

Analyse situationnelle de la capacité de changement social et comportemental des principaux partenaires gouvernementaux, internationaux et locaux du Ministère de la Santé

Rapport centré sur les domaines du paludisme, de la planification familiale et de la santé maternelle, néonatale et infantile



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Breakthrough
ACTION
FOR SOCIAL & BEHAVIOR CHANGE



Table des Matières

<u>Table des Matières</u>	1
<u>Remerciements</u>	3
<u>Contexte</u>	4
<u>Objectifs de l'Analyse Situationnelle</u>	5
<u>Méthode</u>	6
<u>Difficultés</u>	8
<u>Résultats de la Collecte des Données</u>	10
<u>Panorama de Acteurs de Communication pour le CSC</u>	11
<u>Inventaire des Outils CSC</u>	14
<u>Cycle de Project et Capacités des Organisations de CSC</u>	17
<u>La planification</u>	17
<u>Points forts</u>	18
<u>Points faibles</u>	20
<u>Mesures d'amélioration</u>	23
<u>La mise en œuvre</u>	23
<u>Points forts</u>	24
<u>Points faibles</u>	25
<u>Mesures d'amélioration</u>	27
<u>L'évaluation</u>	28
<u>Points faibles</u>	29
<u>Mesures d'amélioration</u>	30
<u>Synthèse</u>	32

Acronymes

AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial
AGIL	Alliance pour la promotion de la gouvernance et des initiatives locales
BSD	Bureau de Stratégie et de Développement
CCP	Johns Hopkins Center for Communication Programs
CECOJE	Centre d'Écoute et de Conseils pour les Jeunes
CRS	Catholic Relief Services
CSC	Changement Social et Comportemental
DNGELM	La Direction Nationale des Grandes Endémies et Lutte contre la Maladie
DNSCMT	Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle
DNSFN	Direction National Santé Familiale et Nutrition
FMG	Fraternité Médicale Guinée
HC3	Health Communication Capacity Collaborative
HKI	Helen Keller International
MS	Ministère de la Santé
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASA2	Programme d'appui au renforcement du système de santé
PEV	Programme Élargie de Vaccination
PF	Planning Familiale
PNL-MNT	Programme National Lutte contre maladies Tropicales Négligées
POSSaV	Plateforme des Organisations de la Société Civile pour la Santé et la Vaccination
SFCG	Search For Common Ground
SMART	Spécifique, mesurables, appropriés, réalistes et inscrits dans le temps
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SNPS	Service National de Promotion de la Santé
SOP	Procédure opératoire standardisée
SR	Santé de la Reproduction
TdH	Terre des hommes
TDR	Termes de Référence
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USAID	United States Agency for International Development

Remerciements

Ce rapport est rendu possible grâce au soutien du peuple américain à travers United States Agency for International Développement (USAID) dans le cadre de l'Accord de coopération Breakthrough ACTION #AID-OAA-A-17-00017.

Breakthrough ACTION est basé au Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP).

Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité de Breakthrough ACTION et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID, du Gouvernement des États-Unis ou de l'Université Johns Hopkins.

Les remerciements de notre équipe s'adressent singulièrement Saïkou Oumar Sagnane, Mohamed Lamine Sankhon, Aminata Tolno, M'mah Conté, et Sidi Diallo.

Contexte

Breakthrough ACTION est un projet global qui fait de l'innovation en matière de changement social de comportement. Cette démarche vise à augmenter l'utilisation des structures de santé par les usagers. Son volet santé intégrée prend en compte les domaines prioritaires de santé que sont : le paludisme, la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), et la planification familiale (PF)/santé de la reproduction (SR).

En avril 2015, CCP, à travers son projet Health Communication Capacity Collaborative (HC3), a mené une évaluation sur la gestion des connaissances en Guinée dont les résultats ont été partagés avec le Ministère de la Santé (MS) et ses partenaires. Ils indiquaient un important déficit d'échanges et un déséquilibre dans le partage des savoirs entre les partenaires d'intervention. À la suite d'entretiens tenus avec les cadres du département, les propos ont ressorti la faiblesse des plateformes de développement, d'harmonisation, de validation collective et de partage des programmes et matériels de changement social et comportemental. Pourtant, d'importants investissements ont été faits pour renforcer la capacité du pays dans ce domaine.

La réussite des échanges entre les partenaires devrait reposer sur une coordination cohérente conduite par le ministère de santé, en l'occurrence le Service National de Promotion de la Santé (SNPS) qui a pour mission de coordonner les interventions de Changement Social et Comportemental (CSC) pour leur assurer plus d'efficacité et d'efficience. Cette coordination requiert une bonne connaissance des intervenants, des programmes et des instruments de CSC à leur disposition. Son acquisition pourrait se faire à travers une analyse situationnelle de la capacité des acteurs du changement social et de comportement dans le pays.

Le projet Breakthrough ACTION s'est engagé à accompagner le service national de promotion de la santé dans l'analyse des capacités des acteurs du CSC dans les domaines du paludisme, la SMNI et la PF/SR. Cette analyse consiste d'une part, à partir d'un questionnaire, pour effectuer une évaluation rapide de la capacité de changement social et comportemental des principaux partenaires gouvernementaux, internationaux et locaux du MS. D'autre part, il s'agit d'inventorier l'ensemble des matériels de CSC existant auprès de ces partenaires dans les domaines prioritaires de santé indiqués. Le principe est que les échecs des programmes de communication pour le CSC ne sont pas toujours liés aux cibles ; les intervenants ont aussi leur part de responsabilité dont il faut analyser les lacunes et les faiblesses.

Les résultats de l'évaluation des capacités serviront de base pour le renforcement des compétences et du système de communauté des intervenants (acteurs) en matière de changement social et comportemental. Les matériels de CSC mobilisés à la suite de l'inventaire devront, eux, être stockés sur une plateforme numérique facilitant leur accessibilité par tous les partenaires en vue d'un meilleur partage des connaissances.

Objectifs de l'Analyse Situationnelle

L'objectif général de cette analyse consiste à évaluer la capacité des acteurs en matière de gestion des programmes de changement social et comportemental. Cette gestion englobe les capacités de planification, de mise en œuvre, de suivi-évaluation et de disponibilité de matériels CSC. Spécifiquement, il s'agit de :

- Collecter auprès des partenaires (organisations internationales & locales) et au niveau des Directions et Programmes du MS, les matériels et documents de CSC élaboré dans le cadre du paludisme, la SMNI, la PF/SR, la nutrition, la vaccination, et l'Eau, assainissement et hygiène (WASH) ;
- Évaluer la capacité du MS et de ses partenaires nationaux et internationaux dans la mise en œuvre des programmes de communication pour le CSC ;
- Explorer le contenu des stratégies/matériels de communication des partenaires de mise en œuvre des activités de CSC en rapport avec les composantes du paludisme, la SMNI, la PF/SR, la nutrition, la vaccination, et WASH ;
- Identifier les lacunes actuelles en capacité de gestion des connaissances au sein du MS ;
- Explorer le mécanisme de renforcement des capacités des acteurs en matière de CSC ;
- Formuler des recommandations pour renforcer les compétences et les systèmes au sein de la communauté CSC.

Méthode

L'activité a démarré par une réunion entre le projet BA Guinée et le Ministère de la Santé (Cabinet, BSD [Bureau de Stratégie et de Développement], SNPS) au cours de laquelle la démarche de l'évaluation et de l'inventaire a été expliquée. À l'issue de cette réunion, les documents techniques (Termes de Référence [TDR], budget ...) ont été élaborés pour formaliser le cadre de travail quant à l'atteinte des objectifs assignés.

Le SNPS et Breakthrough ACTION Guinée ont élaboré une liste des directions et programmes du ministère, des partenaires techniques et financiers, des organisations internationales et locales qui pouvaient être soumises à l'exercice de l'évaluation des capacités et de l'inventaire de matériels CSC. Cette liste a d'abord pris en compte la répartition des acteurs CSC sur le territoire national. Pour raison de stratégie, le projet Breakthrough ACTION a exprimé le besoin de se focaliser essentiellement sur les principaux partenaires évoluant dans le CSC au niveau national (Conakry).

Les organisations identifiées ont été invitées à un atelier d'orientation (06 septembre 2019) pour leur expliquer le concept de l'évaluation des capacités, leur présenter la démarche et le contenu du travail ainsi que les outils qui serviront à mener l'activité. Au cours de cette rencontre, deux méthodes de travail leur ont été proposées pour la collecte des informations. Il était question que les participants échangent pour trouver le moyen le plus facile de mettre les informations recherchées à la disposition des évaluateurs du SNPS. La première approche consistait à configurer le questionnaire dans une plateforme de collecte des données (KoBoCollect) et à l'administrer lors d'un entretien individuel arrangé avec chaque partenaire désigné. La seconde suggérait de réunir les acteurs au cours d'un atelier pour procéder à l'évaluation participative des capacités CSC et à l'inventaire de matériels.

À la fin de la réunion d'orientation, les parties prenantes se sont accordées sur la première approche tout en invitant le SNPS à partager les outils de collecte des données avec tous les partenaires pour s'en familiariser, réunir les informations nécessaires à l'interne et faciliter les échanges avec l'équipe des évaluateurs lors des rencontres individuelles.

Toutes les institutions qui ont reçu les outils se sont attelées à les renseigner avant l'arrivée de l'équipe d'enquêteurs. Souvent, un groupe de travail ad hoc était constitué par les organisations pour examiner le contenu des outils et apporter les éléments de réponse.

Quatre cadres du SNPS ont été mobilisés pour collecter les informations auprès des institutions. Cette équipe était composée de deux femmes et deux hommes, divisée en deux groupes de deux personnes. Une journée de formation leur a été dispensée sur l'utilisation des outils d'enquête, la démarche méthodologique et l'explicitation des termes contenus dans les instruments de collecte des données. Une seconde journée a été mise à profit pour tester l'approche méthodologique et les outils auprès des acteurs concernés par l'évaluation. Chacune des deux équipes a rencontré et travaillé avec un partenaire. Leur retour d'expériences a permis de valider les outils et l'approche. Il a également contribué à préciser les types de matériels à inventorier.

