

Lutte Contre les Maladies Transmissibles d'Enfance - Volume I

Training for development

Peace Corps

Information Collection & Exchange

Training Manual No. T-51

L M T E

Traduit par:

FLS, Inc.

Sylviane Petrovitch-Swartz et

Dominique Carton

Printed By:

PEACE CORPS

Information Collection and Exchange

November 1987

INFORMATION COLLECTION ET ECHANGE

Information Collection et Echange (ICE), service de réunion et d'échange d'information de Peace Corps, a été établi de façon à ce que les stratégies et les technologies développées par les Volontaires de Peace Corps, leurs collaborateurs et leurs homologues, soient, dans une large mesure, mise à la disposition des organisations de développement et du personnel individuel qui pourraient les trouver utiles. Guides de formation, programmes d'études, plans de cours, rapports de projets, manuels et tous documents produits par Peace Corps et développés sur le terrain sont rassemblés et révisés. Certains prises sur le terrain pour la production de manuels ou pour des recherches dans des secteurs de programmes particuliers. Les document que vous remettez au bureau d'Information Collection et Echange (ICE) deviennent donc part d'une plus large contribution de Peace Corps au développement.

Toute information au sujet des publications et des services d'ICE est disponibles auprès de:

Peace Corps

Information Collection & Exchange

1111 - 20th Street, NW

Washington, DC 20526

USA

Website: <http://www.peacecorps.gov>

Telephone : 1-202-692-2640

Fax : 1-202- 692-2641

Ajoutez votre expérience au Centre de Documentation d'ICE. Envoyez les documents que vous avez préparés en sorte que nous puissions les partager avec d'autres travaillant dans le domaine

du développement. Vos connaissances techniques servent de base à la production de documents ICE, de réimpressions d'ouvrages, et de blocs de documentation. Elles donnent également l'assurance qu'ICE procure l'ensemble le plus à jour et le plus innovateur de techniques de solution et d'informations mises à votre disposition ainsi qu'à celle de vos collègues travaillant dans le développement.

Table des matières

Introduction

Session 2

Prospectus :

2A Prétest

2B Feuille de réponses au prétest

Session 3

Prospectus :

3A Fiche d'auto-évaluation

Session 4

Prospectus :

4A Evaluation du programme de formation

Module 2 : Soins de santé primaires

Objectifs de comportement

Session 6

Prospectus :

6C Comment comprendre la médecine traditionnelle

Annexe du moniteur :

6A Fiche de travail des soins de santé primaires

Session 8

Annexe du moniteur :

8A L'histoire d'Ibrahim

8B Mais pourquoi ...?

8C La chaîne des causes

8D Rôles et décor pour jouer le jeu des systèmes de santé modernes et traditionnels

Module 3 : Analyse et participation de la communauté

Objectifs de comportement

Session 9

Prospectus :

9A Le modèle d'analyse communautaire

9B Diagnostic d'une communauté ce que vous pouvez apprendre sur votre communauté

Session 10

Prospectus :

10A Quatre types de questions d'interview
10B Suggestions pour réunir les informations
10C Types et sources d'information sur la communauté

Annexe du moniteur :

10A Rôle Nr. 1 : Le bénévole du PC et une mère locale
10B Rôle No. 2 : Le bénévole du PC et le doyen de la ville
10C Techniques appropriées et inappropriées pour des interviews informelles

Session 13

Prospectus :

13A Procédures de surveillance des maladies
13B Exercices de relèves

Annexe du moniteur :

13A Comment définir enquête et surveillance
13B Définition des taux
13C Méthodologie de l'enquête
13D Echantillon de registre de patient externe
13E Exemples de formulaire de surveillance rapport de surveillance hebdomadaire des maladies diarrhéiques
13F Visualisation des données numériques

Session 14

Prospectus :

14A Questions à poser pour évaluer la participation communautaire
14B Compétences requises pour les organisateurs
14C Comment aider les gens à s'organiser
14D Comment motiver la communauté : Un exemple d'immunisation

Annexe du moniteur :

14A Facteurs affectant la participation aux projets de développement ruraux

Session 15

Prospectus :

15A Inventaire du style de travail
15B Styles de collaboration/travail du bénévole
15C Modèle de résolution d'un problème

Annexe du moniteur

15A Analyse de styles

Module 4 : Education: la santé

Objectifs de comportement

Session 16

Prospectus :

16A Introduction à l'éducation pour la santé
16B Le processus d'éducation pour la santé
16C Problème d'éducation pour la santé

Annexe du moniteur :

16A Les objectifs de l'éducation pour la santé

16B Solution échantillon au problème d'éducation pour la santé

Session 17

Prospectus :

17A Comment définir le problème de santé

17B Fiche d'analyse du problème de santé

Annexe du moniteur :

17A Comment sélectionner les problèmes de santé importants

17B Exemples de définition d'un problème

17C Comment identifier les groupes cibles pour l'éducation pour la santé

Session 18

Prospectus :

18A Etablissement d'un but et des objectifs d'un programme

18B Comment établir les objectifs

Annexe du moniteur :

18A Exemples d'objectifs de projet complets et incomplets

18B Exemples des objectifs de programme, de projet et d'activité

Session 19

Prospectus :

19A Stratégies d'éducation pour la santé

19B Exemples de stratégies pour l'éducation de la santé

19C Recommandations concernant le choix des stratégies d'éducation pour la santé

Session 20

Prospectus :

20A La planification d'un projet de santé communautaire

20B Fiche de planification d'un projet d'éducation pour la santé

Annexe du moniteur :

20A L'activité du pont de bambou

Session 21

Prospectus :

21A Contrôle et évaluation sur le terrain des campagnes de communication

Annexe du moniteur :

21B Liste de vérification pour contrôler la performance du travail service de traitement de la diarrhée

21C Exemples de rubriques à contrôler

Session 22

Prospectus :

22A Critères d'évaluation des stratégies

22B Fiche d'évaluation

Session 23

Prospectus :

23A Le cycle d'enseignement expérimental

23B L'utilisation d'images pour stimuler la discussion

23C Directives pour utiliser la discussion de groupe

23D Directives pour la démonstration

23E Les techniques de formation

Annexe du moniteur :

23A Jeu de rôle sur la façon dont les adultes apprennent le mieux

23B Comment décider quand utiliser l'enseignement expérimental

23C Le théâtre de marionnettes peut-il communiquer un message de façon efficace ?

23D "Aime-le et fais-le apprendre"

23E Quelques pensées sur l'utilisation de l'enseignement non-formel dans le monde réel

23F Comparaison entre approche de l'enseignement centrée sur l'enseignant et approche centrée sur l'élève

Session 24

Prospectus :

24A Comment les aides visuelles aident les gens à apprendre et à retenir

24B Pourquoi les images ne parviennent pas toujours à transmettre les idées

24C Idées à retenir concernant la conception des aides visuelles

24D L'utilisation des images pour communiquer avec efficacité

Annexe du moniteur :

24A Titre : pourquoi utiliser les aides visuelles ?

24B Les villageois nous apprennent à leur enseigner (Tanzanie)

24C Exemples de situations d'instruction

Session 25

Prospectus :

25A La promotion de la TRO : L'intégration des médias de masse des imprimés et des aides visuelles

25B Campagnes de développement en Tanzanie rurale

25C La promotion de l'allaitement au sein et des pratiques correctes de sevrage en Côte d'Ivoire

25D Directives pour lectures et présentations

Annexe du moniteur :

25B Comment rendre les imprimés plus faciles à lire

25C Exemple de planification pour une série d'images

25D Programmes d'instruction à la radio : quelques directives pratiques pour les scénaristes et les responsables de la planification.

