

## COMMUNICATION POUR LA SANTÉ EN VUE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT: RÔLE DES AUTORITÉS DE BASE, ADMINISTRATIVES ET CONFESIONNELLES, DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA COMMUNAUTÉ

C. Munyanshongore<sup>1,\*</sup>, G. Binamungu<sup>2</sup>, JD. Bizimana<sup>1</sup>, I. Ntahobakulira<sup>1</sup>, L. Nyirazinyoye<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université Nationale du Rwanda- Ecole de Santé Publique  
<sup>2</sup>Ministère de la Santé

### RESUME

La présente étude vise à montrer le rôle des autorités de base dans l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle a pour objectifs spécifiques de relever les principales stratégies de Communication pour la Santé utilisées au Rwanda pour la période 2003-2008 pour résoudre les principaux problèmes de santé et de montrer le rôle joué par les autorités de base dans le processus de résolution de ces problèmes. Un échantillon de 1690 individus issus de dix Districts couverts par les programmes de santé financés par le Global Fund pour le programme VIH et SIDA-Tuberculose et Paludisme a fait l'objet de l'étude. Par ailleurs, des interviews approfondies ont été menées auprès des partenaires et institutions du Ministère de la Santé responsables du développement des programmes de prévention de ces problèmes de santé. Les principaux résultats de l'étude se présentent comme suit : les programmes de prévention pour les principaux problèmes de santé ont été développés et sont opérationnels sur le terrain. La majorité des répondants (84%) ont reçu l'information sur la santé à travers la mobilisation sociale par le canal des autorités de base alors que la réception des messages sur la santé à travers les Agents de santé communautaire et les prestataires des services de santé ne représente successivement que 27 et 20 % des répondants.

Nous recommandons aux autorités de base de continuer à s'impliquer activement dans la transmission des messages relatifs à la santé dans l'intérêt de leurs populations respectives.

**Mots clés:** Promotion de la Santé - autorités locales - transmission de message

### ABSTRACT

The current study aims at showing the role of the local authorities in the improvement of the health status of the population. It has as specific objectives to raise the main strategies of Health Communication used in Rwanda within the period 2003-2008 for solving the main health issues and to show the role played by local authorities in the process of resolution of those problems. A sample of 1690 individuals from ten Districts covered by the health programs funded by Global Fund for HIV and AIDS-Tuberculosis and Malaria program was the subject of the study. In addition, deep interviews were carried out at the partners and institutions of the Ministry of Health in charge of the development of the prevention programs of those health issues. The main findings of the study are: prevention programs for the main health issues were developed and are operational on the field. The majority of the respondents (84%) received information on health through the social mobilization by the channel of local authorities whereas the reception of the messages on health through the Community Health Workers and health providers represents for successively only 27 and 20% of the respondents.

We recommend to local authorities to continue to be actively committed in the transmission of the messages related to health in the interest of their population respectively.

**Keywords:** Health promotion - local authorities - message transmission

### INTRODUCTION

Au Rwanda, comme dans la plupart des pays en voie de développement, les principaux problèmes de santé sont liés d'une part, aux mauvaises conditions d'hygiène tels que le paludisme, les maladies diarrhéiques, la tuberculose et les infections des voies respiratoires aiguës et, d'autre part aux comportements négatifs tels que le VIH et SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles, une faible couverture contraceptive, les problèmes de santé maternelle et infantile, le problème de renouvellement de l'adhésion à l'assurance maladie, une faible implication de la population dans la gestion de leurs formations sanitaires, le tabagisme, la violence basée sur le genre et l'absence de la pratique du sport [1,2]. Heureusement, ces problèmes peuvent être évités, respectivement par l'observation des mesures d'hygiène et le changement de comportement. L'information de la communauté sur ces différents problèmes de santé joue un rôle important puisque la promotion de comportements positifs pour une meilleure santé n'est possible que si la

population est correctement informée sur ces problèmes. Ainsi, la diffusion des messages appropriés concernant la santé, à travers une variété de canaux de communication, stimule la communauté à être plus active dans le processus du changement de comportement et d'adoption de comportements positifs. La question est de savoir si, d'une part, les autorités de base (autorités administratives et autorités confessionnelles), traditionnellement bien écoutées par la population sont réellement impliquées dans la transmission des messages sur la santé de la population, et, d'autre part, si les messages sur les principaux problèmes de santé circulent au sein de la population et si ces messages sont appliqués par les bénéficiaires pour espérer l'adoption de comportements positifs en faveur de la santé.

