires en face à face, la formation des agents de la santé et les conférences à influence stratégique, avec des messages qui se renforcent mutuellement et des opportunités de discussion pour les communautés.

■ Renforcer la pérennité des interventions. Identifier les mécanismes et les atouts locaux pour consolider les comportements positifs au niveau des individus, les intégrer au niveau organisationnel, mettre en place des stratégies solides et mobiliser des ressources au niveau stratégique. Renforcer les valeurs et traditions culturelles qui favorisent l'entraide et la cohésion sociale.

■ Intégrer un volet évaluation dès le début des activités. Dans l'idéal, élaborer une méthode d'évaluation comportant un groupe expérimental et un groupe de référence et recueillir des données de référence ; procéder à une évaluation à la fin du projet, six mois après, un an après et, dans la mesure du possible, continuer les évaluations jusqu'à cinq ans après. Inclure des méthodes qualitatives et participatives pour assurer la représentation des perspectives des parties prenantes. Assurer une forte diffusion des résultats à l'aide de rapports et de réunions facilement accessibles.

■ Constituer des partenariats permettant d'élargir et/ou d'adapter les interventions les plus réussies pour en permettre la mise en application dans de nouveaux contextes.

Conclusion

Bien que des responsables idéalistes de la santé publique se soient engagés à la fin des années 1970 à atteindre l'objectif de « la santé pour tous » d'ici le début du XXI^e siècle, les statistiques sanitaires récentes révèlent une réalité toute différente. Malgré les progrès accomplis, la santé demeure un objectif illusoire pour des milliards de personnes et d'importants défis sanitaires continuent à exister partout dans le monde. L'analyse des facteurs de risque des principaux fardeaux associés à la maladie (décès et invalidité dus aux maladies et aux blessures) révèle le rôle essentiel des comportements humains en tant que cause et solution aux problèmes de santé.