25E Développement du concept

25F Comment développer les imprimés pour les analphabètes

25G Le procédé de rédaction des articles

25H Guide de planification de programme pour la radio

Session 26

Prospectus :

26A Les aides visuelles : une aide ou un obstacle ?
26B Fiche d'enregistrement des rapports de pré-tests

Annexe du moniteur :

26A Techniques de traçage pour adapter les aides visuelles
26B Jeu de rôle sur le pré-test des images

Session 27

Prospectus :

27A Directives pour les séances de pratique
27B Fiche de plan de séance
27C Evaluation de la séance de pratique
27D Liste de vérification de la préparation de la séance

Annexe du moniteur :

27A Plan de séance échantillon

Session 28

Prospectus :

28A Directives pour préparer la journée consacrée à la santé

Module 5 : Nutrition

Session 29

Prospectus :

29A Trois principaux groupes d'aliments
29B Protéines végétales complémentaires

Session 30

Prospectus :

30A Comment évaluer les cas de malnutrition
30B Le chemin vers la santé
30C Fiche d'enregistrement des mesures anthropométriques

Annexe du moniteur :

30A Kwashiorkor

30B Marasme

30C Détection de l'anémie et de la carence en vitamine A

30D Comparaison des mesures anthropométriques

30E Directives pour l'interprétation des données de contrôle de la nutrition

30F Exemples d'informations à noter sur une feuille de croissance

Introduction

Session 2

Session 3

Session 4

The Combatting Childhood Communicable Disease (CCCD) Trainers Manual was produced in 1985 by Peace Corps as a training resource to prepare Peace Corps Volunteers (or trainees) and

their Host Country colleagues to work in selective Primary Health Care projects with particular focus on the under five population.

Since 1985 this training manual has been used in African countries as a primary resource to in-country training courses for Volunteers and their colleagues. Because many of these courses are conducted exclusively in French we decided to translate all participant handouts and trainer attachments into French. We felt these translations would be useful to francophone participants and reduce the time needed by the trainer to prepare the course.

The handouts in these two volumes are arranged according to the table of contents in the CCCD Trainers' Manual. Each handout and trainer attachment is identified by session number in the upper right hand corner of the handout. We recommend that the trainer use these volumes as a master copy to prepare and duplicate the handouts for each training course.

Session 2

Prospectus :

2A Prétest

2B Feuille de réponses au prétest

2A Prétest

Nom :

I. Soins de santé primaires.

- 1) Définissez les soins de santé primaires. (Session 5)
- 2) Dressez la liste des huit composantes des soins de santé primaires. (Session 5)
- 3) Décrivez et/ou faites l'organigramme du système de prestations sanitaires du pays hôte. (Session 6)
- 4) Décrivez l'approche intersectorielle/multinationale du pays hôte envers les soins de santé primaires. (Sessions 6, 7)
- 5) Énoncez trois croyances sanitaires traditionnelles, pratiques et/ou conditions socio-économiques qui affectent la santé individuelle, celle de la famille et de la communauté. (Session 8)

Santé traditionnelle

Santé de la famille

Santé de la communauté

II. Analyse et engagement de la communauté

- 1) Donnez trois raisons de l'importance de connaître la communauté. (Sessions 9, 12)
- 2) Dressez une liste de huit catégories d'informations qu'il faut collecter pour avoir une connaissance profonde de la communauté. (Session 9)

3) Donnez le nom de trois techniques dont on peut se servir pour collecter les informations. (Sessions 9, 10)

4) Définissez les termes enquête et surveillance et énoncez les six étapes principales d'un système de surveillance, (Session 13)

5) Énoncez trois façons de faire participer les membres de la communauté et les chefs à la planification et à la mise en œuvre des programmes. (Session 14)

6) Définissez le terme homologue et donnez deux raisons pour travailler avec un homologue. (Session 15)

III. Éducation pour la santé

1) Dressez la liste des étapes à traverser pour planifier un projet d'éducation pour la santé dans votre communauté. (Session 16)

2) Quelles sont les 4 questions à poser pour que vous déterminiez si un problème de santé particulier de votre communauté est un problème prioritaire ? (Session 17)

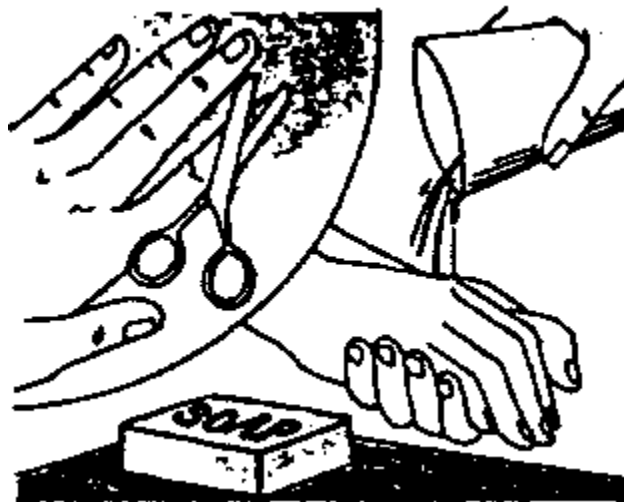
3) Dressez la liste des informations qui ont besoin d'être incluses lors de la rédaction d'un bon objectif. (Session 18)

4) Quelle est la différence entre le contrôle et l'évaluation et décrivez deux types d'évaluation devant être faites. (Sessions 21, 22)

5) Dressez la liste d'au moins cinq techniques d'éducation informelles que vous pouvez utiliser dans l'éducation pour la santé. (Session 23)

6) Dressez la liste des quatre étapes du cycle d'instruction expérimentale et donnez un exemple illustrant ce que vous feriez pour chaque étape. (Session 23)

7) Regardez l'image ci-dessous. Sera-t-elle efficace pour communiquer de bonnes techniques d'hygiène personnelle aux villageois ruraux du pays hôte ? Oui _____ ; Non _____ ;
Techniques d'hygiène personnelle aux villageois ruraux du pays hôte ?



Citez trois catégories de critères que vous avez utilisés pour évaluer l'image. (Session 24)

8) Citez trois rôles pour les média de masse dans les projets d'éducation pour la santé au niveau de la communauté. (Session 25)

9) Le prétest des images en vaut-il le temps et le coût ? Oui _____ Non _____
Expliquez votre réponse. (Session 26)

IV. Nutrition

1) Catégorisez les aliments en trois groupes et donner un exemple de nourriture locale pour chaque groupe. (Session 29)

Catégories d'aliments

1. _____ 2. _____ 3. _____

Nourriture locale

1. _____ 2. _____ 3. _____

2) Citez trois facteurs qui contribuent à donner des nouveaux-nés à risque au point de vue nutritif. (Session 30)

3) Décrivez trois mesures anthropométriques utilisées pour évaluer le statut nutritif des enfants. (Session 30)

4) Énoncez trois raisons pour utiliser le tableau "Le chemin de la santé". (Session 30)

5) Décrivez le régime de sevrage d'un enfant de six mois. Un enfant de 12 mois. (Session 31)

6) Citez trois causes de malnutrition. (Session 32)

V. Maladies transmissibles de l'enfance.

A. Maladies immunisables

1. Décrivez les signes cliniques principaux et les symptômes de la rougeole. (Session 33)

2. Décrivez deux façons dont le tétanos néonatal est transmis. (Session 34)

3. A quel âge devez-vous donner ces vaccins à un enfant? (Sessions 33, 34, 35)

DTCoq :