La collecte des données s'est réalisée sur deux phases. La première a concerné les organisations de CSC qui ont participé à l'atelier d'orientation. Elle a duré sept jours, du 20 au 27 septembre 2019. Les institutions qui n'étaient pas disponibles à cette période ont été relancées pour la deuxième phase de collecte qui s'est tenue du 15 au 23 octobre 2019.

Le questionnaire de l'évaluation est conçu de sorte à pouvoir attribuer un score à chaque réponse fournie par l'institution aux différents indicateurs. L'analyse a consisté à compter la somme des scores obtenus par chaque institution. Le décompte a été fait pour chacune des sept étapes du processus de communication, mais également pour chacune des trois phases principales du procès. Pour déceler les points forts et les points faibles de chaque organisation, les variables d'évaluation ont été examinées indicateur par indicateur. Les informations ont été centralisées, traitées et consignées dans le présent rapport qui fera l'objet d'une validation par l'ensemble des parties prenantes. Le rapport définitif sera partagé à tous les partenaires impliqués concernés.

Difficultés

L'évaluation des capacités et l'inventaire des outils CSC se sont déroulés sur la base d'une planification et en fonction des ressources disponibles. Toutes les institutions qui ont été ciblées par le SNPS pour participer au programme n'ont pas toujours pu s'insérer dans la planification des opérations. Cette situation s'est fait remarquer depuis l'atelier d'orientation. Sur 32 organisations invitées, 24 n'ont pas réussi à y participer. Parmi celles qui étaient venues à l'atelier, il y en a eu qui n'ont pas tenu les rendez-vous de collecte du fait des chevauchements de calendriers. Les rendez-vous initiaux obtenus auprès des partenaires ont parfois été ajournés, rendant difficile la gestion du calendrier initial. Il a été utile de garder une marge de flexibilité en appelant à la veille de chaque rendez-vous l'institution concernée pour confirmer ou reprogrammer la rencontre.

La période de collecte des données a coïncidé à une période de tensions politiques autour de l'éventualité d'un changement constitutionnel dans le pays. Les contestations sociales à répétition entravaient les activités professionnelles, réduisant la mobilité des cadres institutionnels. Cette situation a beaucoup ralenti la progression de la collecte des données. Pour surmonter ces aléas, les organisations concernées ont été invitées à renseigner les outils d'évaluation et à les soumettre par voie de courriel électronique.

Le niveau de priorisation de l'activité était jugé moins pertinent par les organisateurs eux-mêmes. Conséquemment, son démarrage a été reporté à deux fois au profit de l'urgence d'autres activités. Également, certain partenaire (Stop Palu+) a sorti des exigences quant à se référer à leur bureau hiérarchique avant de se prononcer sur leur participation éventuelle au programme d'évaluation. L'attente de cet accord du chef hiérarchique prenait assez de temps au point que certaines organisations n'ont que partiellement été évaluées.

Du côté de la logistique, des véhicules ont été mise à disposition pour l'assurer le transport des enquêteurs. Leur point de départ était fixé au bureau de Breakthrough ACTION. Cela supposait que les enquêteurs se déplacent de chez eux pour venir récupérer le véhicule au bureau avant de repartir sur le terrain pour la collecte des données. Cette expérience a été difficile du fait que le bureau de Breakthrough ACTION est excentré par rapport aux logements des enquêteurs et à la situation géographique de nombreuses institutions visitées. Les enquêteurs ont dépensé plus de temps et d'argent en allant chercher le véhicule alors que celui-ci aurait pu venir vers eux pour leur faciliter le déplacement.

Dans la seconde phase de déploiement des enquêteurs, le problème de mobilité a pu être résolu par l'élimination des véhicules privés de transport. Des frais compensatoires ont été payés aux enquêteurs pour couvrir leurs mouvements. Cette solution s'est avérée plus flexible du moment où les concernés adaptaient leur moyen de transport en fonction des différentes conjonctures de la circulation routière ; surtout pour éviter les embouteillages et respecter les heures de rendez-vous.

Deux propositions peuvent être faites : soit le véhicule va chercher les enquêteurs à un point géographique raisonnable pour un gain de temps et d'argent, sinon on paie l'équivalent de la logistique aux enquêteurs pour qu'ils empruntent des moyens de déplacement adaptés. De fait, il est préférable de payer le transport aux enquêteurs plutôt que de mettre un véhicule à leur disposition avec les contraintes que cela peut entraîner.

Il était prévu un forfait de communication pour la coordination de terrain. Par ailleurs, les enquêteurs ont été dans l'obligation d'utiliser leurs propres crédits téléphoniques pour établir le contact avec les institutions et pouvoir faire le suivi des rendez-vous. Il fallait appeler à chaque fois pour confirmer les rendez-vous ou les réajuster. Ce qui n'était pas prévu dans la planification budgétaire initiale. Ce coût était difficile à supporter pour les enquêteurs puisqu'ils n'y étaient pas préparés. Toutefois, lors de la seconde phase de collecte, un montant forfaitaire a été payé à chaque enquêteur pour couvrir ses frais de communication.

Une prime de nourriture était prévue pour les enquêteurs durant les jours de terrain. Mais rien ne leur a été donné tout au long de l'enquête. Puisqu'il ne s'agissait pas d'une rémunération sur la base d'un contrat de résultat, il aurait été préférable de leur payer cette prime au moment de l'enquête pour stimuler leurs motivations et combler leurs besoins naturels non satisfaits.

Résultats de la Collecte des Données

Au départ, 32 institutions partenaires avaient été répertoriées par le SNPS et Breakthrough ACTION pour participer à l'analyse situationnelle : quatre directions et quatre programmes du MS, trois agences du système des nations unies, treize partenaires du MS, six organisations non gouvernementales (y compris l'association des journalistes de santé), deux universités publiques (Gamal et Sonfonia) abritant les sciences de la santé (médecine et sciences sociales de la santé).

Sur les 32 institutions identifiées et invitées à l'atelier d'orientation relatif à l'analyse situationnelle, 23 ont répondu présents en plus une ONG qui n'était pas ciblée au départ (la Blue Écoute). Soit un total de 24 institutions. Au niveau du MS, la DNSFN et le programme PECIMNE, directement concernés par l'activité, n'étaient pas présents à l'atelier et n'ont pas pu être rencontrés dans le cadre de la première phase de collecte d'informations pour l'analyse situationnelle. Les autres structures absentes sont : Organisation mondiale de la Santé (OMS), UNICEF, Catholic Relief Services (CRS), Organisation internationale pour les migrations (OIM), Terre des hommes (TdH), le Programme d'appui au renforcement du système de santé (PASA2) et l'université des sciences sociales de Sonfonia.

Sur les 24 structures qui se sont présentées à l'atelier, 16 ont participé à l'évaluation et huit n'étaient pas disponibles au moment de la collecte. Parmi les participants, il y a 14 qui ont effectivement renseigné les deux formulaires (inventaire et évaluation) et fourni les échantillons de matériels, et deux autres ne l'ont pas fait parce qu'ils ne disposent pas encore de matériels et d'activités véritables de changement social et comportemental.

Dans la seconde phase de collecte, des institutions qui n'avaient pas pu être évaluées dans la première phase ont été relancées. De nouvelles organisations ont aussi été introduites dans la liste des partenaires CSC. À la fin des deux phases de collecte des données, 24 institutions ont été rencontrées et ont fourni des informations qui leur ont été demandées.

Panorama d'Acteurs de Communication pour le CSC

Dans la multiplicité d'acteurs intervenant dans le changement social et de comportement, il y en a qui présentent des particularités en ce qui concerne les stratégies d'action. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est le seul à avoir notifié l'existence d'un plan de communication pour le CSC. Dans le reste des cas, ce document phare pour la conduite des stratégies de changement de comportement semble ne pas exister dans les autres programmes, projets et directions du Ministère de la Santé dont la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSCMT), Direction National Santé Familiale et Nutrition (DNSFN), la Direction Nationale des Grandes Endémies et Lutte contre la Maladie (DNGELM), Programme Élargie de Vaccination (PEV), Programme National Lutte contre maladies Tropicales Négligées (PNL-MTN) et le SNPS. Les partenaires techniques, comme Plan Guinée, GIZ, UNFPA (United National Population Fund), Jhpiego, Child Fund, and Solthis, accompagnent le MS dans la planification et la mise en œuvre des actions ; ils ne possèdent pas en leurs seins de documents de planification.

Certaines organisations non gouvernementales ont fait de la communication pour le CSC leur mission. La pratique et l'expérience leur ont permis de développer des expertises particulières dans le domaine. Le centre d'écoute et de conseils pour les jeunes (CECOJE) de Ratoma et la Blue écoute de Kaloum interviennent généralement dans la santé sexuelle et reproductive à l'endroit des jeunes. Pour le moment, ils ne développent ni de projets encore moins d'outils de communication. Ils sont plutôt sollicités pour la communication interpersonnelle et les conseils.

La plateforme des organisations de la société civile pour la santé et la vaccination (POSSaV) a acquis une expérience dans la stratégie porte-à-porte sur les questions de vaccination surtout. Elle collabore très souvent avec le PEV et ses partenaires pour promouvoir les campagnes de masse par les activités de proximité.

L'Alliance pour la promotion de la gouvernance et des initiatives locales (AGIL), agit dans la promotion des initiatives communautaires en vue de l'autonomisation et de la participation des citoyens dans le contrôle de l'environnement qui influence leur état de santé. L'organisation a eu de l'expérience dans la mise en place et le fonctionnement des plateformes communautaires durant la lutte contre la maladie à virus Ébola.

L'association des journalistes de santé a été créée à la fin de l'épidémie d'Ébola. Elle s'est donnée pour mission d'informer les populations sur les sujets de santé les concernant et de communiquer pour favoriser la participation citoyenne dans la gestion de leur état de santé. Cependant, elle ne dispose pas de matériels de communication si ce ne sont les outils conventionnels de travail des journalistes. Elle est souvent sollicitée pour la mise en œuvre des campagnes de masse. Les journalistes ne font ni la planification, encore moins l'évaluation. Ils interviennent en général dans la diffusion des messages.

Search For Common Ground (SFCG) développe les compétences des médias pour les employer dans les campagnes de CSC. Il travaille aussi bien avec les journalistes (mass médias) que les acteurs communautaires (communicateurs traditionnels, comédiens...).