Tant les objectifs du Millénaire pour le développement que l'identification des priorités en matière de maîtrise des maladies reflètent un consensus total de la part des dirigeants à l'échelle mondiale : éradiquer ou du moins fortement réduire nos problèmes de santé les plus sérieux et les problèmes de développement y afférents. Le succès de ces efforts dépendra des modifications du comportement à tous les niveaux : les individus, les familles, les communautés, les organisations et les décideurs politiques. Heureusement, les théories du comportement fondées sur des données probantes et les exemples de modification du comportement couronnés de succès nous montrent la voie à suivre. Grâce au soutien de la volonté politique et avec des ressources suffisantes, l'adaptation de programmes réussis et de nouvelles approches permettront de progresser vers l'objectif de la santé universelle. Nous n'avons pas besoin d'attendre le prochain millénaire.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Déclaration de la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978 », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int, le 1^{er} oct. 2004.
2. Peter Lamptey et al., « Facing the HIV/AIDS Pandemic », *Population Bulletin* 57, no 3 (2002) : 17.
3. Comité international de secours, « Une étude de l'IRC révèle que 31 000 personnes meurent chaque mois des suites du conflit au Congo et que le nombre de décès des six dernières années s'élève à 3,8 millions. Quand le monde commencera-t-il à s'intéresser à cette situation ? », 9 déc. 2004, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.theirc.org, le 12 fév. 2005.
4. ORC Macro, *DHS Dimensions* 6, n° 2 (2004), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.measuredhs.com, le 6 fév. 2005.
5. Ruth Levine et al., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Washington, DC : Center for Global Development, 2004) : 5.
6. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques pour promouvoir une vie en bonne santé* (Genève : OMS, 2002), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int, le 15 nov. 2004.
7. Colin D. Mathers et al., « Global Burden of Disease in 2002: Data Sources, Methods and Results », *Global Programme on Evidence for Health Policy*, Document de travail n° 54 (Genève : Organisation mondiale de la Santé, décembre 2003).
8. Tracy Kidder, *Mountains Beyond Mountains* (New York : Random House, 2003) : 37-44.
9. Laurie F. DeRose et al., « Does Female Disadvantage Mean Lower Access to Food? », *Population and Development Review* 26, n° 3 (2000) : 517-47.
10. Leonard S. Rubenstein, « Racial Discrimination and Health Care », déclaration prononcée devant la Conférence mondiale sur le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et toute intolérance y afférente, Durban, Afrique du Sud, 5 sept. 2000, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.phrusa.org, le 24 janvier 2005.
11. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2002*.
12. Vinand Nantulya et Florence Muli-Musiime, « Kenya: Uncovering the Social Determinant of Road Traffic Accidents », in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al. (New York : Oxford University Press, 2001) : 211-25.
13. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2002*.
14. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000—Comment améliorer la performance des systèmes de santé* (Genève : OMS, 2000).
15. Dean T. Jamison et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^e éd. (Washington, DC : Disease Control Priorities Project, Fogarty International Center, National Institutes of Health, à paraître), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.fic.nih.gov, le 29 janvier 2005.
16. Nations Unies (ONU), « Objectifs du Millénaire pour le développement », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.un.org/millenniumgoals, le 2 déc. 2004.
17. Adam Wagstaff et Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* (Washington, DC : Banque mondiale, 2004) : ix-xiv.
18. E.M. Forster, *Aspects of the Novel* (Orlando, FL : Harcourt, Inc., 1927).
19. Cette section s'inspire d'un excellent résumé élaboré par le National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (2003), disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://cancer.gov>.
20. Kenneth R. McLeroy et al. « An Ecological Perspective on Health Promotion Programs », *Health Education Quarterly* 15, n° 4 (1988) : 351-77.
21. James O. Prochaska et al., « In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviors », *American Psychologist* 47, n° 9 (1992) : 1102-14.
22. Irwin M. Rosenstock et al., « Social Learning Theory and the Health Belief Model », *Health Education Quarterly* 15, n° 2 (1988) : 175-85.
23. Albert Bandura, *Social Foundations of Thought and Action* (Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1986).
24. Lori Heise et al., « Ending Violence Against Women », *Population Reports*, Series L, n° 11 (1999).
25. National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* : 18.
26. Paolo Freire, *Pedagogy of the Oppressed* (New York : Continuum, 1970.)
27. Saul Alinsky, *Rules for Radicals: A Pragmatic Primer for Realistic Radicals* (New York : Vintage Books, 1971 ; édition révisée, 1989).
28. National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* : 22.
29. Robert E. Lande, « Performance Improvement », *Population Reports*, Series J, n° 52 (2002).
30. Everett M. Rogers, *Diffusion of Innovations*, 4^e éd. (New York : The Free Press, 1995).
31. Thomas W. Valente, « Social Network Thresholds in the Diffusion of Innovation », *Social Networks* 18 (1996) : 69-89.
32. Muhiuddin Haider et al., « Diffusion of Innovation and FOMENT: A Synergistic Theoretical Framework in Health Communication », *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, éd. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2005) : 1-24.
33. Naomi Rutenberg et Susan Cotts Watkins, « The Buzz Outside the Clinics: Conversations and Contraception in Nyanza Province, Kenya », *Studies in Family Planning* 28, n° 4 (1997) : 290-307.
34. Rogers, *Diffusion of Innovations* : 23-30.
35. Asha Mohamud, communication personnelle, 9 mars 2005.
36. Robert Hornik et Emile McAnany, « Mass Media and Fertility Change », *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, éd. John Casterline (Washington, DC : National Academies Press, 2001) : 208-39.
37. Elaine Murphy, compte-rendu du livre d'Arvind Singhal et al., eds., « Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice », *Journal of Health Communications: International Perspectives* 10, n° 5 (à paraître).
38. Arvind Singhal et al., eds., *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice* (Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004).
39. Miriam Jato et al., « The Impact of Multimedia Family Planning Promotion on the Contraceptive Behavior of Women in Tanzania », *International Family Planning Perspectives* 25, n° 2 (1999) : 60-67.
40. Arvind Singhal et al., « Air Cover and Ground Mobilization: Integrating Broadcasts With Community Listening and Service Delivery in India », *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice*, ed. Arvind Singhal et al. (Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004) : 351-75.
41. William A. Smith, « Social Marketing and Social Change in Public Health Communication », *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2005).