TT :

OPV:

Rougeole :

BCG :

B. Paludisme

1. Identifiez les deux groupes à haut risque pour le paludisme. (Session 38)

2. Citez trois signes et symptômes du paludisme. (Session 38)

3. Expliquez la différence entre un traitement présomptif du paludisme et un traitement prophylactique. (Session 38)

4. Expliquez le mode de transmission du paludisme (Session 38)

C. Maladies diarrhéiques

1. Expliquez le principal moyen de transmission des maladies diarrhéiques. (Session 39)

2. Citez trois signes de déshydratation grave. (Session 40)

3. Citez trois choses à faire quand un enfant présente une certaine déshydratation. (Session 41)

4. Citez les ingrédients contenus dans les sachets de SRO. (Session 41)
5. Expliquez pourquoi la simple réhydratation (remplacement du liquide) n'est pas suffisante pour le traitement de la diarrhée et la prévention de la déshydratation. (Session 41).
6. Citez trois croyances et pratiques locales qui affectent la diarrhée et comment elle est traitée. (Session 42)

VI. Formation des moniteurs

1. Citez trois avantages d'utilisation des activités d'instruction expérimentales dans les programmes de formation des agents de santé de la communauté. (Session 46)
2. Énoncez trois raisons pour lesquelles il faut procéder à une analyse des tâches lors de la planification d'un programme de formation. (Session 47)
3. Décrivez un exemple d'objectif de comportement et énoncez trois raisons pour lesquelles nous utilisons des objectifs de comportement dans les programmes de formation des agents de santé. (Session 48)
4. Nommez deux techniques de formation que vous utiliseriez pour l'enseignement des connaissances; Compétence dans le domaine de l'enseignement; Attitudes d'instruction. (Session 49)
5. Dans le contexte des dynamiques de groupe, faites brièvement la distinction entre les dimensions de "contenu" et "procédé" dans le travail en groupe. (Session 50)
6. Nommez six sortes de prises de décision utilisées couramment par les groupes. (Session 50)
7. Décrivez quatre facteurs qui aident le moniteur à définir son rôle dans le groupe de travail. (Session 51)
8. Expliquez la relation entre objectifs de comportement et évaluation dans le contexte d'un groupe de travail de formation. (Session 52)
9. Quels genres/types d'informations comprendrait un plan simple pour un groupe de travail de deux jours avec des agents de santé ? (Session 53)

2B Feuille de réponses au prétest

I. Soins de santé primaires

1.
 - "Les SSP" sont une approche pratique rendant les soins de santé essentiels universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté de façon abordable et acceptable et avec leur entière participation.
2.
 - Education concernant les problèmes de santé prédominants et les méthodes permettant leur prévention et leur contrôle
 - Promotion de l'approvisionnement en nourriture et d'une nutrition correcte
 - Alimentation en eau potable adéquate et de bonnes conditions de base
 - Soins maternels et infantiles, y compris le planning familial

- Vaccination contre la plupart des maladies infectieuses
- Prévention et contrôle des maladies endémiques locales
- Traitement approprié des maladies et accidents courants
- Fourniture de médicaments essentiels

3. - Cela varie selon le pays

4. - Cela varie selon le pays

5. - Cela varie selon le pays

II. Analyse de la communauté et organisation

1.

1) Identifier les besoins de la communauté 2) Identifier quels besoins/priorités sont considérés importants par la communauté 3) Déterminer quelles sont les ressources disponibles

2.

- 1) Parenté
- 2) Education
- 3) Economie
- 4) Politique
- 5) Religion
- 6) Loisirs
- 7) Association
- 8) Santé

3.

Observation

Ecoute

Interview

4. Les enquêtes sont des études spéciales menées afin de réunir des données à l'extérieur du centre de santé généralement à un moment spécifique et sont basées sur un échantillon qui est représentatif de cette population.

La surveillance des maladies est la collecte, l'interprétation et la dissémination des informations liées à la santé. Les méthodes de surveillance comprennent le signalement de routine des maladies, la surveillance active (poison), et les enquêtes représentatives. Les six étapes principales d'un système de surveillance sont:

- 1) Identifier les cas
- 2) Compter les cas signalés
- 3) Analyser les cas signalés
- 4) Agir
- 5) Signaler rapidement
- 6) Contrôler les totaux mensuels et annuels

5.

- 1) Techniques d'enseignements qui implique activement les membres de la communauté.
- 2) Démarrer avec un projet qui donnera rapidement des résultats avant de poursuivre avec des

efforts à plus long terme.

3) Edifier sur les traditions d'effort personnel, croyances, coutumes et valeurs religieuses locales.

6. Un homologue peut être défini comme ayant les mêmes fonctions ou caractéristiques qu'un autre ; c'est-à-dire l'équivalent ou le complément.

Deux raisons pour travailler avec un homologue sont :

- Il ou elle peut vous aider à mieux comprendre et interpréter les besoins d'une communauté
- Il ou elle pourra peut-être continuer le programme après votre départ.

III. Education pour la santé

1. Les étapes à suivre lors de la planification d'un projet d'éducation pour la santé d'une communauté sont :

- Se documenter au sujet de la communauté
- Identifier et analyser les problèmes sanitaires
- Etablir des objectifs
- Sélectionner des stratégies
- Développer un plan de projet
- Identifier les ressources et préparer les matériaux
- Evaluer et réviser le plan du projet

2. Pour déterminer les problèmes, poser ces questions :

- Affecte-t-il beaucoup de gens (est-ce un problème courant ?)
- Est-ce que beaucoup de gens pensent que c'est un problème ? (est-il largement reconnu comme étant un problème ?)
- Cause-t-il de nombreux décès ou maladies graves ? (est-ce un problème grave ?)
- Peut-il être résolu en utilisant des ressources de la communauté ?

3. Les conclusions en ce qui concerne quelles informations appartiennent à tel objectif devraient inclure :

- Qui va faire le changement ?
- Qu'est ce qui a besoin de changer ?
- De combien ?
- Quand ? Vers quelle date ou moment ?
- Où le changement va-t-il se produire ?

4. Contrôler signifie observer de près ou vérifier périodiquement. Grâce au contrôle, des informations actuelles sur le progrès du projet sont réunies, en utilisant des marques ou jalons préétablis.

L'évaluation implique la comparaison d'un travail d'observation ou l'usage d'un service par rapport à ce qu'on attendait comme réalisation. Il faut procéder à deux types d'évaluation, l'évaluation du procédé et l'évaluation du résultat. L'évaluation du procédé, considère régulièrement nos stratégies et activités et pose la question : "Suivons-nous la stratégie que nous avons décidé de suivre ou faisons-nous quelque chose d'autre ? Si nous suivons nos stratégies, quelle est notre évaluation de notre aptitude, efficacité, applicabilité, compétence ?" Dans l'évaluation des résultats, vous considérez votre objectif, au moment prédéterminé, et vous posez la question "Avons-nous accompli ce que nous avons prévu ?"

5. Quelques exemples de techniques d'enseignement informelles à utiliser dans l'éducation pour la santé :

Jeu de rôle

Raconter des histoires

Discussion de groupe

Démonstrations avec exercice de la compétence

Résolution des problèmes en petits groupes

Remue-méninges

Drame

Excursions

Chants

Dessiner et discuter des images

Simulation.