L'Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial (AGBEF) inclut dans ses programmes de santé un volet communication et conseil pour les patients. La Fraternité Médicale Guinée (FMG) intervient dans l'ensemble des composantes du programme de santé intégrée. L'ONG Helen Keller International (HKI) dispose en son sein du matériel et des messages de communication en nutrition sans avoir la vocation de porter elle-même les interventions de communication pour le CSC. Elle collabore avec le MS ou contractualise avec les ONG pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de ses activités.

La DNGELM et le projet Santé Reproductive et Familiale n'ont pas encore démarré leurs activités de CSC. Ils sont néanmoins dans le processus de développement de leurs cadres d'intervention dans le domaine. Ils n'ont pas été soumis à l'exercice pratique d'évaluation des capacités et à l'inventaire de matériels.

Les universitaires (médecine et sciences sociales de la santé) ne participent que dans la production des évidences dans le cadre de la recherche-action. La recherche fondamentale peine à sortir de l'ornière. Lorsque les universitaires participent à la planification, la mise en œuvre et à l'évaluation des activités de CSC, ils le font à titre citoyen employé par une organisation. Ils n'ont pas participé à cette étude bien qu'ils aient été invités.

Bien que le SNPS soit commanditaire de l'activité, il a aussi été soumis à l'évaluation et à l'inventaire de matériels CSC au vu de la finalité formative de l'activité. La DNSFN est l'acteur clé des thématiques de santé explorées. Elle a été évaluée et ses matériels inventoriés.

L'UNICEF aussi n'avait pas participé à l'atelier d'orientation. Pourtant c'est une institution stratégique intervenant dans le CSC en Guinée. Elle devrait être évaluée aussi.

N°	Nom et prénom	Institution	E-mail	Téléphone
Ceux qui ont participé à l'évaluation et à l'inventaire				
1	Lamine DIALLO	CECOJE Ratoma	cecojeratoma@gmail.com	622-295-739
2	Dr Hawa TOURE	DNSCMT	hawatoure13@gmail.com	622-428-616
3	Mamadou Ben KEITA	S/Comm PEV	benamoud55@gmail.com	623-610-373
4	Hawa CAMARA	Blue Écoute	haouzy7@gmail.com	620-188-599
5	Alpha Amadou BAH	POSSAV	alphaamadou76@gmail.com	628-191-106
6	Dr Kpha Zai Kahi DANIELLE	AGBEF	sbvory662@gmail.com	620-613-396
7	Dr Mohamed Lamine FOFANA	HKI	mfofana@hki.org	625-259-018
8	Dr SANDOUNO Faya Antoine	Plan-Guinée	fayaantoine.sandouno@plan-international.org	660-201-925
9	DG	AGIL		622-151-475

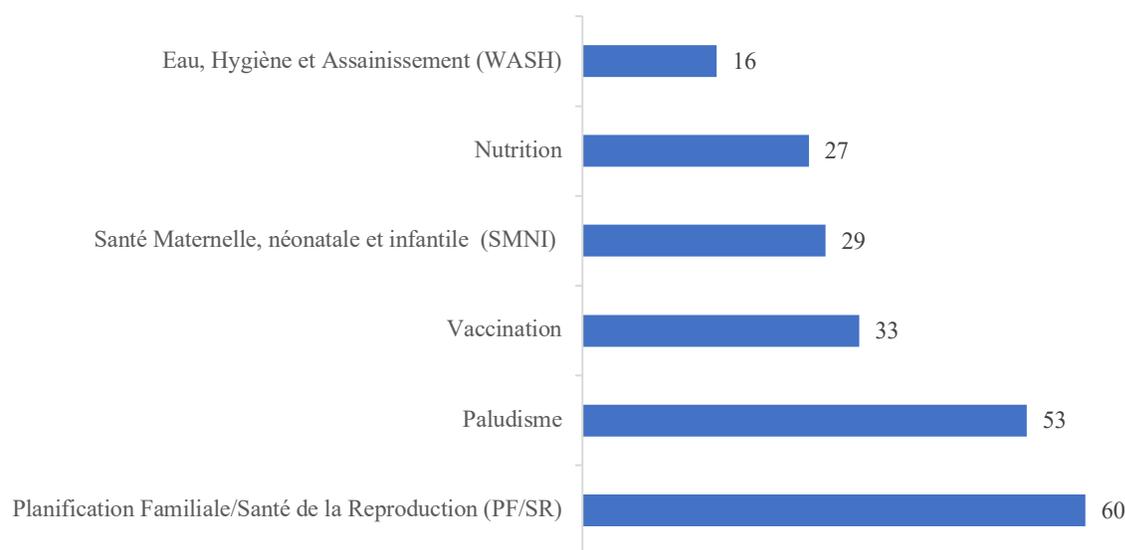
10	NIAKATE Aïssatou Sokona	FMG	aissatousonaniakate@gmail.com	622-452-851
11	Dr Mariama Gobicko DIALLO	STOP PALU +	mardiallo@rti.org	622-447-876
12	Giulia REICHMAN	GIZ	giulia.reichmann@giz.de	622-502-434
13	About Ouattara	SFCG		626-265-469
14	Dr DELAMOU Appolinaire	UNFPA	delamou@unfpa.org	620-768-862
15	M. Harouna	SOLTHIS		626-869-269
16	Dr Malal DIALLO	Jhpiego		657-292-898
17	Dr Sadan SIDIBE	MTN	sidibesadan2@gmail.com	622-312-528
18	Denka CAMARA	PNLP	denkacamara@yahoo.fr	628-000-655
19	Julien KAMANO	Childfund	jkamano@childfund.org	622-351-247
20	Dr Bernadette	DNSFN		
21	Dr Taliby Kaba	SNPS	docktalby@gmail.com	664-074-295
Ceux qui n'ont pas encore développé d'outils				
22	Dr NFamousse SYLLA	DNGELM	1syllafamousse@gmail.com	625-492-055
23	Damien ZOUNGRANA	PSR/KFW	gfa-@group.de	622-780-665
24	Dr Amadou Korkha BAH	AJS-Guinée	amakoba01@gmail.com	622-324-100
25	Fodé Mohamed SYLLA	UGANC	fodetabouna@2013@gmail.com	622-441-603

Tableau 1 : Liste des partenaires visités pendant les deux phases de collecte des données pour l'évaluation des capacités et l'inventaire de matériels CSC.

Inventaire des Outils CSC

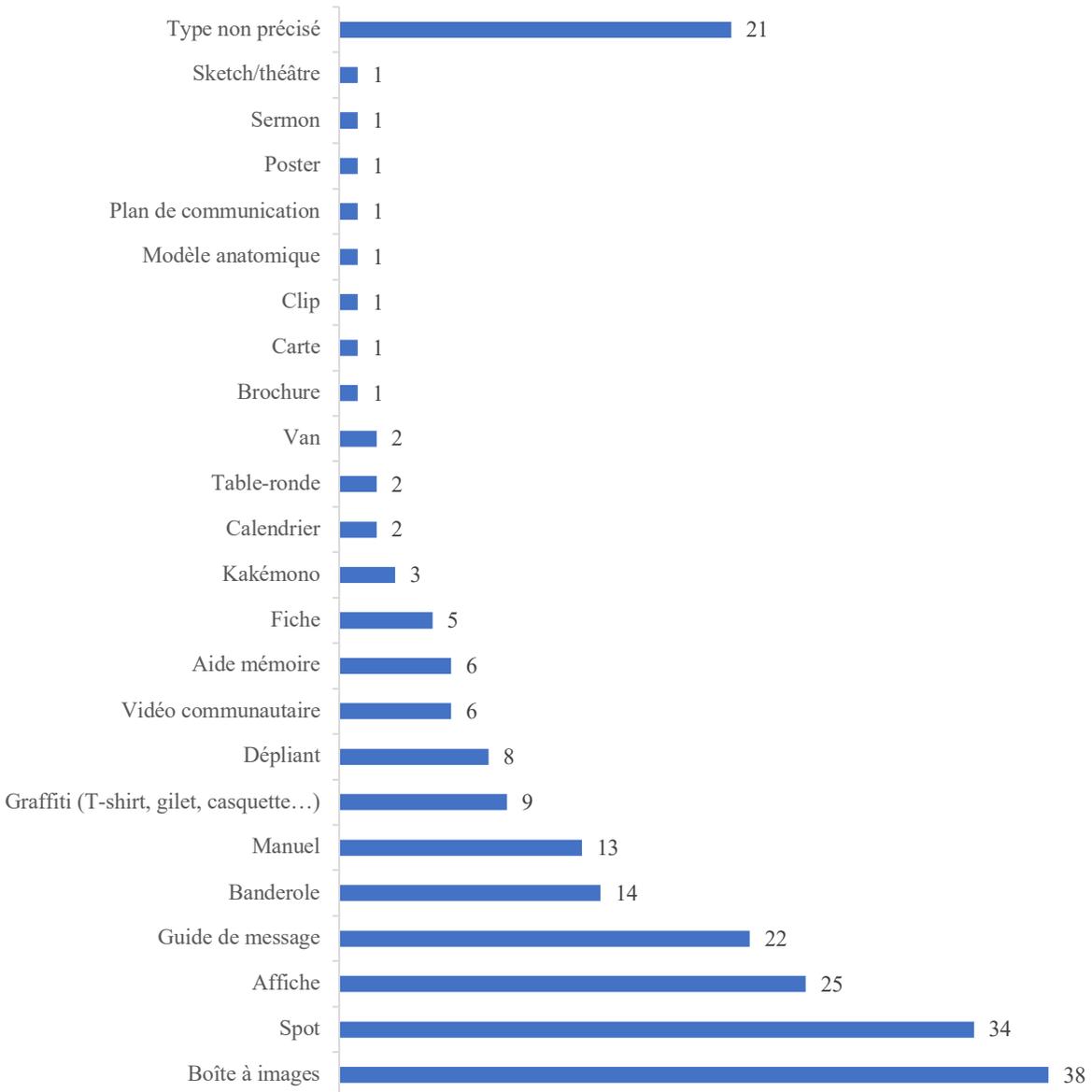
L'inventaire des matériels de communication pour le changement social et de comportement a couvert 24 institutions. Parmi elles, 21 disposent de leur propres matériels et outils de communication. Seuls 20 de ces institutions interviennent véritablement dans les domaines de santé prioritaires concernés par l'évaluation des capacités CSC : paludisme, SMNI, PF/SR, nutrition, vaccination, et WASH. Au total 218 matériels ont été inventoriés ; 80% existent en format électronique.