Pour avoir une réponse à ces questions, une équipe scientifique de l'Ecole de Santé Publique a mené une étude pour évaluer les stratégies de Communication pour la santé utilisées au Rwanda de 2003 à 2008 en vue du changement de comportement face aux principaux problèmes de santé évoqués plus haut.

L'étude a pour objectifs spécifiques, d'une part, de relever les principales stratégies de Communication pour la santé

\*Correspondence to: *Cyprien Munyanshongore*  
Université Nationale du Rwanda  
Ecole de Santé Publique  
cmunyanshongore@nur.ac.rw  
Tél: +250788524550.

utilisées pendant la période précitée et d'évaluer le rôle des autorités de base dans la mise en œuvre de ces stratégies, et d'autre part de déterminer l'existence de la transmission des messages relatifs aux principaux problèmes de santé au sein de la communauté et d'évaluer la mise en application par les bénéficiaires.

## METHODES

Pour atteindre ces objectifs, deux types d'études ont été réalisées: l'étude quantitative et l'approche qualitative.

Pour relever les principales stratégies de Communication pour la santé utilisées pendant la période indiquée, les interviews approfondies ont permis d'avoir des données sur la question auprès des partenaires et des institutions du Ministère de la Santé susceptibles de développer ces programmes et voir alors si ceci a été réellement fait. Le rôle des autorités de base dans la mise en œuvre des stratégies de Communication pour la santé en vue du changement de comportement a été évalué en demandant à la population d'étude de relever toutes les sources de messages reçus sur la santé pendant la période précitée. Le poids d'intervention des autorités de base par rapport à d'autres sources d'information a permis de préciser le rôle proprement dit des autorités de base dans la mise en œuvre de ces stratégies.

L'existence de la transmission des messages relatifs aux principaux problèmes de santé a été déterminée en demandant à la population d'étude de préciser si elle a reçu des messages en relation avec les principaux problèmes de santé pendant la période concernée. La mise en application des messages reçus a été évaluée sur base des éléments clés de prévention contenus dans les messages transmis en rapport avec les principaux problèmes de santé évoqués.

La population d'étude est composée de personnes ciblées par les stratégies de communication pour la santé, jeunes de 15 à 24 ans et adultes issues de dix Districts couverts par les programmes de santé financés par le Global Fund pour les trois programmes de santé : VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme. Ces districts sont les suivants : Kayonza, Kirehe, Ngoma (Province de l'Est), Burera, Musanze (Province du Nord), Huye, Nyanza, Gisagara (Province du Sud) et Nyamasheke, Rusizi (Province de l'Ouest).

La taille de l'échantillon a été calculée en tenant compte des considérations statistiques classiques.

Si le niveau de confiance de l'intervalle de confiance est  $(1 - \alpha)$  et l'erreur absolue est  $d = L / 2$ , ou L est la longueur de l'intervalle de confiance, la taille minimale de l'échantillon est donnée par  $n = Z_{1-\alpha/2}^2 P(1 - P)$

Pour  $\alpha = 0.05$  et  $d = 0.05$ , la taille de l'échantillon n est de 384 individus. Afin d'avoir une telle précision de résultats au niveau de chaque sous population, la taille totale de l'échantillon au niveau de la zone d'étude a été quatre fois celle qui a été calculée, à savoir 1536 individus. En tenant compte de la possibilité des non répondants à un taux de 10 %, la taille minimale de l'échantillon recommandée a été alors de 1690 individus.

Pour assurer la qualité des données collectées, des mesures appropriées ont été prises à chaque étape de la collecte des données. Une formation rigoureuse des agents de collecte des données ainsi que le contrôle par des superviseurs des questionnaires complétés pour vérifier des incohérences ont été organisés pour améliorer la qualité des données. De plus, les données ont été saisies après que des questionnaires aient été revus par des coordinateurs de l'enquête. Ce processus a permis de fixer les erreurs avant l'exercice de saisie des données.