42. Josselyn Neukom et Lori Ashford, *Changing Youth Behavior Through Social Marketing: Program Experiences and Research Findings from Cameroon, Madagascar, and Rwanda* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2003).
43. Judi Aubel et al., « Strengthening Grandmother Networks to Improve Community Nutrition: Experiences from Senegal », *Gender and Development* 9, n° 2 (2001) : 62-73.
44. Asha Mohamud et al., « Girls at Risk: Community Approaches to End Female Genital Mutilation and Treating Women Injured by the Practice », *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, ed. Elaine Murphy (Washington, DC : PATH, 2002).
45. PATH et Maendeleo Ya Wanawake, *Evaluating Efforts to Eliminate the Practice of Female Genital Mutilation: Raising Awareness and Changing Social Norms in Kenya* (Washington, DC : PATH, 2002).
46. Jane N. Chege et al., *An Assessment of the Alternative Rites Approach for Encouraging Abandonment of Female Genital Mutilation in Kenya* (New York : The Population Council, 2001).
47. National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* : 11.
48. Karen Glanz et al., « Linking Theory, Research and Practice », in *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco : Jossey-Bass, Inc., 1997) : 19-35.
49. U.S. Centers for Disease Control and Prevention, *Healthy Youth!*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.cdc.gov, le 4 déc. 2004.
50. Douglas Kirby, *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy* (Washington, DC : National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001).
51. Tim Ensor et Stephanie Cooper, « Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side », *Health Policy and Planning* 19, n° 2 (2004) : 69-79.
52. Debra L. Roter et Judith A. Hall, « Patient Provider Communication », *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco : Jossey-Bass, Inc., 1997) : 206-26.
53. Elaine M. Murphy et Kristina Gryboski, « The Importance of Client-Provider Interactions: Evidence from Family Planning Programs », in *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2005) : 199-216.
54. John Bongaarts et Susan C. Watkins, « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », in *Population and Development Review* 22, n° 4 (1996) : 639-82.
55. Nahla Abdel-Tawab et Deborah Roter, « Provider-Client Relations in Family Planning Clinics in Egypt », *Population and Development Review* 22, n° 4 (1996) : 639-82.
56. Michael A. Koenig, *The Impact of Quality of Care on Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh* (Baltimore : Johns Hopkins University, 2003) : 6.
57. Sharon Rudy et al., « Amélioration des interactions entre client et prestataire de service », *Population Reports*, Series Q, n° 1 (2003).
58. Mi Kim Young et al., « Self-Assessment and Peer Review: Improving Indonesian Service Providers' Communication with Clients », *International Family Planning Perspectives* 26, n° 1 (2000) : 4-12.
59. Mi Kim Young et al., « Increasing Patient Participation in Reproductive Health Consultations: an Evaluation of 'Smart Patient' Coaching in Indonesia », *Patient Education and Counseling* 50, n° 2 (2003) : 113-22.
60. Ruth Levine et al., « Mobilizing Political Leadership and Champions Takes a Little Luck and a Lot of Preparation », *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, ed. Ruth Levine et al. (Washington, DC : Center for Global Development, 2005) : 7.
61. Elaine M. Murphy, *The Population Impact Project of Ghana: Reaching Out to Policymakers* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1991).
62. African Youth Alliance, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.ayaonline.org, le 21 fév. 2005.
63. Donald Nutbeam et Elizabeth Harris, *Theory in a Nutshell: A Guide to Health Promotion Theory* (New York : McGraw-Hill, 1999).
64. John Walley et al., *Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries* (New York : Oxford University Press, 2001) : 168.
65. Banque mondiale, *Nutrition At-a-Glance* (Washington, DC : Banque mondiale, 2003) : 1.
66. Micronutrient Initiative, *A Decade of Progress, A Lifetime of Hope*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.micronutrient.org, le 28 nov. 2004.
67. ONU, *A World Fit for Children*, rapport présenté à la session extraordinaire sur l'enfance de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2002, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unicef.org, le 2 déc. 2004.
68. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida — 2004*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unaids.org, le 2 déc. 2004.
69. Edward C. Green, *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries* (Westport, CT Praeger Publishers, 2003).
70. Janice A. Hogle, ed., *What Happened in Uganda?* (Washington, DC : Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), 2002).
71. Arvind Singhal et Everett M. Rogers, *Combating AIDS: Communication Strategies in Action* (Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2002) : 376.
72. Joan Haffey, communication personnelle, le 21 février 2005.
73. Elaine M. Murphy et Margaret Greene, « *Defending the ABCs: A Feminist Perspective* » (2005, soumis pour publication).
74. ONUSIDA, « The IMAU AIDS Education Project in Uganda », *UNAIDS Best Practices*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unaids.org, le 13 nov. 2004.
75. Rand Stoneburner et Daniel Low-Beer. « Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda », *Science* 302, n° 30 (2004) : 714-18.
76. Rand Stoneburner et al., « Enhancing HIV Prevention in Africa: Investigating the Role of Social Cohesion on Knowledge Diffusion and Behavior Change in Uganda », présentation à l'Agence des États-Unis pour le développement international, Washington, DC, 2000.
77. Hogle, *What Happened in Uganda?*
78. CNN.com, *Study: Condoms keep AIDS in check in Uganda*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.cnn.com, le 9 mars 2005.
79. James D. Shelton, « Partner Reduction Remains the Dominant Explanation », lettre à la rédaction du *British Medical Journal* en ligne, consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://bmj.bmjournals.com>, le 9 mars 2005.
80. OMS, « Roll Back Malaria », consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://mosquito.who.int>, le 14 nov. 2004.
81. USAID, *Our Work: Malaria*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.usaid.gov, le 13 nov. 2004.