Nombre d'outils inventoriés par type de programme de santé

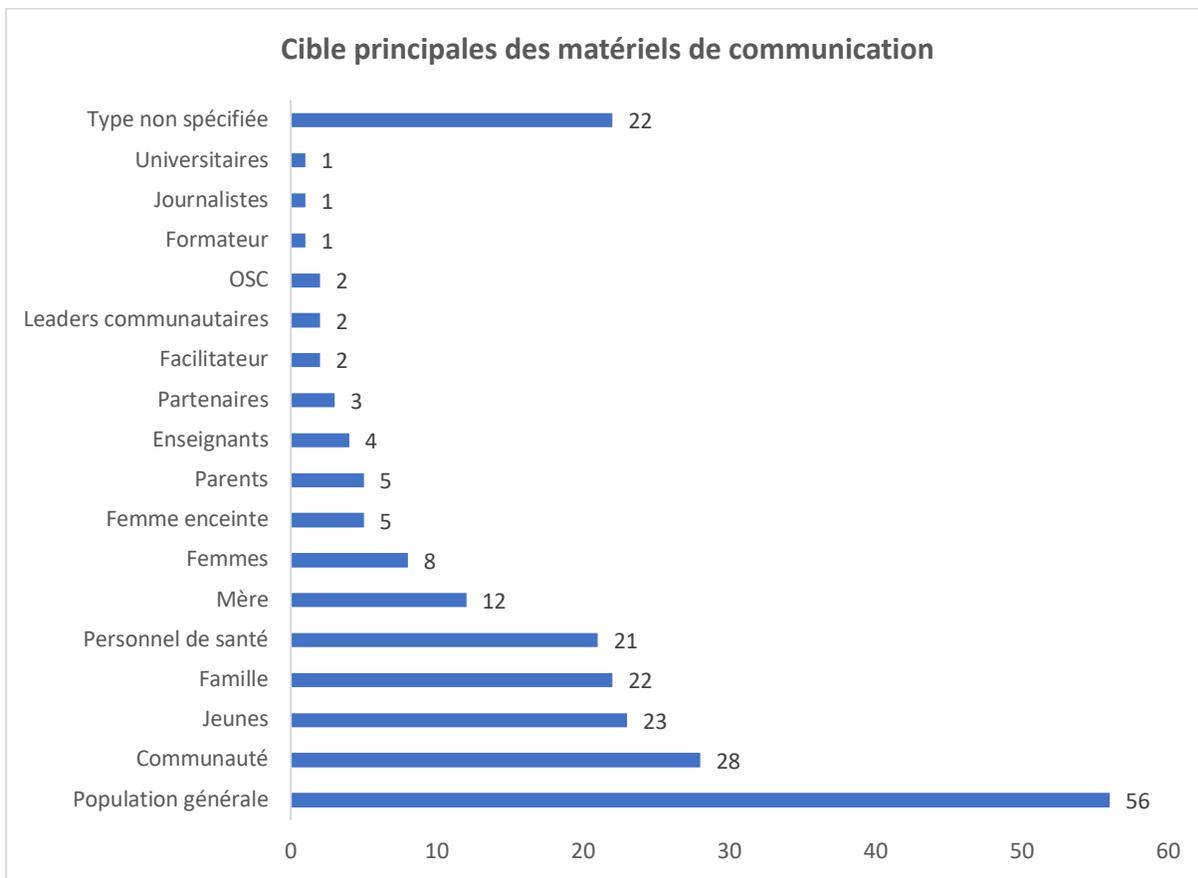


Durant l'inventaire des matériels de communication pour le CSC, 24 types d'outils ont été relevés. Il y en a six qui sont très utilisés, cinq le sont moyennement et douze rarement. Les boîtes à images sont les outils les plus utilisés pour le CSC, suivis des spots, des affiches, des guides de messages, des banderoles et des manuels. Dans la catégorie des moins utilisés, il y a les dépliants, les graffiti (T-shirt, gilet, casquette...), les vidéos communautaires, les aide-mémoires et les fiches. Il existe une vingtaine de matériels inventoriés dont le type n'a pas été spécifié.

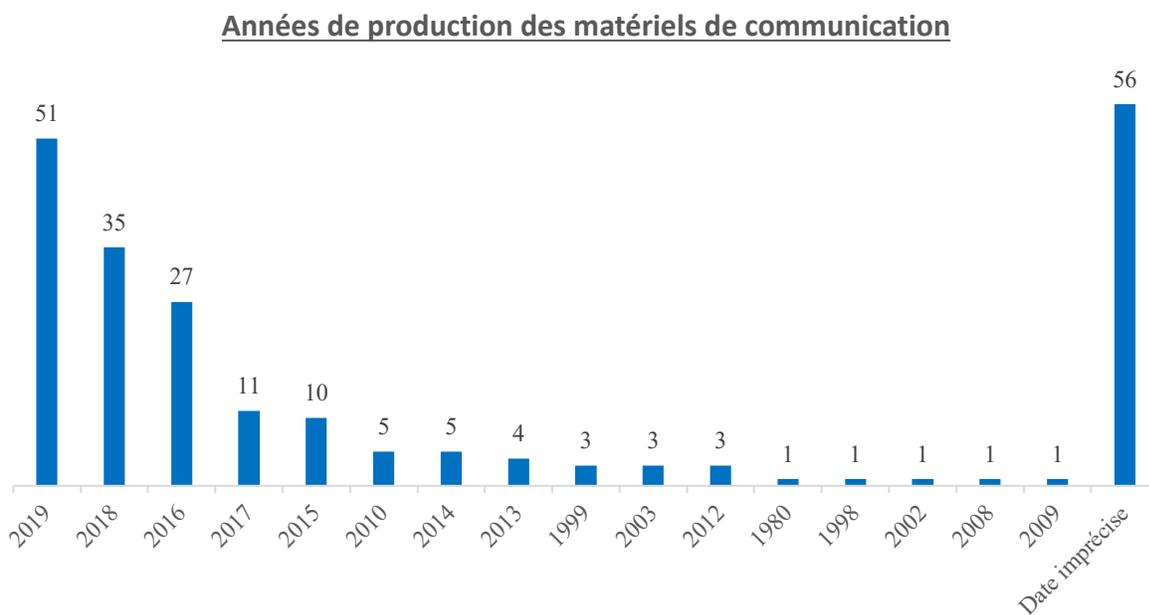
Types de matériels inventoriés



Près de la moitié des outils de communication (48,62%) sont adressés à la population générale, à la communauté ou à la famille tout entière, sans spécification de la cible prioritaire. Quatre outils sur dix (41,28%) ont des cibles définies. La cible prioritaire qui revient le plus souvent est la couche juvénile, le personnel de santé et les femmes (y compris les mères et les femmes enceintes). Très peu de matériels sont conçus à l'attention des parents, des enseignants, des partenaires, des facilitateurs, des leaders communautaires et des organisations de la société civile. Les journalistes et les universitaires sont rarement ciblés. Aucune cible n'a été définie pour 10% des matériels inventoriés.



Le plus grand nombre de matériels inventoriés (61,48%) a été conçu dans la période 2015-2019. L'année de production n'a pas été précisée pour un quart (25,69%) des matériels. Sur l'ensemble des outils, 81,19% ont été approuvés par le MS et 18,81% ne le sont pas encore.



Cycle de Project et Capacités des Organisations de CSC

Le cycle d'un projet de CSC comporte sept grandes étapes successives regroupées sous trois catégories. Le premier participe à la réalisation d'une analyse situationnelle des données factuelles existant sur le comportement souhaité en vue de parvenir à une énonciation claire du problème à adresser. La seconde renferme la réalisation des actions concrètes pour l'atteinte du comportement souhaité. La troisième est l'ensemble du dispositif permettant de mesurer les changements intervenus à la suite de l'exécution des opérations. L'outil d'évaluation des capacités des organisations intervenant dans le domaine du CSC couvre l'ensemble de ces étapes.

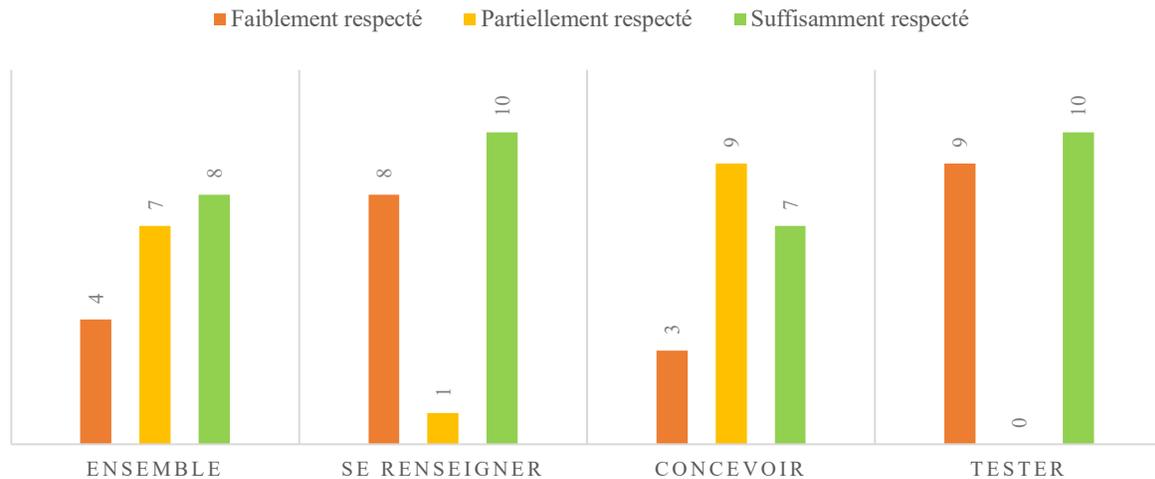
La planification

L'amorce de tout projet de CSC implique l'acquisition d'une connaissance profonde du problème comportemental ainsi que des facteurs qui facilitent ou bloquent son adoption. Cette compréhension découle d'une analyse spécifique des déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux qui influencent le problème de santé. L'opération qui encadre cette recherche d'informations constitue la première étape du processus de communication pour le CSC. Elle consiste à collecter des renseignements précis tirés des données de recherche et des connaissances factuelles sur une question spécifique circonscrite dans une collectivité territoriale.