6. Les étapes du cycle d'instruction expérimentale sont :

Expérimenter (faire quelque chose)

Transformer (discuter des réactions et des observations)

Généraliser (décider ce que cette expérience vous dit de la réalité)

Appliquer (planifier un comportement plus efficace)

L'exemple devrait être comparable à celui donné dans le prospectus 23A, session 23.

7. Les critères d'évaluation des images sont :

- Cela aide-t-il à réaliser les objectifs ?

- Est-ce approprié pour la culture locale ?

- Est-ce bien conçu ? (est-ce facile à voir, simple bien organisé, bien centré)

8. Comme suit, quelques façons dont l'OMS considère le rôle des média de masse dans le domaine de l'éducation :

- Aider à renforcer la volonté politique en s'adressant aux dirigeants ;

- Eveiller la conscience générale à la santé et clarifier les opinions concernant les actions qui ont de fortes répercussions aux niveaux de la santé ;

- Aider à envoyer des messages techniques ;

- Développer l'implication de la communauté en reflétant l'opinion publique, en encourageant le dialogue et en facilitant les informations en retour de la communauté.

9. Oui.

Pré-tester les images peut faire gagner du temps et de l'argent en identifiant si elles suscitent et maintiennent l'intérêt et si elles communiquent le message voulu. Pré-tester fournit aussi un moyen de mieux connaître la communauté

IV. Nutrition

1. Les réponses dépendent des catégories choisies et des aliments disponibles dans votre pays. Ce qui suit est une réponse basée sur l'annexe à l'intention des moniteurs 29A.

Catégories des aliments

Aliments locaux	Aliments de croissance	Aliments Energétiques	Aliments de protection
1. Poisson frais	X		
2. Millet	X	X	
3. Mango			X
4. Huile de palme		X	

2.

1) Poids de la mère en dessous de 43,5 kg

2) N'arrive pas à gagner 0,5 kg par mois durant les trois premiers mois de vie

3) Un épisode de rougeole, de coqueluche et une diarrhée grave et répétée durant les premiers mois de vie.

3.

- 1) Circonférence du bras
- 2) Poids pour l'âge
- 3) Poids pour la hauteur
- 4.

- 1) Faire des rapports médicaux pertinents et concis sur les enfants durant les stades critiques de développement
- 2) Encourager la participation des mères aux consultations des moins de cinq ans.
- 3) Fournir des moyens visuels rapides de contrôle du statut de développement d'un enfant.
5. Les aliments de sevrage doivent être donnés à un enfant ayant de 4 à 6 mois. En plus du lait maternel, un enfant à 4 mois doit manger une fois par jour du porridge bien écrasé avec des fruits, des légumes et la principale céréale locale ou des tubercules. A l'âge de 6 mois, en plus du lait maternel, il faut lui servir 2 à 4 fois par jour un mélange d'aliments, composé d'hydrates de carbone, d'un supplément de protéines, de vitamines et de minéraux et un supplément de calories. A l'âge de 9 mois, un enfant peut manger des aliments à mâcher. En plus du lait maternel, il faut lui donner des aliments mélangés environ 3 fois par jour, chaque plat fournissant environ 220 calories. Entre l'âge de 9 et 12 mois, un enfant doit manger entre 1 à 1 1/2 tasse d'aliments mélangés quatre à six fois par jour.
6. Plusieurs causes de malnutrition comprennent :

Des causes biologiques telles que :	Des causes physiques telles que :	Des causes social telles que:
Paludisme	Poids faible à la naissance	Sevrage abrupte
Diarrhée	Manque de protéines/calories suffisantes dans le régime	Alimentation au biberon
Rougeole		Soins médicaux inadéquats

V. Maladies transmissibles de l'enfance

A. Maladies immunisables

1.

Forte fièvre avant l'éruption de boutons

Toux

Nez qui coule

Rougeur des yeux

Eruption de boutons

2. En général par un instrument non stérile utilisé pour couper le cordon ombilical ou "en tassant" sur la région ombilicale des substances contaminées.

3. Le programme de vaccination recommandé par l'OMS est le suivant :

DTCoq - A partir de six semaines avec deux doses supplémentaires à quatre semaines d'intervalle.

TT - Deux doses à quatre semaines d'intervalle dès le début de la grossesse si possible et/ou un rappel pour les femmes enceintes qui ont terminé la série mais qui n'ont pas été vaccinées durant les trois dernières années

OPV - Même chose que pour le DPCoq

Rougeole - A neuf mois

BCG - A la naissance

B. Paludisme

1. Jeunes enfants
Femmes enceintes

2. Frissons
Fièvre élevée
Mal de tête

3. Traitement présomptif signifie traiter la maladie avant qu'elle ne soit confirmée par le test de laboratoire.

Traitement prophylactique signifie prévenir l'infection ou la maladie en prenant des drogues paludéennes de façon régulière.

4. Toutes les formes de paludisme sont répandues par la morsure d'un moustique femelle anophèle infecté. Le moustique mord une personne et injecte les formes jeunes du parasite dans le sang de la personne piquée. Les jeunes parasites passent dans le flux sanguin et remontent jusqu'au foie. Les parasites atteignent le dernier stade de leur développement dans le foie (mérozoïtes). En 6 ou 9 jours, les jeunes parasites quittent le foie et pénètrent dans le flux sanguin à nouveau. Ils envahissent les globules sanguins terminent leur développement et se multiplient rapidement (stade érythrocytaire de l'infection).

Les parasites augmentent en nombre jusqu'à ce que les globules rouges commencent à éclater, le patient a alors froid. Les parasites attaquent alors d'autres globules rouges. Ce qui fait monter la température du patient qui a chaud.

C. Maladie diarrhéique

1. Trajet fécal-oral (c'est-à-dire de la main à la bouche)

2. (1) pas de larmes, (2) pouls faible et rapide, (3) pas d'urine pendant 6 heures.

3. (1) Donner des préparations de SRO, (2) continuer l'allaitement au sein, (3) Donner des aliments légers à calories élevées.

4. Chlorure de sodium, bicarbonate de sodium ou citrate de trisodium, chlorure de potassium et glucose.

5. Le simple remplacement de liquide n'est pas suffisant pour la prévention de la réhydratation parce qu'on perd davantage que du liquide avec la diarrhée ; des sels importants sont perdus et un déséquilibre électrolytique se produit. Le remplacement du liquide ne traite pas la diarrhée car c'est généralement une maladie qui se limite d'elle-même.

6. Cela varie selon le pays.

VI. Formation des moniteurs

1. Trois des réponses suivantes :

- C'est basé sur la connaissance ou l'expérience de l'élève.
- C'est une approche de l'éducation qui consiste à résoudre les problèmes et en tant que telle ressemble à l'apprentissage de la vraie vie
- Cela permet une participation active et de faire l'expérience soi-même, facilitant ainsi l'acquisition de la compétence, son développement, les changements d'attitude
- Cela encourage les participants à partager leurs problèmes et à travailler ensemble pour identifier des solutions viables
- Cela aide les participants à "apprendre comment apprendre".

2. Trois des réponses suivantes :

- L'analyse des tâches peut vous aider, en tant que moniteur à déterminer quoi enseigner.
- L'analyse des tâches peut aider le moniteur à identifier les lacunes de performance en corrigeant seulement les lacunes (au lieu de reformer un employé à sa tâche) le moniteur peut accomplir de bien meilleurs résultats avec moins de coûts de formation et en moins de temps.
- L'analyse des tâches peut aider le personnel administratif à maintenir l'orientation de la performance de la description des tâches (orientée vers l'action).
- L'analyse des tâches peut aider le moniteur et le personnel administratif à mettre l'accent sur les actions valables que chaque employé accomplit au cours de son travail.
- L'analyse des tâches peut aider le personnel administratif à mettre au point des évaluations de la tâche de l'employé--la rendant ainsi plus facile.