Le traitement et l'analyse des données ont été faits grâce aux logiciels SPSS/STATA/SAS.

Pour l'approche qualitative, l'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Atlas.ti.

Le protocole de l'enquête ainsi que tous les outils de collecte de données ont été validés par l'Institut National des Statistiques.

La participation à l'enquête été volontaire et anonyme. Un consentement éclairé pour la participation à l'étude a été obtenu auprès de la population d'étude avant de l'interroger.

## RESULTATS

Pour ce qui est des caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude, 55 % sont du sexe féminin et 45 % du sexe masculin. Les jeunes de 15-24 ans représentent 37 % et les adultes 63 %. La moitié des répondants sont mariés et plus d'un tiers (37.3 %) sont des célibataires. Quant au niveau d'études, 20 % n'ont pas fait d'école, et 62 % n'ont fait que l'école primaire. La majorité d'entre eux (66 %) sont des agri-éleveurs et 85 % sont affiliés à une mutuelle de santé.

Sur base des interviews approfondies menées auprès des partenaires et institutions du Ministère de la Santé sur les principaux problèmes de santé visés dans le cadre de la Communication pour la santé pour le Changement de comportement, les principales stratégies appelées aussi programmes de prévention développées sur les principaux problèmes de santé existent presque toutes sur le terrain. Pour la mise en œuvre de ces programmes, les interventions classiques de communication ont été utilisées. Comme le montre le tableau 1, la mobilisation sociale ou communautaire est la plus utilisée. En effet, 84 % des répondants déclarent avoir reçu les informations sur la santé à travers cette intervention. Les séances éducatives pour la santé au niveau des Formations Sanitaires sont citées par 63 % des répondants, et la participation communautaire est citée par 51 % des répondants.

**Table 1:** Principales interventions de communication pour la santé utilisées

| Age (en années) | Sexe     | N   | Mobilisation sociale ou communautaire |              | Séances éducatives au niveau des Formations Sanitaires |              | Réunions ou Participation communautaire |              |
|-----------------|----------|-----|---------------------------------------|--------------|--|--------------|---|--------------|
|                 |          |     | Exposé %                              | Non-exposé % | Exposé %   | Non-exposé % | Exposé %                                | Non-exposé % |
| < 18            | Féminin  | 92  | 83,70                                 | 16,30        | 64,13  | 35,87        | 61,96                                   | 38,04        |
|                 | Masculin | 89  | 86,52                                 | 13,48        | 78,65  | 21,35        | 56,18                                   | 43,82        |
| 18-24           | Féminin  | 189 | 83,60                                 | 16,40        | 57,14  | 42,86        | 36,51                                   | 63,49        |
|                 | Masculin | 166 | 89,16                                 | 10,84        | 47,59  | 52,41        | 39,16                                   | 60,84        |
| >24             | Féminin  | 507 | 78,90                                 | 21,10        | 69,03  | 30,97        | 54,04                                   | 45,96        |
|                 | Masculin | 392 | 83,16                                 | 16,84        | 61,22  | 38,78        | 56,63                                   | 43,37        |
| Moyenne         |          |     | 84                                    |              | 63   |              | 51                                      |              |

Comme le montre le tableau 2, la mise en œuvre des stratégies de Communication pour la santé à travers les interventions de communication décrites plus haut a été assurée dans 66 % des cas par les autorités de base (autorités administratives et confessionnelles). La réception des messages sur la santé à travers les Agents de santé communautaire et les prestataires des services de santé est citée successivement par 27 et 20 % des répondants.