Lorsque les informations sont réunies, les intervenants obtiennent une meilleure compréhension du problème de santé spécifique et formulent la vision globale du projet de CSC. À partir de cette situation, l'équipe de planification conçoit son projet en adoptant une théorie du changement et des approches stratégiques pour l'atteinte des objectifs définis. À l'issue de l'élaboration du projet, l'équipe crée ses outils de communication et les teste avant d'agir auprès des cibles.

L'évaluation des capacités montre que plus d'une organisation sur deux travaillant sur le CSC en Guinée ne développe pas suffisamment son plan d'intervention. Elles ont besoin d'une amélioration sensible de leurs approches de planification pour exécuter à bien leurs projets respectifs. Trois organisations sur quatre qui ont du mal à respecter les normes, et sept sur huit qui respectent partiellement les normes sont représentées parmi les organisations nationales et ministérielles. Lorsqu'on observe les huit organisations qui ont suffisamment respecté les normes, trois seulement font partie des structures nationales.

PLANIFIER



Au regard des trois composantes du processus de planification, les étapes qui précèdent et succèdent la phase de conception du plan d'action ne sont pas solidement élaborées pour permettre une mise en œuvre efficace. Collecter des données empiriques pour s'informer du problème et s'enquérir du contexte local est faiblement respecté chez huit institutions sur dix-neuf évaluées. Sept de ces neuf organisations relèvent du cadre national.

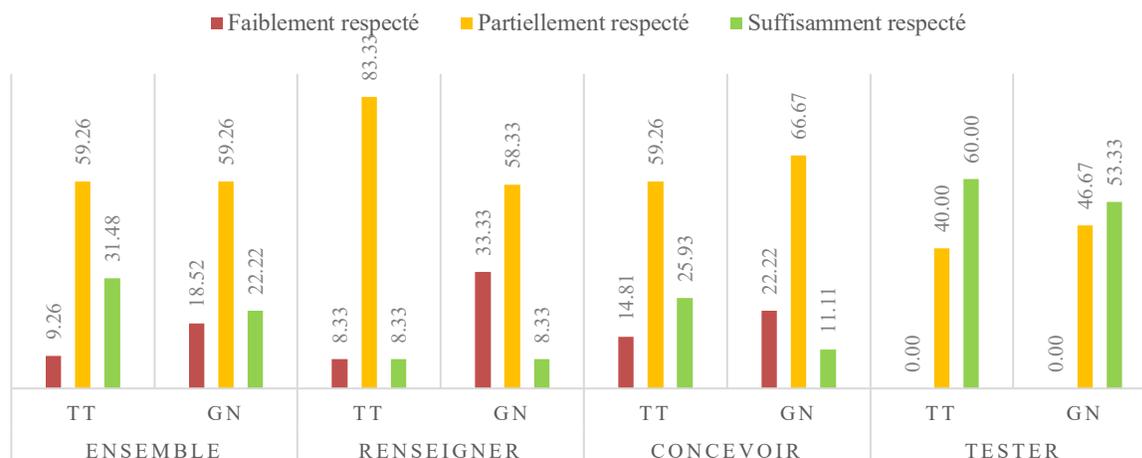
L'étape de la conception proprement dite présente une tendance partielle dans le respect des normes de planification. Sur les neuf organisations qui forment cette tendance, seulement deux appartiennent à la catégorie des organisations internationales et sept au niveau national. On compte également deux structures nationales (CECOJE Ratoma et DNSFN) qui manquent largement de préparation dans la conception de plan d'intervention. Sept organisations sont à mesure de développer des programmes pouvant atteindre des résultats substantiels, essentiellement parmi les institutions internationales.

L'étape trois du processus de communication consiste à créer et tester les outils et matériels d'intervention. À cette étape également, le nombre d'organisations qui ne respectent pas les normes de travail est encore plus élevé, neuf au total. Les deux tiers appartiennent à la catégorie nationale.

Points forts

Ce qui se fait le mieux en Guinée en matière de planification de programme de communication, c'est la conception et le test des messages et du matériel. Les équipes de coordination essaient de conduire toutes les activités de manière cohérente, sur la base du plan directeur du programme ou du projet.

PLANIFIER



Lors de la conception des plans, les équipes de planification estiment que les critères de sélection des agents de terrain sont clairement définis et écrits avant le processus de recrutement. La stratégie de conception identifie à la fois le public cible principal pour lequel les comportements à problème existent et le public secondaire qui a une influence sur le premier groupe. Les approches d'intervention sont choisies sur la base de leur pertinence à contribuer à l'atteinte des objectifs définis. Ces objectifs sont établis de manière spécifique, mesurables, appropriés, réalistes et inscrits dans le temps (SMART).

Très souvent, les organisations ont considéré que les messages et matériels développés sont précis et adaptés aux canaux utilisés. Ils sont aussi adaptés au public cible, prenant en compte leur niveau d'alphabétisation.

Liste des normes de l'analyse situationnelle qui sont respectées

DIMENSIONS	INDICATEURS	SCORE1	SCORE2
Étape 1 : Se renseigner			
Partenariats	Des accords formels avec les partenaires sont en place	36	22
Étape 2 : Stratégie de conception			
Segments de public	La stratégie de conception identifie un public principal et un public secondaire (influent)	34	21
Objectifs	Les objectifs sont Spécifiques, Mesurables, Appropriés, Réalistes et inscrits dans le Temps (SMART)	33	20
Approches stratégiques	L'équipe de planification et les parties prenantes choisissent les approches qui contribuent aux objectifs	34	20
Étape 3 : Créer et tester			
Activités	Les activités sont alignées sur les approches stratégiques et les objectifs	38	24
	Les activités sont reliées par des éléments communs du programme	38	24
Messages	Les messages sont adaptés à chaque segment de public	34	21
	Les messages sont techniquement précis	34	21
	Les messages sont adaptés au niveau d'alphabétisation du public	33	20

	Les messages sont adaptés aux canaux utilisés	33	20
Matériel	Le matériel est techniquement précis	34	20
	Le matériel est adapté au niveau d’alphabétisation du public	33	20

Points faibles

L’analyse des normes pour la phase de planification d’un programme de communication pour le changement social et comportemental montre que les normes sont généralement respectées en partie (59,26%). La proportion des indicateurs qui sont faiblement respectés double de 9,26 à 18,52% lorsqu’on passe respectivement de l’ensemble des structures visitées à la catégorie des organisations nationales.

Onze normes sur douze relatives à l’analyse situationnelle ne sont pas suffisamment respectées dans l’élaboration du plan. Parmi elles, le tiers (4) n’est pas du tout respecté lorsque l’on considère les réponses des organisations nationales. L’examen des données secondaires et la réalisation des recherches pour recueillir les évidences et combler les lacunes sont comptés dans ce nombre. Pourtant, cette action constitue l’amorce de toute analyse situationnelle conduite pour poser un diagnostic objectif et impartial.

Il est très probable que le défaut de réalisation d’une revue systématique des données existantes et le manque de production des évidences ne permettent pas une analyse situationnelle approfondie. En conséquence, les analyses réalisées par les équipes de planification tiennent peu compte des facteurs comportementaux, sociaux, économiques et politiques liés au problème de santé appréhendé. Aussi, les équipes ne sont pas attentives sur les différentes formes d’impacts que le projet peut avoir sur les publics cibles en fonction de certaines caractéristiques (démographiques, culturelles, sociales...). Les besoins, les attitudes et les comportements du public sont faiblement cernés.

Après l’étape d’analyse, au moment de la conception proprement dite du plan, seulement six normes sur vingt-sept évaluées sont suffisamment respectées. Deux normes sur trois ne sont que partiellement respectées. Celles qui sont très peu respectées sont au nombre de quatre sur l’ensemble de l’échantillon et six lorsqu’on considère uniquement les organisations nationales. Sur ce dernier point, les résultats de l’analyse révèlent que dans la presque totalité des cas, le public cible n’est pas associé à la conception du plan. La planification se fait à l’insu des bénéficiaires.

De plus, la segmentation du public cible ne repose sur aucune base factuelle qu’aurait apportée l’analyse situationnelle. Le choix des canaux de communication ne prend en considération ni l’analyse du public ni l’analyse des canaux, encore moins une théorie du changement. De fait, les équipes de planification ne recourent pas à des théories du changement social et comportemental et ne disposent pas de modèle logique pour conduire l’élaboration de leur programme.

Lors de la construction des indicateurs de suivi-évaluation, les équipes ne prennent souvent pas en charge la dimension comportementale. Elles se focalisent davantage à mesurer les connaissances et les attitudes des populations cibles.