82. OMS, *Communication for Behavioural Impact to Roll Back Malaria* (Genève : OMS, 2002) : i.
83. Academy for Educational Development (AED), « *NetMark* », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.netmarkafrica.org, le 14 nov. 2004.
84. USAID, « *Our Work: Malaria* ».
85. The Global Fund for AIDS, *Tuberculosis and Malaria*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.theglobalfund.org, le 14 nov. 2004.
86. UNICEF, *État de l'enfance du monde 2005*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unicef.org, le 23 jan. 2005
87. Banque mondiale, *Child Health at-a-Glance 1* (2002), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org, le 21 nov. 2004.
88. Levine et al., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* : 1.
89. UNICEF, *Facts for Life*, 3^e éd. (New York : UNICEF, 2002), cité dans *Experience Linkages* (Washington, DC : AED, 2003).
90. AED, « *Linkages Project* », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.linkagesproject.org, le 22 nov. 2004.
91. AED, *Experience Linkages*.
92. Cesar G. Victora et al., « Reducing Deaths from Diarrhoea through Oral Rehydration Therapy », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78, n° 10 (2000) : 1246-55.
93. *Rehydration Project*, consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://rehydrate.org>, le 21 fév. 2005.
94. Ruth Levine et al., « Preventing Diarrheal Deaths in Égypt », in *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, éd. Ruth Levine et al. (Washington, DC : Center for Global Development, 2004).
95. Victora et al., *Reducing Deaths from Diarrhoea through Oral Rehydration Therapy*.
96. Bjarne Robberstad et al., « Cost-Effectiveness of Zinc as Adjunct Therapy for Acute Childhood Diarrhoea in Developing Countries », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 82, n° 7 (2004) : 523-31.
97. Abdullah H. Baqui et al., « Zinc Therapy for Diarrhoea Increased the Use of Oral Rehydration Therapy and Reduced the Use of Antibiotics in Bangladeshi Children », *Journal of Health, Population and Nutrition* 22, n° 4 (2004) : 440-42.
98. OMS et UNICEF, OMS/UNICEF — *Déclaration conjointe sur le traitement clinique de la diarrhée aiguë* (mai 2004), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int, le 4 mars 2005.
99. OMS Site web sur la gestion intégrée des maladies infantiles (*Management of Childhood Illness*), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int, le 4 mars 2005.
100. Jennifer Bryce et al., « The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the Evaluation of Public Health Interventions », *American Journal of Public Health* 94, n° 3 (2004) : 406-15.
101. OMS, *Mortalité maternelle en 2000 : estimations préparées par l'OMS, l'UNICEF et le UNFPA* (Genève : OMS, 2004) : 2.
102. Robert M. Hecht, « Foreword », *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, éd. Alexander Preker (Washington, DC : Banque mondiale, 2003) : xi-xiii.
103. Jerker Liljestrand et Kristina Gryboski, « Women Who Die Needlessly: Maternal Mortality as a Human Rights Issue », in *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, éd. Elaine M. Murphy (Washington, DC : PATH, 2002) : 121-28.
104. Allen Rosenfield and Deborah Maine, « Maternal Mortality—A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH ? », *The Lancet* 2, (1985) : 83-85.
105. Carla AbouZahr, « Safe Motherhood: a Brief History of the Global Movement 1947-2002 », *British Medical Bulletin* 67 (2003) : 13-25.
106. Indra Pathmanathan et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka* (Washington, DC : Banque mondiale, 2003).
107. Marjorie A. Koblinsky et Oona Campbell, « Factors Affecting the Reduction of Maternal Mortality » *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Égypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*, éd. Marjorie A. Koblinsky (Washington, DC : Banque mondiale, 2003) : 5-37.
108. *Averting Maternal Death and Disability Network*, consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://cpmnet.columbia.edu>, le 15 nov. 2004.
109. Therese McGinn, « *Toward MDG 6: Reducing Maternal Mortality Globally* », résumé soumis en octobre 2004 au Global Health Council pour présentation à la conférence du Global Health Council, 31 mai-3 juin 2005.
110. Kristina Gryboski, « *Case Study: Indonesia's White Ribbon Alliance: Expanding Civil Society and Government Partnerships at Multiple Levels to Advocate for Maternal and Neonatal Health* », rapport du Projet sur la santé maternelle et néonatale (Baltimore : Johns Hopkins University, 2004).
111. AbouZahr, *Safe Motherhood: a Brief History of the Global Movement 1947-2002*.
112. Family Health International, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Arlington, VA : Family Health International, 2000).
113. Elaine M. Murphy, « Being Born Female is Dangerous to Your Health », *American Psychologist* 58, n° 3 (2003) : 205-10 ; et Barbara Shane, *La planification familiale sauve des vies*, 3^e éd. (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1997).
114. Elaine M. Murphy, « Diffusion of Innovations: Family Planning in Developing Countries », *Journal of Health Communication* 9, Supplément 1 (2004) : 123-29.
115. Carl Haub, *Fiche de données sur la population mondiale 2004* (Washington DC : Population Reference Bureau, 2004).
116. John Bongaarts, « The Role of Family Planning Programs in Fertility Decline », *Population Briefs* 2, n° 3 (1996).
117. Judith R. Seltzer, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries* (Santa Monica, CA : RAND, 2002) : 1-44.
118. Everett M. Rogers et al., « A Radio Soap Opera's Effects on Family Planning Behavior in Tanzania », *Studies in Family Planning* 30, n° 3 (1999) : 193-211.
119. Phyllis T. Piotrow and Esta de Fossrd, « Entertainment-Education as a Public Health Intervention », in *Entertainment-Education and Social Change*, éd. Arvind Singhal et al. (Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2004) : 39-60.
120. D. Lawrence Kincaid, « From Innovation to Social Norm: Bounded Normative Influence », *Journal of Health Communication: International Perspectives* 9, Supplement 1 (2004) : 37-57.
121. Seltzer, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries* : 33-34.
122. John Cleland, « Potatoes and Pills: An Overview of Innovation-Diffusion Contributions to Explanations of Fertility Decline », *Diffusion Processes and Fertility Transition*, éd. John B. Casterline (Washington, DC : National Academies Press, 2001) : 39-65.
123. Voir par exemple, Andrea C. Gielen et Eileen M. McDonald, « The Precede-Proceed Planning Model », *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2^e éd., éd. Karen Glanz et al. (San Francisco : Jossey-Bass, Inc., 1997) : 359-83.