3.

- Un bon objectif de comportement répond aux questions suivantes : Qui ? fait quoi ? à quelle norme de qualité ? quantité ? temps ? donnant quoi ? ou dans quelles conditions ?
- Faciliter la conception de l'instruction et du développement en fournissant des buts précis à réaliser.
- Faciliter la mise en séquence appropriée, éliminer les manques et les recouvrements.
- Promouvoir une communication plus efficace entre les moniteurs, le personnel administratif, les chercheurs, et les stagiaires.
- Permettre aux étudiants d'être plus efficaces dans leurs études lorsqu'ils savent ce qu'on attend d'eux
- Éliminer le temps perdu quand les stagiaires peuvent déjà réaliser tous ou certains des objectifs avant de commencer un cours.
- Essayer d'imposer une philosophie de responsabilité du moniteur pour aider les élèves à maîtriser les objectifs.

4.

Connaissance	- conférences prospectus	films/diapositives instruction programmée
Compétence	- expérience pratique démonstration projets	rôle à jouer/simulation résolution des problèmes
Attitudes	- Conter des histoires Rôle à jouer	Village théâtre Événements culturels

5. Contenu : On peut penser que le contenu est la matière à discussion du groupe, c'est-à-dire, les idées les notions, les propositions, les opinions, les faits, etc. - Ce qu'un secrétaire efficace écrirait.

Procédé : On peut penser que le procédé représente les facteurs sous-jacents qui existent dans une situation de groupe, c'est-à-dire les relations interpersonnelles, les sentiments, les attitudes, la façon de traiter les désaccords et les accords, le ton général et le climat--Comment fonctionne le groupe.

6. Trois des réponses suivantes :

La règle de la majorité	le consensus
L'unanimité	le sondage
L'auto-autorisation	la poignée de main
Le fiasco ("non décision")	le leurre

7. Quatre des réponses suivantes :

- Catégories de styles d'étudiants représentées dans le groupe de travail
- le rôle favori de moniteur, du chef du groupe et la faculté qu'a ce chef pour s'adapter à un autre

rôle.

- l'expérience des membres du groupe en tant que groupe (c'est-à-dire, est-ce un groupe nouvellement formé ou ont-ils déjà travaillé ensemble? A quel stade sont-ils de leur croissance en tant que groupe ?)
- objectifs et durée du groupe de travail
- contenu technique du groupe de travail
- homogénéité sociale/culturelle du groupe
- normes culturelles concernant le travail du groupe l'instruction, le retour des informations.
- ressources physiques disponibles pour la formation. le rôle de développement de l'employé du PCV.

8. L'évaluation consiste à tester les procédures ou les tests dans lesquels le stagiaire pratique le même comportement que décrit dans l'objectif du comportement. Une fois que vous avez énoncé clairement ce que le stagiaire doit pouvoir faire à la fin de son stage, l'évaluation permettant de savoir si vous avez atteint votre but peut être très précise. A la fin du programme de formation, faites faire la même chose au stagiaire. S'il peut le faire correctement, alors votre formation est un succès; s'il n'en est pas capable alors votre formation a besoin d'être améliorée.

9. Une liste des objectifs et des activités avec les temps programmés, le matériel, les méthodes d'évaluation, et les coordinateurs/accomodateurs affectés.

Session 3

Prospectus :

3A Fiche d'auto-évaluation

Nom :

Veillez compléter la fiche suivante pour votre propre référence et pour le groupe.

(A) Deux domaines de compétence ou concepts sur les activités de soins de santé primaires que vous amenez à ce stage.

(B) Les trois domaines de compétence les plus importants que vous voulez atteindre à la fin de ce stage.

(C) Deux façons dont vous considérez votre rôle en tant que bénévole contribuant à la réalisation de l'objectif de "La santé pour tous en l'an 2000".

(D) Un objectif général ou personnel que vous souhaitez atteindre vers la fin de ce stage.

Session 4

Prospectus :

4A Evaluation du programme de formation

Nous avons besoin de vos candides informations en retour sur le programme de formation de façon à pouvoir améliorer la conception et offrir une plus riche expérience au groupe de participants suivant. Gardez à l'esprit les objectifs de formation originaux lorsque vous répondez aux questions suivantes :

1. Les objectifs du programme de formation semblaient :

-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5
Surtout sans rapport à mon travail du PC		se rapporter en quelque sorte		se rapporter entièrement
Parce que -----				

2. Pendant le cours de formation nous avons réalisé les objectifs

-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5
Pas du tout		en quelque sorte		Entièrement
Parce que -----				

3. Les moniteurs étaient :

-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5
Très inefficaces		en quelque sorte efficaces		très efficaces
Parce que -----				

4. Pour mon instruction, les activités utilisées durant les sessions étaient :

-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5
Très inefficaces		en quelque sorte efficaces		très efficaces

Parce que _____

—

5. Les prospectus, les aides visuelles et autre matériel de support utilisés lors des sessions étaient :

1	2	3	4	5
Pratiquement inutiles		En quelque sorte utiles		Très utiles

Parce que _____

6. Les sessions spécifiques ou les activités qui m ont beaucoup aidé dans mon travail étaient;

7. Les sessions spécifiques ou les activités qui m ont le moins aidé dans mon travail étaient;

8. Ces sessions pourraient être améliorées à l'avenir par : (Qu'est ce qui aurait pu rendre ces sessions plus intéressantes pour vous par rapport à la tâche qui vous incombe dans votre travail et/ou dans la communauté ?)

9. Les choses les plus significatives que ; ai apprises durant ce es que ; ai apprises durant ce programme étaient :

10. Les autres commentaires que ; aimerais faire au personnel de formation sont :

(Adapté d'après : "A Trainer's Resource Guide", Draft Peace Corps)

Module 2 : Soins de santé primaires

Objectifs de comportement

Session 6

Session 8

Objectifs de comportement

Vers la fin de ce module les participants devraient pouvoir :

1. Discuter les objectifs nationaux du pays hôte et les objectifs des soins de santé primaires tels qu'énoncés dans le plan ou la politique de santé du pays, en termes de comment il/elle incorpore en entier ou en partie les huit composantes des soins de santé primaires.

2. Expliquer comment le rôle du bénévole peut contribuer à la mise en oeuvre et la réalisation d'au moins un aspect du plan de soins de santé primaires du pays hôte.

3. Dresser la liste des organismes locaux et nationaux, ministères et organisations internationales avec lesquels les bénévoles travailleront ou collaboreront et décrire les ressources que chaque organisation fournit au programme de soins de santé primaires du pays hôte.

4. Décrire au moins deux croyances et pratiques traditionnelles qui ont des répercussions sur la santé de l'individu ou des communautés par rapport au contrôle et/ou à la prévention de la malnutrition, de la rougeole, du tétanos néonatal, du paludisme et des maladies diarrhéiques.