Liste des normes de l'analyse situationnelle qui ne sont pas respectées

DIMENSIONS	INDICATEURS	SCORE1	SCORE2
Étape 1 : Se renseigner			
Analyses de situation et de canaux	L'équipe de planification et les parties prenantes ont une vision commune pour guider le programme	28	17
	L'équipe de planification et les parties prenantes examinent les données secondaires et mènent des recherches pour combler les lacunes	22	13
	L'équipe de planification et les parties prenantes analysent les obstacles et les facteurs favorables aux comportements de santé	25	14
	L'analyse inclut la gravité du problème de santé en termes de prévalence, d'incidence, ou de mortalité	26	15
	L'analyse inclut les aspects du problème de santé concernant qui/où/comment : population à risque, zone géographique, période	23	14
	L'analyse inclut les facteurs comportementaux / sociaux / économiques / politiques liés au problème de santé	24	12
	L'analyse inclut les différences dans l'impact sur la santé selon les caractéristiques du public (le genre, par exemple)	24	12
	L'analyse inclut une analyse des canaux qui décrit les canaux disponibles	23	14
	L'analyse inclut un énoncé de problème clair	30	16
	L'analyse inclut les besoins, les attitudes et les comportements du public	25	13
Aperçu du public	L'équipe de planification identifie et mobilise les parties prenantes concernées aux plans local et national	30	17
Étape 2 : Stratégie de conception			
Participation	Les parties prenantes et le public cible participent à la conception du programme	21	11
	L'équipe de planification et les parties prenantes utilisent des critères écrits pour sélectionner les agents de terrain ou les volontaires	31	18
Théorie du programme	L'équipe de planification et les parties prenantes choisissent une théorie ou des théories pour orienter la conception du programme	28	15
	La théorie du programme est appliquée et systématiquement évoquée dans la stratégie de conception	26	13
Segments de public	L'équipe crée des profils démographiques pour une prise en compte des besoins spécifiques	27	18
	La stratégie de conception segmente le public en fonction de caractéristiques similaires	24	14
	Les segments suivent les conclusions de l'analyse et de l'aperçu du public	23	12
Objectifs	Les objectifs suivent les conclusions de l'analyse de la situation (le contexte) et la théorie du programme	32	19
	Les objectifs décrivent ce que le public devrait penser, ressentir, et faire	31	19
Approches stratégiques	L'équipe de planification utilise une approche qui permet aux communautés d'élaborer leur propre plan d'action pour le changement social et comportemental	22	14

	Les approches sont présentées de manière cohérente avec une déclaration de position	23	15
Canaux	Le choix des canaux prend en considération l'accès du public et le rapport coût-efficacité	29	15
	Le choix des canaux prend en considération l'analyse du public, l'analyse des canaux, et la théorie du programme	26	13
Briefing créatif	Le briefing décrit le problème de santé ciblé, le public principal et le changement de comportement souhaité	28	19
	Le briefing décrit le produit/service/comportement souhaité pour chaque segment de public	26	18
	Le briefing inclut la promesse clé et les points de soutien qui suivent la théorie du programme et les objectifs	25	16
Plan de mise en œuvre	Le plan inclut toutes les activités, le rôle des partenaires, le calendrier, le budget et le plan de gestion	31	19
	Le plan inclut les besoins de marketing, les opportunités actuelles et la durabilité	24	16
	Le plan suit la théorie du programme, les segments de public, les objectifs et les approches	30	17
Plan de S&E	L'équipe de planification et les parties prenantes élaborent un modèle logique ou une théorie du changement	20	10
	Le plan de S&E décrit les sources de données et le calendrier de la collecte des données	25	14
	Les indicateurs sont valides, fiables, spécifiques, sensibles et opérationnels	29	16
	Les indicateurs sont alignés sur les objectifs et la théorie du programme*	27	14
	Les indicateurs concernent aussi les comportements (au lieu de mesurer seulement les connaissances et les attitudes) *	20	11
Étape 3 : Créer et tester			
Messages	Les messages sont basés sur les conclusions des analyses et les spécifications du briefing créatif	29	18
	Les messages appliquent les 7 règles d'or (7 C) pour une communication efficace : http://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-design-sbcc-messages (voir étape 6)	31	19
	Les messages véhiculent clairement la promesse et/ou l'avantage clé et les points de soutien	30	19
	Les messages sont pré-testés auprès du public cible et révisés avant la production finale	26	16
Matériel	Le matériel s'appuie sur les conclusions des analyses et les spécifications du briefing créatif	25	14
	Le matériel applique les 7 règles d'or (7 C) pour une communication efficace	27	16
	Le matériel est pré-test auprès du public cible et révisé avant la production finale	29	18

Recommandations

Les normes pratiques requises pour aller vers une mise en œuvre efficace des interventions ne sont que partiellement respectées lors de la phase de planification des programmes de communication pour le changement social et comportemental. Les plans conçus sont suffisants

pour être mis en œuvre. Cependant des améliorations substantielles peuvent être apportées pour accroître la qualité des résultats attendus. L'analyse des forces et des faiblesses des acteurs a permis de mettre en exergue certains aspects pour lesquels des actions doivent être prises pour accroître la qualité des interventions en communication.

Premièrement, les équipes de planification doivent disposer de temps et de compétences pour se consacrer à l'examen des données secondaires lors de l'analyse situationnelle avant l'amorce de toute action de planification.

- Elles doivent réaliser une revue documentaire suffisamment dense leur permettant de mieux décrire le contexte politique, social, économique et culturel du problème comportemental identifié.
- Lorsque la revue documentaire n'est pas suffisante, elles doivent s'investir dans la réalisation de nouvelles études permettant de combler le manque de données et bâtir leur plan sur des bases factuelles.
- De même, il est nécessaire que les équipes de planification sachent utiliser les résultats de recherches pour soutenir la conception de leur programme.

Deuxièmement, la planification de tout programme de communication doit reposer sur la définition d'un modèle logique qui lie les réalités contextuelles au comportement de santé souhaité. Cette tâche sera rendue plus facile lorsque les équipes de planification :

- Adhèrent à une théorie de changement social et comportemental.
- Ont la connaissance et la capacité d'opérationnaliser la théorie.

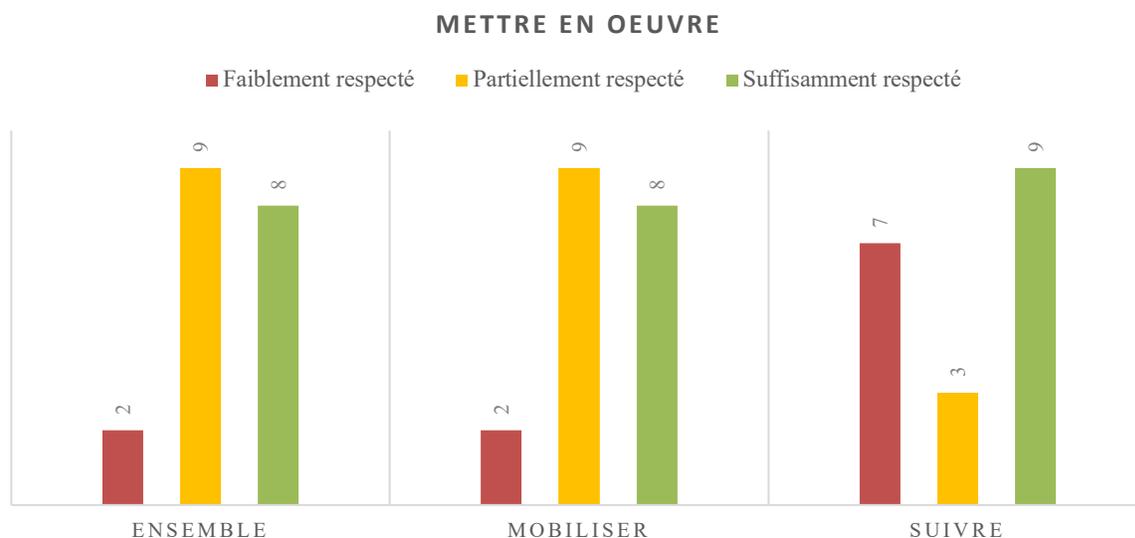
Ces deux points constituent des éléments fondamentaux à corriger chez tous les acteurs si l'on souhaite aboutir à des logiques d'actions et à des évaluations d'impacts réalistes.

Troisièmement, pour mieux profiter des données de recherches scientifiques, le MS devrait encourager la collaboration des projets et programmes de santé avec les universitaires, notamment ceux des sciences humaines et sociales. L'implication de ces derniers contribuera à la réduction des écarts d'évidence dans la planification des interventions à venir. Les insuffisances informationnelles seront réduites.

La mise en œuvre

Exécuter le plan d'action représente la seconde catégorie d'intervention du processus de CCSC. Elle regroupe la quatrième et cinquième étape du cycle de projet. La mobilisation des partenaires constitue la quatrième étape. Il s'agit de réunir toutes les parties prenantes, répartir les rôles respectifs, mettre les moyens à disposition, réaliser les actions programmées en respectant le plan de mise en œuvre, et adapter les interventions au contexte local. La cinquième étape consiste à surveiller la réalisation du plan et l'évolution du processus de mise en œuvre.

Dans l'ensemble, le processus de mise en œuvre de la communication pour le CSC est partiellement respecté par les acteurs de promotion de la santé en Guinée. Cet état de fait est plus évident au niveau des ONG nationales et des services du MS. À ce propos, seuls une ONG (AGIL) et un programme du ministère (PNL-MTN) présentent une préparation suffisante pour la mise en œuvre des plans. Les dix autres organisations au niveau du pays démontrent une faible préparation à l'exécution des plans. Parmi elles, le CECOJE de Ratoma et la DNGELM sont celles qui ont plus de lacunes dans la mise en œuvre des plans.



En observant distinctement les normes de réalisation des deux étapes de la mise en œuvre (la mobilisation des partenaires et le suivi des interventions), on constate clairement une différence dans le niveau de préparation des organisations. Dans l'étape de mobilisation, les acteurs ont moins d'insuffisances par rapport aux normes de réalisation. Il existe plus d'institutions susceptibles d'atteindre les objectifs de mobilisation.

Le nombre d'organisations ayant des lacunes qui entravent l'atteinte des objectifs de suivi est nettement plus important, sept sur dix-neuf organisations répondantes. La totalité de ces institutions est comptée parmi les ONG nationales et les programmes et directions du MS, y compris le service national de promotion de la santé. Deux des trois organisations qui respectent moyennement les normes de suivi relèvent aussi de la catégorie nationale. Les neuf organisations qui affirment respecter les normes de surveillance des interventions sont plus représentées parmi la catégorie internationale (sept structures internationales contre trois au niveau national).

Points forts

La mise en œuvre des projets de communication réunit un ensemble de parties prenantes. La mobilisation de ces différents acteurs est une approche suffisamment respectée par les équipes de mise en œuvre. Chaque partie adhère à la vision du programme et offre une compétence pour

l'atteinte des objectifs. Les rôles et responsabilités sont définis. La communication est établie entre toutes les parties.

Les structures de communication pour le CSC estiment que leurs activités, les messages qu'elles élaborent et le matériel qu'elles utilisent sont conformes à la stratégie définie dans le plan conceptuel. L'ensemble du dispositif est à mesure de faire parvenir le message aux publics cibles visés.