**Table 2:** Exposition aux messages de santé durant les 12 derniers mois passés

| Age (en années) | Sexe     | N   | Agents de santé communautaire |              | Autorités de base |              | Formations Sanitaires |              |
|-----------------|----------|-----|-------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------------|--------------|
|                 |          |     | Exposé %                      | Non-exposé % | Exposé %          | Non-exposé % | Exposé %              | Non-exposé % |
| < 18            | Féminin  | 92  | 7.61                          | 92.39        | 57.06             | 42.94        | 10.87                 | 89.13        |
|                 | Masculin | 89  | 19.10                         | 80.90        | 60.61             | 39.33        | 13.48                 | 86.52        |
| 18-24           | Féminin  | 189 | 23.81                         | 76.19        | 69.57             | 30.43        | 22.22                 | 77.78        |
|                 | Masculin | 166 | 24.10                         | 75.90        | 65.66             | 34.34        | 19.28                 | 80.72        |
| >24             | Féminin  | 507 | 43.00                         | 57.00        | 71.79             | 28.21        | 27.61                 | 72.39        |
|                 | Masculin | 392 | 46.60                         | 53.40        | 71.04             | 28.96        | 23.72                 | 76.28        |
| Moyenne         |          |     | 27.37                         |              | 65.96             |              | 19.53                 |              |

Les messages reçus sur la santé par les bénéficiaires se rapportent pratiquement sur les principaux problèmes de santé visés, notamment l'adhésion à la mutuelle de santé(97%), le VIH et SIDA(95%), l'hygiène(95%) et le paludisme(89.5%). Les messages sur la santé pour

amener la population à changer de comportement ont été moyennement diffusés (pratique du sport, abandon de l'alcool, de drogues et du tabagisme). Les problèmes de santé qui n'ont pas reçu une large diffusion au sein de la communauté sont les infections des voies respiratoires (26%) et la malnutrition (35.5%).

Concernant l'application des messages reçus sur les principaux problèmes de santé, comme le montre le tableau 3, sur base de la déclaration des répondants, les mesures de prévention sont moyennement appliquées par les bénéficiaires des messages dans une proportion de 60, 49,43 et 36 % respectivement pour le paludisme, les maladies diarrhéiques, le VIH et SIDA et la tuberculose.

**Table 3:** Application des messages reçus sur le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies diarrhéiques

| VIH et SIDA: Façons de mise en application                 | N          | %         |
|--|------------|-----------|
| Abstinence et fidélité au partenaire unique                | 1176       | 91,9      |
| Test de dépistage du VIH/SIDA                              | 803        | 62,6      |
| Réduction de la discrimination et stigmatisation des PVVIH | 383        | 29,9      |
| Non échange des objets contondants ou tranchants           | 252        | 19,7      |
| Usage du préservatif lors des rapports sexuels             | 108        | 8,4       |
| <b>Moyenne :</b>   | <b>544</b> | <b>43</b> |
| <b>Paludisme : Messages appliqués</b>                      |            |           |
| Lutte contre la propagation du paludisme                   | 1130       | 91,9      |
| Consultation précoce en cas de paludisme                   | 337        | 27,4      |
| <b>Moyenne :</b>   | <b>734</b> | <b>60</b> |
| <b>Tuberculose : Messages appliqués</b>                    |            |           |
| Méthodes de prévention de la contamination par la TBC      | 412        | 61,3      |
| Examen du crachat  | 243        | 35,4      |
| Réduction de la stigmatisation et de la discrimination     | 72         | 10,5      |
| <b>Moyenne :</b>   | <b>242</b> | <b>36</b> |
| <b>Maladies diarrhéiques : Messages appliqués</b>          |            |           |
| Utilisation de l'eau potable                               | 529        | 78,8      |
| Usages des latrines pour l'évacuation des excréta humains  | 458        | 68,3      |
| Lavages des aliments crus avant leur consommation          | 247        | 36,8      |
| Utilisation de SRO pour le traitement de la déshydratation | 64         | 9,5       |
| <b>Moyenne :</b>   | <b>325</b> | <b>49</b> |

## DISCUSSION

Depuis ces dernières décennies, la santé de la communauté a été considérée comme étant la base du développement durable. A cet égard, au niveau de la Région africaine, le sommet d'Abuja(3) a demandé à tous les Hauts Responsables des pays africains d'allouer un budget suffisant (15% du budget national) au secteur de la santé pour espérer un développement économique durable. Le meilleur état de santé de la communauté permet à cette communauté de participer activement à la production. Il est obtenu grâce aux efforts fournis dans la lutte contre les principaux problèmes de santé dus, essentiellement aux mauvaises conditions d'hygiène et aux comportements négatifs.