Session 6

Prospectus :

6C Comment comprendre la médecine traditionnelle

Annexe du moniteur :

6A Fiche de travail des soins de santé primaires

Prospectus :

6C Comment comprendre la médecine traditionnelle

Cette vénérable institution qu'est l'académie nationale de médecine française a quelquefois été critiquée pour son conservatisme et son manque de réceptivité à toute tendance qui s'éloigne des confins les plus stricts de la pensée scientifique et clinique. La dernière édition du bulletin de l'académie, toutefois publie un article sur la médecine traditionnelle par le doyen de la faculté de médecine d'Abidjan.(1) Une discussion de l'article par les membres de l'académie indique que tous sont d'un parfait accord pour dire que la médecine traditionnelle est nécessaire dans les communautés rurales de l'Afrique. Nous sommes heureux de reproduire cet article ci-dessous. [(1) Doyen de la faculté de médecine d'Abidjan, la Côte d'Ivoire. L'article est reproduit d'une publication parue dans le "Bulletin de l'Académie nationale de médecine", 164(5):428(1980).]

En poursuivant des objectifs en Afrique, l'Office Mondial de la Santé , durant ces dix dernières années, s'est particulièrement intéressé à la pratique de la médecine traditionnelle dans les régions rurales et a organisé un certain nombre de conférences sur le sujet, les principales s'étant tenues à Dakar en 1968, au Caire en 1975, et à Abidjan en 1979.

Le conseil africain et malgache de l'éducation supérieure a de même tenu des symposia sur la médecine traditionnelle et la pharmacopée africaine à Lomé en 1974, à Niamey en 1976, à Kigali en 1977 et à Libreville en 1979.

Il faut donc en conclure que cette tendance est en train d'émerger en faveur d'une meilleure compréhension de la médecine traditionnelle africaine, et de ce fait, une évaluation précise de la façon dont on peut l'appliquer au monde moderne. Mais, à première vue, n'est pas une entreprise dangereuse ? Le problème traité n'est-il pas extrêmement complexe ? Que peut-on attendre, objectivement, de cette sorte de médecine à un âge où la médecine moderne a fait de si grands progrès pour la promotion de la santé à travers le monde? Afin de trouver des réponses rationnelles à ces questions, il est nécessaire d'examiner les raisons derrière la ré-évaluation de l'OMS en ce qui concerne la médecine traditionnelle, d'étudier le concept de la maladie dans le cadre de l'Afrique traditionnelle sub-saharienne et enfin, de faire connaître l'étude de ce système de médecine et ses perspectives à long terme.

Les raisons pour ré-évaluer la médecine traditionnelle

Malgré les efforts des gouvernements et des organisations internationales, l'échec des services de santé à faire face aux besoins sanitaires de base des populations du tiers-monde est notoire. Ces services sont accessibles à seulement une petite minorité (moins de 15%) de la population rurale, qui est la plus vulnérable à la maladie à cause de nombreux facteurs différents agissant sur elle : un environnement hostile, la pauvreté, l'ignorance des causes objectives de la mauvaise santé et des mesures de protection appropriées, la sous-alimentation, et la malnutrition.

Donc les communautés rurales, qui représentent 80% des communautés africaines nationales sont un souci énorme pour les gouvernements qui sont confrontés à la responsabilité de leur apporter les soins de santé primaires à domicile, les protégeant contre des maladies létales endémiques dangereusement répandues et de leur fournir une éducation dans le domaine de la santé. Les moyens devant être appliqués pour remédier à cette situation sont définis en termes d'hôpitaux, de dispensaires, de centres de santé, de structures médico-sociales mobiles ou fixes et la distribution d'une quantité suffisante de médicaments appropriés. De plus, pour qu'une mesure sanitaire soit efficace, elle doit être associée à une actions simultanée dans les domaines suivants : l'agriculture, l'hébergement, le développement urbain, le transport et les communications, l'alimentation en eau et, finalement, l'éducation. Ceci est une tâche longue, nécessitant une attention continue, et très onéreuse.

Un facteur extrêmement significatif à cet égard est le coût des soins de santé par rapport au produit national brut de ces pays.

Uniquement pour la comparaison, il est utile de noter que le coût annuel des soins de santé en France est approximativement 7% du produit national brut, ou environ 1800 francs par an par tête, un montant qui dépasse le produit national brut dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne (Tableau 1).

Tableau 1. Produit national brut par tête (francs)

France (1974)	25 231
Côte d'Ivoire	1 920
Sénégal	1 280
Haute Volta	330
Togo	780

Il y a un écart énorme dans les revenus à l'intérieur des pays eux-mêmes. Au Sénégal, le revenu annuel moyen dans les régions rurales est de 880 francs alors que pour les salariés à Dakar, il est de 10 000 francs.

Un autre problème majeur est celui de la quantité et de la qualité du personnel médical et paramédical par rapport à la situation sanitaire existante. Le nombre d'employés médicaux qualifiés est ridiculement bas, comme indiqué au Tableau 2, qui donne le nombre de médecins et de pharmaciens dans les pays d'Afrique, la plupart exerçant dans les grandes villes qui leur offrent la sécurité, le confort et les loisirs.

Tableau 2. Nombre d'employés médicaux qualifiés

	1975 Population en	Pharmaciens	Médecins
--	--------------------	-------------	----------

	millions	Total		Dispensaires		
		1970	1975	1965	1975	
Bénin	2,7	24	-	13	20	93
Côte d'Ivoire	5	91	103	41	48	355
Guinée	3	8	-	7	-	77
Haute-Volta	6	13	16	5	7	58
Mali	3,8	11	18	8	17	121
Mauritanie	1	7	-	1	-	68
Niger	3,5	10	-	4	-	69
Sénégal	3,9	64	-	42	57	262
Togo	2,1	-	20	14	15	70

Il est difficile d'arguer avec M. J. Flahaut, qui a écrit : "Dans ces conditions, on a tendance à conclure que les notions occidentales de thérapie n'ont rien à offrir quand il faut traiter les problèmes des sous-privilegiés."

Après avoir mené un certain nombre d'enquêtes sur le terrain, l'OMS et L'UNICEF sont arrivés à la même conclusion concernant les insuffisances de la médecine curative et le prix élevé et l'impraticabilité du traitement à l'hôpital modelé sur celui des pays industrialisés.

L'échec des services de la santé à répondre aux besoins sanitaires de base des populations du tiers monde est notoire.

Ayant de ce fait évalué la situation, l'OMS est en train de considérer une stratégie dirigée vers l'utilisation des propres ressources de l'Afrique, y compris la médecine traditionnelle actuellement pratiquée dans les régions rurales avec son avantage majeur, le coût faible, qui a déjà survécu depuis des générations.

Cette forme de médecine a de plus le mérite d'être acceptée spontanément comme faisant partie intégrale de la culture locale, et est identifiée au contenu émotif de la maladie dans les milieux indigènes.

Le concept de la maladie dans le cadre traditionnel de l'Afrique sub-saharienne

Ce concept constitue le fondement même de la médecine traditionnelle. La maladie est considérée comme le signe matériel d'un manque d'harmonie entre un être humain et son corps social, entre une personne et son environnement visible ou invisible. Ce signe est lui-même l'expression d'une punition imposée par la nature à l'individu qui transgresse l'une des lois de la société, de l'environnement matériel ou spirituel, perturbant ainsi l'équilibre normal des phénomènes naturels.

La maladie peut, toutefois, être le résultat d'une attaque provoquée par un sorcier, un homme ayant des connaissances occultes capable de déchaîner des éléments invisibles en un assaut sur la santé d'une autre personne. A nouveau, la maladie peut être considérée comme un message

signifiant l'élection d'un individu. Elle prend alors la forme d'un syndrome psychiatrique, le génie rendant fou celui qu'il a élu comme son porte-parole et prêtre et qui refuse de se soumettre à sa volonté. Donc, la maladie n'a pas d'existence indépendante, étant d'origine surnaturelle dans la majorité des cas.