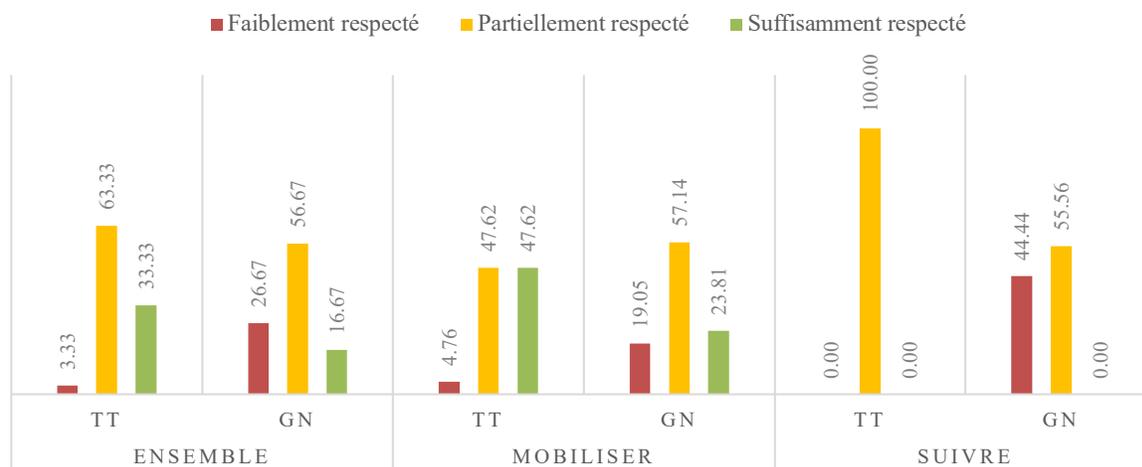
Liste des normes de mise en œuvre qui sont respectées

DIMENSIONS	INDICATEURS	SCORE1	SCORE2
Étape 4 : Mobiliser			
Parties prenantes	L'équipe de mise en œuvre et les parties prenantes soutiennent et adhèrent à la vision du programme	32	21
	L'équipe de mise en œuvre et les parties prenantes comprennent les rôles et les responsabilités pour la mise en œuvre	33	20
	Les partenaires de la mise en œuvre offrent leur expertise au programme	34	20
Mise en œuvre de l'activité	Les activités/les messages/le matériel sont conformes à la stratégie de conception	34	20
	Les activités / les messages / le matériel atteint les segments de public visés	33	21

Points faibles

Bien que chaque partie prenante adhère à la vision de projet et offre une compétence, les capacités de gestion de l'équipe de mise en œuvre sont partiellement réunies. Très souvent, les membres du personnel ne comprennent pas tous la vision du programme. Leurs contributions aux tâches qui leur incombent ne sont pas suffisamment appréhendées par eux. Lorsque la communauté doit mettre en œuvre son propre plan d'action, l'accompagnement technique et financier de l'institution faitière est très limité.

METTRE EN OEUVRE



De toute évidence, aucune opération d'évaluation des capacités des membres de l'équipe de mise en œuvre n'est établie avant le démarrage des activités. Ce défaut d'évaluation ne permet de déceler les lacunes et de les corriger par un renforcement de capacités. De surcroît, la mise en œuvre est caractérisée par la faible disponibilité du matériel nécessaire surtout à la communication interpersonnelle et aux activités de mobilisation sociale. Cette faiblesse est renforcée par la répartition des tâches insuffisamment décrites, au détriment des membres du personnel.

La fréquence de diffusion des messages et d'utilisation du matériel n'est pas réglée à un rythme qui permette de produire un changement de comportement chez le public cible. La fréquence devrait aussi être réglée sur la multiplicité des canaux conformément à la stratégie du plan. Les opportunités de communication ne sont pas souvent exploitées pour l'émission des messages au public.

L'ordre des activités dans le processus de communication pour le CSC est important. Pourtant sa capture n'est pas toujours évidente, la hiérarchisation des activités lors de la mise en œuvre est contrebalancée par des aléas structurels et conjoncturels. Les équipes ne disposent pas de directives écrites leur permettant de vérifier la contribution effective de leurs activités à l'atteinte des objectifs du programme.

Dans le processus de mise en œuvre, les équipes ne prennent pas souvent le soin de réactualiser le contenu du plan pour le garder pertinent face aux contextes changeants et aux réalités nouvelles qui naissent. En plus, la coordination avec les autres programmes intervenant dans la même région est insuffisante.

L'une des principales faiblesses lors de la mise en œuvre des programmes de communication reste la réalisation du suivi des activités. Les contrôles réguliers sur les activités du programme ne sont pas réguliers. Les équipes ne disposent pas toutes d'instruments leur permettant de documenter les progrès réalisés. En l'absence de données de supervision, il est difficile de surveiller le respect du planning, de relever les effets imprévus et inattendus, de réévaluer les problèmes dans le but de réajuster les approches.

Liste des normes de mise en œuvre qui ne sont pas respectées

DIMENSIONS	INDICATEURS	SCORE1	SCORE2
Étape 4 : Mobiliser			
Parties prenantes	L'équipe de mise en œuvre communique ouvertement avec les parties prenantes tout au long de la mise en œuvre	32	19
Effectifs & Capacités	Un membre du personnel est affecté à la direction de chaque activité de mise en œuvre	29	15
	Tous les membres du personnel partagent une vision commune et comprennent leurs contributions au programme	31	17
	Chaque personne a une description d'emploi claire	31	19

	L'équipe de mise en œuvre dispose du matériel nécessaire pour soutenir la mise en œuvre, en particulier en ce qui concerne la communication interpersonnelle et les activités de mobilisation communautaire	25	14
	Les capacités de CCSC de l'équipe de mise en œuvre sont évaluées et renforcées	19	8
Mise en œuvre de l'activité	Les activités/ les messages/ le matériel sont utilisés assez fréquemment pour produire un changement de comportement	29	16
	Les activités/ les messages/ le matériel sont délivrés en respectant le plan de mise en œuvre	31	17
	Les activités/ les messages/ le matériel utilise une combinaison de canaux conforme à la stratégie de conception	30	17
	L'organisation accompagne techniquement et/ou financièrement la communauté dans la mise en œuvre de son propre plan d'action	23	10
	Les canaux délivrent le bon message au public cible aux moments cruciaux	24	14
	L'ordre des activités est approprié pour le changement de comportement souhaité	29	16
	L'équipe dispose d'un document qui permet de vérifier si les activités contribuent aux objectifs	27	13
Contextualisation	Le programme est actualisé pour demeurer pertinent par rapport au contexte et aux réalités	27	13
	Le programme est en coordination avec les autres programmes de la région	26	15
	Le programme fait face aux défis et aux nouvelles informations	31	17
Étape 5 : Assurer le suivi			
Supervision	Le/les superviseur(s) effectuent et documentent des contrôles réguliers sur les activités du programme avec le personnel de terrain	29	16
Système de suivi	L'équipe de mise en œuvre dispose de formulaires permettant de notifier les progrès réalisés	27	16
	L'équipe de mise en œuvre discute régulièrement des données de suivi et agit en conséquence	26	14
	Les activités de suivi surveillent si la mise en œuvre des activités respecte bien le plan de mise en œuvre	30	16
	Les activités de suivi surveillent la portée et l'effet visés	30	16
	Les activités de suivi surveillent les effets imprévus et inattendus	24	12
	L'équipe de mise en œuvre utilise les données pour ajuster le plan, la stratégie, les activités/ les messages/ le matériel	25	13
Examen de la conception	L'équipe de mise en œuvre examine régulièrement le plan, la stratégie, les activités/ les messages/le matériel	24	11
	L'équipe de mise en œuvre opère des modifications pour améliorer l'efficacité et documente ces modifications	25	12

Recommandations

En général, les normes de mise en œuvre de programme de communication sont suivies par les acteurs de CSC de manière partielle. La proportion qui est très peu respectée est aussi très faiblement représentée. Par ailleurs, le suivi des activités représente un défi énorme que les équipes opérationnelles doivent chercher à relever ; ceci, en plus du manque d'évaluation des capacités qui devrait être menée avant le démarrage des activités. L'analyse des forces et des

faiblesses des acteurs met en évidence la nécessité d'améliorer ces deux dimensions pour parvenir à des actions plus efficaces.

Premièrement, en amont de toute action de communication pour le changement social et comportemental :

- Les équipes de projet doivent procéder à une évaluation de leurs capacités humaines et matérielles pour établir un diagnostic exhaustif de leurs ressources.
- À partir de ces résultats, les compétences du personnel peuvent être renforcées pour les rendre mieux aptes à accomplir leurs tâches. Ces tâches mêmes seront plus clairement décrites et mieux appropriées par les concernés.
- Au-delà des compétences des ressources humaines, les insuffisances de matériels peuvent être corrigées pour une mise en œuvre adéquate des activités du projet, notamment le matériel de communication interpersonnelle et de mobilisation communautaire.

Deuxièmement, pour améliorer le suivi des activités, chaque projet devrait pouvoir initialement définir un plan de suivi de ces interventions. Cette approche implique de construire des indicateurs précis qui servent à tracer la progression du programme, recenser les difficultés et réajuster le plan.

Troisièmement, le Service National de Promotion de la Santé doit disposer d'une procédure opératoire standardisée (SOP) qui guide les projets et les programmes dans la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de leurs activités.