Ressources suggérées

Core Initiative. *Health Education in Primary Health Care Projects: A Critical Review*. Washington, DC : Child Survival Collaboration and Resources Group (CORE), 2004. Disponible en ligne à l'adresse suivante : www.coregroup.org.

Elder, John. *Behavior Change and Public Health in the Developing World*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2001.

Freire, Paulo. *Pedagogy of the Oppressed*. New York : Continuum, 1970.

Grabman, Lisa Howard, et al. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs. Disponible en ligne à l'adresse suivante : www.hcpartnership.org.

Green, Edward C. *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries*. Westport, CT : Praeger Publishers, 2003.

Haider, Muhiuddin, ed. *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2005.

Levine, Ruth, et al. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC : Center for Global Development, 2004.

National Cancer Institute. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (mis à jour le 27 février 2003). Disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://cancer.gov>.

Pretty, Jules, et al. *Participatory Learning and Action: A Trainer's Guide*. London : International Institute for Environment and Development, 1995.

Rogers, Everett M. *Diffusion of Innovations*, 5^e éd. New York : The Free Press, 2003.

Singhal, Arvind, et al. *Entertainment-Education and Social Change: History, Research, and Practice*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2004.

Walley, John, et al. *Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries*. New York : Oxford University Press, 2001.

Organisation mondiale de la Santé (WHO). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Comment promouvoir la santé en réduisant les risques*. Genève : OMS, 2000. Disponible en ligne à l'adresse suivante : www.who.int.