Le processus de guérison est soumis à cette logique et par conséquent consiste en un certain nombre de stades différents :

- premièrement, l'identification de l'acte initial qui dérange l'ordre établi ou en d'autres mots, la découverte de la violation d'une loi établie ou le sort maléfique émanant d'une autre personne ;
- deuxièmement, une fois l'acte initial diagnostiqué, il faut demander le pardon des esprits, neutraliser la force hostile ou le sorcier malévolent, et réparer le dommage provoqué la faute initiale en général par le truchement de sacrifices (moutons, poulets, oeufs). Savoir comment trouver l'esprit offensé n'est pas toujours facile.

La maladie est considérée comme le signe matériel d'un manque d'harmonie entre un être humain et son corps social.

Une fois que ces deux obstacles du diagnostic et de la réparation ont été surmontés, la maladie est libérée de toutes connexions spirituelles et devient une entité indépendante sur laquelle tout médicament, traditionnel ou moderne, peut agir. La maladie est désormais purement somatique.

Les causes principales de décès dans l'Afrique traditionnelle peuvent donc être résumées sous quatre titres.

(1) L'échec à reconnaître l'acte initial responsable du dérangement de l'ordre établi. Les devins se disent être capables de diagnostiquer la source métaphysique de la maladie et dire quel genre de thérapeute (traditionnel ou moderne) le patient devrait consulter. Ce sont, en fait des spécialistes en étiologie métaphysique.

(2) Le refus de la force initiale à accepter toute compensation. Il existe des offenses irréparables pour lesquelles la seule pénalité est la mort de l'offenseur. L'expiation de l'offense par l'intermédiaire de la mort est la seule condition requise pour le bien être de la société. Dans des cas comme celui-là, on entend souvent la remarque : "Ce patient ne souffre pas d'une maladie d'hôpital", ce qui signifie que la maladie en question ne peut pas être vidée de son contenu métaphysique et donc ne peut répondre à aucune forme de traitement. Ceci explique pourquoi la famille ne se conduit pas de façon agressive envers les médecins quand les patients meurent à l'hôpital, tandis qu'en Europe les poursuites en justice sont fréquentes. Pourquoi blâmer le traitement du médecin quand le verdict passé par la force initiale est irrévocable ?

(3) Le retard à établir le diagnostic métaphysique et effectuer la réparation . Un tel retard peut faire en sorte que la maladie suive un cours irréversible sans aucun lien avec ses origines métaphysiques. C'est comme si le facteur pathogène portait une charge métaphysique ne pouvant être inhibée. Si cette inhibition n'a pas lieu, l'action intrinsèque du facteur pathogène sera irréversible.

(4) L'incompétence du thérapeute moderne ou traditionnel en face d'une maladie indépendante, que cette indépendance soit acquise ou naturelle. Il est intéressant de noter qu'une certaine proportion de patients qui viennent mourir dans nos hôpitaux ont passé entre les mains de praticiens de médecine traditionnelle ayant une sorte de connaissance approfondie des plantes médicinales.

La pratique de la médecine traditionnelle et son avenir

Les praticiens de la médecine traditionnelle connus en français sous le nom de tradipraticiens, un terme reconnu par les chercheurs et les experts de l'OMS, peuvent être divisés en plusieurs catégories :

- des guérisseurs qui utilisent les plantes ;
- des spiritualistes, qui utilisent très peu de plantes, leur traitement étant principalement métaphysique ;
- les grands guérisseurs spiritualistes, qui n'utilisent jamais de plantes, mais seulement des incantations et des rites ;
- enfin, les devins, c'est à dire des guérisseurs par les plantes qui pratiquent la divination et qui sont essentiellement spécialistes du diagnostic métaphysique

Le témoignage de ces initiés nous informe que la connaissance du praticien traditionnel était à l'origine transmise par un esprit dont la mission était d'observer le genre humain et d'élire certains individus comme dépositaires de la connaissance et des pratiques leur permettant de diagnostiquer, prévenir et traiter certains déséquilibres, qu'ils soient physiques, mentaux ou sociaux. Cette révélation est un don gratuit et explique pourquoi certains praticiens acceptent des cadeaux plutôt que des honoraires, qui sont interdits. Le don reçu est une façon de rendre hommage à l'être suprême qui surveille les hommes et ouvrent leurs yeux aux secrets de la nature.

Les praticiens traditionnels qui possèdent ce pouvoir spirituel du diagnostic et le don de guérir les malades gardent en général leurs connaissances absolument secrètes. Certains vont même jusqu'à déclarer que leur connaissance ou au moins leur don de guérison ne peut pas être transmis. Clairement, de par sa nature même, cette pratique est susceptible d'être considérée avec un certain degré de scepticisme accentué par les facteurs que les experts de l'OMS ont signalé soit :

- Le caractère vague des diagnostics des praticiens traditionnels ;
- Le laxisme de leur posologie, régie comme elle est par un empirisme jamais questionné ;
- L'exploitation injustifiable des aspects non-matériels ;
- La pratique de la sorcellerie et du charlatanisme ;
- Le manque de reconnaissance des limites de leur compétence ;

A l'analyse, on réalise que ce type de médecine est particulièrement complexe, placé comme il l'est à un point où une certaine expérience médicale recouvre la phénoménologie cosmique. En conséquence, l'étude de la médecine traditionnelle ouvre deux possibilités différentes. La première, qui concerne les sociologues et les psychiatres, conduit à une ethnomédecine, c'est à dire, une discipline examinant le rôle joué par l'ethnologie appliquée, la culture, religion et psychologie dans tous les aspects de la médecine. La seconde conduit à une étude portant sur la pharmacopée africaine.

Notre problème en tant que médecins et pharmaciens et sans aucun doute celui de l'OMS aussi, est de procéder à des études dans des régions directement accessibles à la recherche scientifique, ce qui veut dire sans ce contexte l'étude des plantes médicinales en Afrique. En fait, stimulée par l'OMS, la conviction grandit parmi les chercheurs africains qu'en vertu de la richesse de leurs informations non mystérieuses relevant directement de la recherche et de la formation, et la maîtrise desquelles conduira en pratique à l'abandon de la magie, les africains, en réunissant

leurs efforts, devraient pouvoir mettre fin à la mystification et aider au développement de leurs pays.

Nous pouvons avoir confiance qu'un jour il y aura convergence rationnelle entre ce qu'on appelle la médecine "traditionnelle" et la médecine "moderne".

Dans cet esprit et à la demande de l'Organisation de l'Unité Africaine, un certain nombre d'instituts de recherche ont été établis pour étudier les plantes médicinales et la pharmacopée traditionnelle. Les principaux sont au Caire (Egypte), à Dakar (au Sénégal), à Ifé (au Nigeria), à Kampala (en Ouganda), à Tananarive (à Madagascar), à Bamako (au Mali) et à Manpong-Akwapin (au Ghana). Ces instituts ont déjà fait des progrès, notamment en ce qui concerne l'inventaire, le contrôle santé-plante, et l'utilisation des plantes médicinales. Le travail est fait par des équipes multidisciplinaires réunissant des botanistes, des ethopharmacognosistes, des chimistes spécialisés dans les plantes, des ethno-sociologistes, des phytogéographes, des médecins, des pharmaciens, des thérapeutes traditionnels, des agronomes, des forestiers et différentes autres spécialités telles que des cliniciens, des pharmacologistes, des biologistes, des spécialistes de la génétique et des biophysicistes.