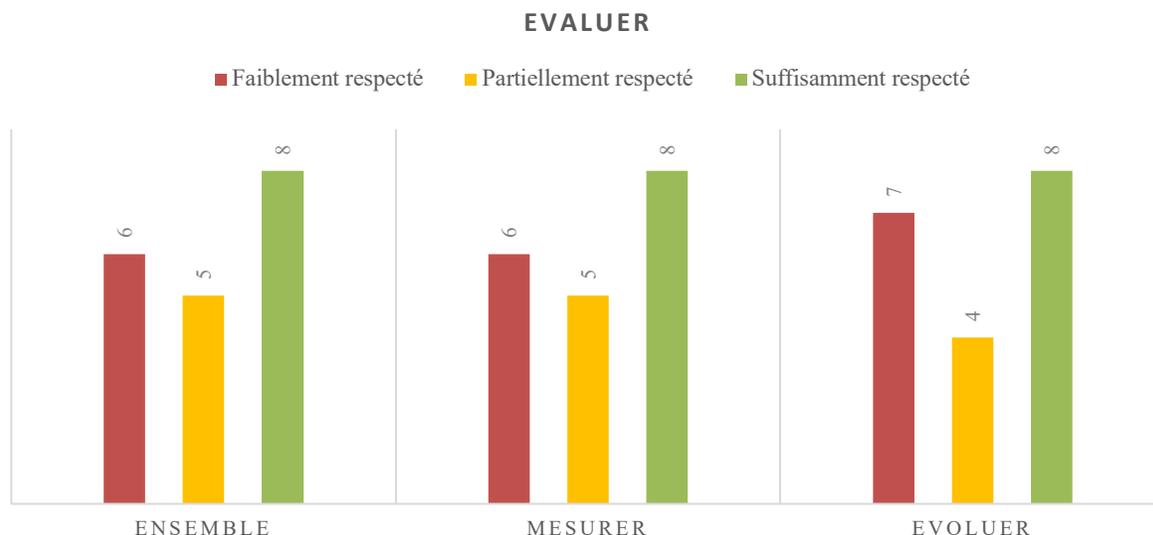
L'évaluation

Après que le plan est conçu et mis en œuvre, il reste à réaliser les activités d'évaluation pour mesurer les résultats atteints par le projet et documenter les bonnes pratiques qui serviront à éclairer l'élaboration de programmes futurs. Cette phase constitue les cinquième et sixièmes étapes du processus de communication pour le changement social et de comportement.

L'instrument qui permet d'assurer cette évaluation est le plan de suivi-évaluation. Il mesure continuellement les résultats des interventions en actualisant les données au fur et à mesure que le projet se développe. Même si les éléments spécifiques de chaque plan de suivi-évaluation paraissent différents, ils doivent tous suivre la même structure de base et inclure les mêmes éléments clés.

En général, les normes pour l'évaluation d'un projet de communication ne sont pas suffisamment respectées pour permettre de capitaliser les acquis, tirer les leçons et influencer les orientations des programmes à venir. Cinq organisations respectent partiellement les normes alors que six autres ont un niveau de respect très faible. Que ce soit celles qui respectent partiellement ou faiblement les normes, les lacunes sont observées uniquement chez les organisations nationales.

Une seule organisation nationale (AGIL) indique suivre les dispositions nécessaires pour assurer une meilleure évaluation de ces plans.



La première étape de la phase d'évaluation consiste en la mesure des impacts de la mise en œuvre du plan de communication. Il s'agit à ce titre de développer, renseigner et analyser les indicateurs de progrès du programme en suivant les changements intervenant au fil du temps au sein d'un groupe cible. Cette étape est cruciale pour comprendre les succès et les échecs du projet, et envisager de nouvelles perspectives pour les interventions à venir.

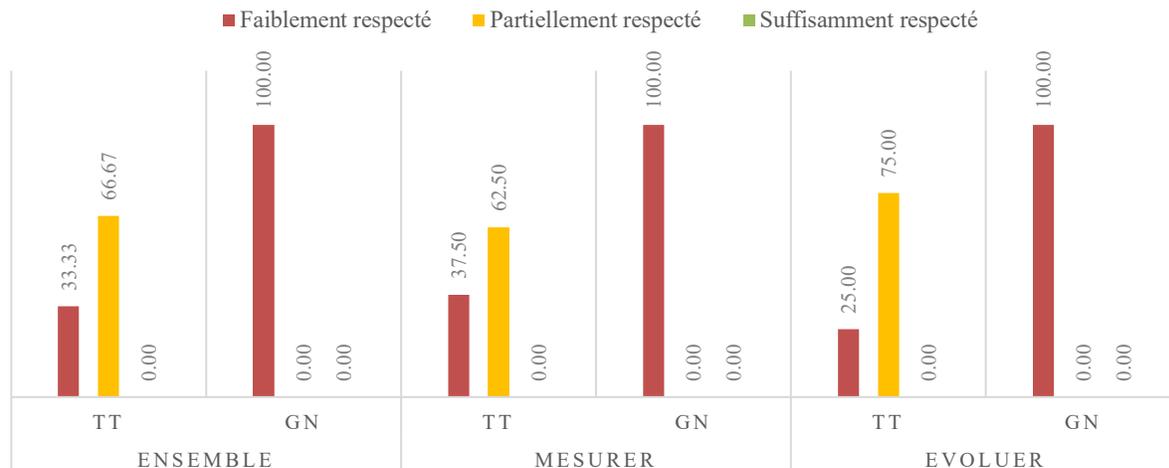
Parmi les organisations observées, il y en a six qui présentent un faible respect des normes d'évaluation de leur plan de communication, cinq respectent partiellement. Dans les deux cas, les organisations concernées appartiennent toutes à la catégorie nationale.

La septième étape du processus de communication, qui correspond à la deuxième étape de la phase d'évaluation, consiste à partager les résultats et les enseignements tirés de l'analyse d'impacts pour permettre d'une part aux communautés d'élaborer des micro-plans et, d'autre part, de revoir la conception des programmes en cours ou à venir. Le mécanisme de ce partage d'informations n'est pas respecté par sept organisations nationales. Trois organisations nationales sur quatre au total respectent partiellement cette étape. Finalement, seulement deux organisations nationales indiquent respecter suffisamment les normes pour le partage d'informations.

Points faibles

L'analyse de l'ensemble des indicateurs normatifs de la phase d'évaluation des programmes de communication ne montre aucun atout primordial. Tous les indicateurs se présentent au rouge lorsqu'il s'agit des organisations nationales.

EVALUER



Liste des normes d'évaluation qui ne sont pas respectées

DIMENSIONS	INDICATEURS	SCORE1	SCORE2
Étape 6 : Évaluer			
Plan d'évaluation	L'équipe d'évaluation et les parties prenantes indiquent l'objet des évaluations	27	13
	Le Plan d'évaluation inclut les méthodes de vérification du modèle logique du programme ou de la théorie du changement	22	8
	Le Plan d'évaluation inclut des indicateurs correspondant à l'objet de l'évaluation	26	12
Analyse d'impact	Le Plan d'évaluation inclut une conception (notamment des méthodes qualitatives, quantitatives, participatives, mixtes, etc.) correspondant à l'objet de l'évaluation	26	12
	L'analyse inclut de multiples sources de données pour assurer la validité des résultats	20	7
	L'analyse teste les relations entre les activités du programme, l'exposition au programme et les résultats souhaités du programme	24	10
	L'analyse inclut une théorie du changement	25	11
	L'analyse répond à différents critères d'attribution causale	21	9
Étape 7 : Évaluer			
Diffusion	L'équipe d'évaluation diffuse les résultats et les enseignements tirés avec les parties prenantes	26	12
	Les résultats incluent la discussion des activités du programme qui peuvent être intensifiées	26	13
Utilisation	L'équipe d'évaluation utilise une approche qui permet aux communautés, à travers le suivi et évaluation, d'utiliser les données pour informer leurs programmes micro-planification	21	9
	Les résultats sont utilisés pour réviser ou revoir la conception du programme	25	11

Recommandations

L'état des indicateurs suggère trois faits : (i) une sous-estimation de l'intérêt de l'évaluation ; (ii) la complexité même de l'opération qui évalue les impacts des activités de changement social et comportemental; (iii) l'absence de ressources humaines qualifiées pour mener à bien cette tâche. Si cela est, le MS doit prendre des dispositions pour :

- Sensibiliser les acteurs de CSC à l'importance des activités d'évaluation ;
- Élaborer un guide d'évaluation d'impacts des activités de CSC ;
- Former un pool d'évaluateurs qualifiés sur les aspects de changement social et comportemental.

Lorsque ces mesures seront rendues possibles, les organisations devront être exigeantes envers elles-mêmes pour procéder au recrutement d'un évaluateur "socio-comportementaliste" pour suivre les impacts de leurs interventions.

Synthèse

De nombreux investissements continuent d'être réalisés en Guinée pour promouvoir les comportements de santé dans les domaines du paludisme, de la SMNI, de la PS/SR, de la nutrition, de la vaccination, et du WASH. Le SNPS et Breakthrough ACTION Guinée ont souhaité évaluer les capacités des différents acteurs de CSC pour mieux optimiser leurs interventions. Le processus a débuté par l'élaboration des documents techniques et des instruments de collecte des données d'évaluation et d'inventaire. Des organisations qui agissent dans le CSC ont été briefées sur le processus lors d'un atelier d'orientation tenu à cet effet.

À l'issue de l'atelier, les outils ont été partagés avec les différents acteurs. Deux équipes d'enquêteurs sont ensuite passées pour collecter les informations à l'aide de l'outil Kobotoolbox. Cette collecte s'est réalisée en deux phases consécutives du fait de la disponibilité des acteurs pour fournir les données. La phase d'analyse a suivi la fin du recueil des données.

Il existe une multitude de matériels en communication pour le changement social et de comportement. Ils datent le plus souvent des cinq dernières années. Ils s'adressent plus à la population générale qu'à des cibles segmentées. Les boîtes à images, les spots, les affiches et les guides de messages sont les plus répandus.

Les résultats de l'analyse ont montré que les interventions de CSC sont très mal structurées au sein des institutions. Bien que les activités se tiennent, l'ordre et la logique de l'enchaînement du cycle des projets manquent de cohérence. Très souvent, l'étape de conception des projets de communication ne tient pas compte des résultats préalables de recherche. Par ailleurs, le suivi et l'évaluation des activités, ainsi que le réinvestissement des résultats d'évaluation pour l'amélioration des interventions ne sont pas des habitudes ancrées chez les organisations de CSC.

En général, ce sont les départements et programmes du MS ainsi que les organisations nationales de communication pour le CSC qui ont plus de difficultés à invoquer les données factuelles pour comprendre le problème de santé et décrire son contexte. Ils sont également plus nombreux à présenter des lacunes dans la conception efficace d'un plan de communication. Les normes de création et de test ne sont le plus souvent pas respectées chez eux. L'évaluation des programmes n'est pas du tout pratiquée.

À ce jour, il est primordial pour le SNPS de se doter d'un guide de promotion de la santé qui précise le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes de CSC. Le Service doit développer la culture de la recherche, du suivi et de l'évaluation des programmes s'il veut parvenir à des résultats substantiels.