Sites Internet recommandés

Academy for Educational Development's CHANGE Project
www.change.org

The Cochrane Library Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness
www.update-software.com/cochrane-frame

The Communication Initiative
www.comminit.com

Family Health International and Johns Hopkins University's Health Information and Publications Network (HIPnet)
www.hopkinsmedicine.org

The Futures Group International's "What Works" series
www.futuresgroup.com

Johns Hopkins University Center for Communication Programs
www.jhuccp.org

Population Reference Bureau
www.prb.org

Management Sciences for Health's Best Practices Consortium
www.msh.org

Program for Appropriate Technology in Health (PATH)
www.path.org

UNAIDS Best Practices Collection
www.unaids.org

USAID Knowledge for Development/Communities of Practice
<http://knowledge.usaid.gov/ss.html>

Publications sur la population et la santé du PRB

Pour de plus amples renseignements sur les questions de population et de santé, voici les titres de plusieurs publications récentes du PRB disponibles sous forme imprimée et sur notre site Internet :

Les femmes de notre monde 2005

par Lori Ashford et Donna Clifton

La quatrième édition des fiches de données sur *Les femmes de notre monde 2005* du PRB présente des projections remises à jour sur la condition féminine et les progrès accomplis dans les domaines de la santé de la reproduction, l'éducation, la vie professionnelle et la vie publique. Côté positif : les femmes et les fillettes des pays en développement ont enregistré un certain nombre de progrès sur plusieurs des indicateurs courants au cours des dix dernières années, notamment en matière de scolarisation. Mais les femmes du monde entier demeurent confrontées à des désavantages au plan social comme au plan économique par rapport aux hommes, et les inégalités se font particulièrement sentir dans les pays les plus pauvres. (2005) Également disponible : un dossier résumé de 4 pages, « Évaluation des progrès de la condition féminine ».



Prévenir le cancer du col de l'utérus de par le monde

Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus



Des centaines de milliers de femmes meurent chaque année du cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi *Prévenir le cancer du col de l'utérus dans le monde* met l'accent sur des approches novatrices permettant de réduire l'impact de cette maladie évitable, notamment dans les pays en développement où se produisent 83 % des nouveaux cas de cette maladie et 85 % de l'ensemble des décès qui lui sont attribuables. Ce rapport de 24 pages examine les recherches réalisées par l'Alliance pour la prévention du col de l'utérus, qui se compose de cinq agences, sur la sécurité, la fiabilité et la rentabilité des nouvelles techniques de prévention et de traitement. (2004) Également disponible : dossier résumé de 4 pages intitulé « Prévenir le cancer du col de l'utérus de par le monde ».

Le projet inachevé : répondre aux besoins en planification familiale dans les pays moins développés

par Dara Carr et Marya Khan

Ce dossier de six pages passe en revue les futurs défis à la satisfaction des besoins en planification familiale dans les pays moins avancés. Malgré les progrès considérables des programmes de planification familiale au cours des 50 dernières années, une fracture profonde continue à diviser les pays en termes d'accès à la contraception et de son utilisation. Divers facteurs renforcent les obstacles à la satisfaction de la demande, notamment la croissance démographique, les carences au niveau de l'offre et l'insuffisance de fonds. Ces défis ne sont pas insurmontables mais l'intensification de la demande exige une résolution rapide des problèmes actuels en matière de services. (2004)

Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde

par Dara Carr

Plus d'un milliard de personnes vivent avec moins de 1 \$ par jour (une personne sur six au monde) et pour eux, les services de santé et les médicaments modernes sont hors de portée. Bien des initiatives tentant d'améliorer les conditions de santé des plus pauvres se sont soldées par un échec. Ce numéro du Bulletin de santé de 34 pages examine les différentes facettes de la fracture entre les nantis et les démunis, les facteurs qui jouent un rôle dans la disparité en matière de santé, ainsi que les approches qui permettent d'améliorer la santé des plus pauvres. (2004) Également disponible : dossier résumé de 4 pages intitulé « Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde ».



Pour commander des publications du PRB :

Population Reference Bureau

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520 • Washington, DC 20009 États-Unis

Courriel : popref@prb.org • Site Internet : www.prb.org • Tél. : 202 483-1100 • Télécopieur : 202 328-3937

PRB POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009 États-Unis
202 483-1100 ; 202 328-3937 (télécopieur)
popref@prb.org
www.prb.org