Le rôle des autorités de base, administratives et confessionnelles, est capital à cause de leur influence positive au sein de la communauté. Les résultats de la

présente étude ont montré ce rôle prédominant joué par les autorités de base par une large diffusion des messages relatifs à la santé. L'élément le plus important dans le processus du changement de comportement est l'accès à la bonne information sur le problème de santé [4,5]. Les autorités de base ont rempli positivement ce rôle à travers les différents contacts directs qu'ils ont avec la communauté soit à travers les réunions communautaires tenues après les travaux communautaires de développement (Umuganda) ou à d'autres occasions. L'implication positive de ces autorités peut s'expliquer, essentiellement, par la contribution des contrats de performance (Imihigo) assignés aux autorités administratives. Ainsi, les prestataires des services de santé et plus particulièrement les agents de santé communautaire aident alors la communauté à changer de comportement par application du contenu des messages reçus. Le résultat se traduit par l'adoption des comportements positifs vis-à-vis de ces problèmes de santé.

Les résultats de l'étude montrent que les messages ont reçu, dans des proportions acceptables, une bonne application pour aboutir aux résultats positifs indiquant une amélioration de l'état de santé de la communauté. En effet, l'utilisation des mesures de lutte contre la propagation du paludisme, notamment l'utilisation de la moustiquaire imprégnée a permis la réduction du paludisme représentant aujourd'hui moins de 10% de toutes les causes d'hospitalisation versus 41% en 2005

## REFERENCES

1. Ministère de la Santé. Stratégie Nationale de Communication pour le Changement de Comportement dans le domaine de la santé, 2003-2007(2003).
2. Commission Nationale de Lutte contre le SIDA. Cadre Stratégique National du Rwanda en Communication pour le Changement de Comportement en matière du VIH/SIDA/IST, 2005-2009( 2004 ).
3. Organisation Mondiale de la Santé. Faire reculer le paludisme, Sommet d'Abuja-Nigeria, 25 Avril 2000.
4. Glanz K, Rimer B.K and Lewis F.M. Health Behaviour and Health Education. Theory, research and practice, 3rd Ed. Jossey-Bass( 2002 ).
5. Rice RE and Atkin C.K. Public Communication Campaign 3rd Ed. Sage Publication. ( 2001 ).
6. Ministère des Finances. et de la Planification Economique. Enquête Démographique et de Santé. Institut National de la Statistique. ORC Macro, Calvetton. Maryland, Juillet 2006
7. Ministère des Finances et de la Planification Economique. Mini-Enquête Démographique et de Santé au Rwanda. Rapport préliminaire(2008)

[6]. Par ailleurs, l'utilisation des mesures de lutte contre le VIH et SIDA a permis une réduction de la vitesse de propagation du VIH. Il est à noter également que le taux d'utilisation des services de santé qui était de 23% en 2003 est passé à 92%, grâce à l'impulsion des autorités de base dans la généralisation des mutuelles de santé. Aussi, il y eut une réduction de la mortalité maternelle, passant de 750 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2005 à 383 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2008 [7], grâce à l'utilisation du service de maternité passant de 39% en 2005 à 64% en 2008 et du service de planification familiale, passant de 10% en 2005 à 27% en 2008 [7]. Toutefois, les mesures de lutte contre les maladies diarrhéiques ne sont pas suffisamment appliquées. En effet, la proportion de la population ayant accès à l'eau potable (67%) et ayant des toilettes correctement aménagées (56% reste relativement faible [7].

## CONCLUSION

L'implication des autorités de base dans la transmission des messages relatifs aux problèmes de santé, de même que l'appui des prestataires des services de santé, particulièrement les agents de santé communautaire a permis une amélioration de l'état de santé de la population. L'exemple des autorités de base dans la transmission des messages relatifs à la santé est fortement à encourager pour d'autres programmes visant le bien-être de la population.