Le souci immédiat de chacun de ces instituts est d'étudier les drogues par ordre de priorité selon leur importance : anticancéreuses, antipaludéennes, anthelmintiques, antibiotiques, contre l'hypertension, cardiotoniques et antivirales, insecticides, et les drogues pour combattre les anémies à hématies falciformes, le diabète et les maladies de la peau. En Côte d'Ivoire, un programme pour étudier les substances naturelles utilisées en médecine a été lancé avec la participation de l'institut de la floristique, l'école de pharmacie (la section de la pharmacodynamique et de la toxicologie, la section de technologie pharmaceutique et galénique, la section d'ethnobotanique et la section de pharmacognosie, la faculté des sciences (chimie extractive, cristallographie, physiologie animale, et les laboratoires de microscopie d'électrons) et la faculté de médecine (départements d'immunohématologie et de physiologie et d'examen fonctionnels).

L'école de pharmacie a choisi deux domaines pour l'étude en particulier et la coordination :

- les substances protégeant contre ou guérissant les morsures de serpent ; et
- les substances utilisées dans le traitement de l'anémie à hématies falciformes ou ses symptômes.

Cela vaut la peine de mentionner que les espèces du genre de plantes africaines suivantes utilisées à l'heure actuelle sont désormais incluses dans les pharmacopées des pays industriels : Strophanthus, Strychnos, Rauwolfia, Cinchona, Centella, Aloe, etc..

Nous avons raison de dire donc, en conclusion que ces différentes possibilités de recherche ouvrent désormais dans le domaine de la pharmacologie et pourraient conduire à la découverte de nouvelles molécules naturelles complétant celles déjà connues dans la médecine moderne pour le bien de l'humanité dans le monde entier.

Nous pouvons avoir confiance qu'un jour il y aura convergence rationnelle entre ce qu'on appelle la médecine "traditionnelle" et la médecine moderne. C'est ce que l'avenir nous réserve.

(D'après : Yangni-Angate, Antoine. Genève: World Health Forum, 1981. pp 240-244)

Annexe du moniteur :

6A Fiche de travail des soins de santé primaires

	Planification	Budget et Programme	Mise en oeuvre	Evaluation
Individu et famille				
Communauté				
Equipe du centre de santé				
Equipe de santé du district				
Equipe de santé régionale				
Programmes de santé nationaux				
Ministère de la santé				
Autres secteurs				
Agences nationales et ministères				

(D'après MEDEX, District and National Planning and Management Workshops Manual. Honolulu, 1983. p. 124.)

Session 8

Annexe du moniteur :

8A L'histoire d'Ibrahim

8B Mais pourquoi ...?

8C La chaîne des causes

8D Rôles et décor pour jouer le jeu des systèmes de santé modernes et traditionnels

8A L'histoire d'Ibrahim

Considérez Ibrahim, un garçon de 2 ans 1/2 qui est mort de la rougeole. Ibrahim vivait avec sa famille dans le petit village de Sagata, à 11 km de la ville de Kebemer par un chemin non goudronné. A Kebemer il y a un centre de santé composé d'un médecin et de plusieurs infirmières. Le centre de santé a un programme de vaccination et possède une Land Rover. Mais c'est seulement occasionnellement qu'elle atteint les villages aux alentours. Une année l'équipe de santé commença à vacciner à Sagata, mais après avoir effectué la première vaccination de la série, elle n'est jamais revenue. Peut-être ont-ils été découragés parce que de nombreux parents et enfants ont refusé de coopérer. Aussi, la route de Sagata est poussiéreuse et chaude et pendant la saison des pluies, elle est souvent effondrée.

Quand le personnel du centre de santé n'est pas revenu à Sagata, un agent de santé du village est allé à Kebemer et a offert d'amener les vaccins au village et de terminer la série de vaccinations. Il expliqua qu'il savait comment faire des piqûres. Mais le médecin a dit non. Il ajouta qu'à moins que les vaccins soient administrés par des personnes ayant reçu la formation qu'il faut, cela mettrait la vie des enfants en danger.

Deux années plus tard, le petit garçon Ibrahim tomba malade à son retour d'une longue visite dans de la famille à M'Bake. Ibrahim avait la diarrhée et avait perdu beaucoup de poids dans l'année. Le père d'Ibrahim et sa famille cultivaient l'arachide mais leurs récoltes avaient été détruites par la sécheresse. La nourriture était rare et très chère et sa famille était trop pauvre pour acheter autre chose qu'un morceau de poisson sec à l'occasion ou un peu de riz. Donc Ibrahim avait faim et devenait de plus en plus mal nourri.

Dix jours après son retour à Sagata, Ibrahim a eu de la fièvre. Dans les 24 heures, il a eu le nez qui coulait, il toussait, et ses yeux étaient très rouges. Le quatrième jour qui suivit le début de la fièvre, ses parents remarquèrent une éruption de boutons pourpres en relief.

L'agent de santé du village déclara d'abord que c'était la variole et suggéra que les parents d'Ibrahim l'amènent au centre de santé à Kebemer.

La famille paya l'un des chauffeurs de taxi qui était vacciné contre la variole pour les accompagner jusqu'à Kebemer avec son taxi. Ils avaient réussi à emprunter 500 francs, mais le chauffeur leur prit 300 pour le voyage. Ce qui était beaucoup plus élevé que le prix courant.

A Kebemer, la famille attendit deux heures dans la salle d'attente du centre de santé. Quand ce fut leur tour de voir le médecin, il diagnostiqua tout de suite la rougeole. Il expliqua qu'Ibrahim était déshydraté et devrait être traité avec des liquides intraveineux pour la diarrhée et la malnutrition qui compliquaient sa maladie. Il dit qu'il faudrait amener Ibrahim à Dakar, la capitale, à 200 km pour être hospitalisé.

Les parents désespérèrent. Ils avaient à peine assez d'argent pour payer le taxi jusqu'à Dakar. Si leur enfant mourait, comment pourraient-ils ramener le corps dans le cimetière de famille à Sagata.

Donc ils remercièrent le médecin, payèrent ses modestes honoraires, et prirent le transport de l'après-midi pour Sagata. Deux semaines plus tard, Ibrahim mourût.

(D'après : Werner et Bower, *Helping Health Workers Learn*. Chapitre 26.)

8B Mais pourquoi ...?

Pour aider le groupe à reconnaître la chaîne complexe des causes qui conduisirent au décès d'Ibrahim et qui ont affecté la santé de la communauté et de sa famille, jouez le jeu "Mais pourquoi...?" Chacun essaie de déterminer les différentes causes. Chaque fois qu'une réponse est donnée, posez la question "Mais pourquoi...?" De cette façon chacun continue à chercher encore d'autres causes. Si le groupe examine seulement un domaine de causes, le chef de la discussion devra remonter aux questions précédentes, et les reposer pour que le groupe explore de nouvelles directions.

D'après l'histoire d'Ibrahim, le jeu de la question "Mais pourquoi...?" peut prendre la tournure suivante :

Q : Qu'est ce qui a provoqué la maladie d'Ibrahim ?

R : La rougeole - le virus de la rougeole.

Q : Mais pourquoi le virus de la rougeole a-t-il attaqué Ibrahim et non pas quelqu'un d'autre dans le village ?

R : Parce qu'il a été exposé au virus quand il a rendu visite à sa famille.

Q : Mais pourquoi est-il tombé malade ?

R : Parce qu'il avait la diarrhée et était mal nourri.

Q : Mais pourquoi était-il mal nourri ?

R : Parce qu'il y avait de la sécheresse et que son père et sa famille n'avaient pas de produits de leur récolte d'arachides à vendre pour acheter de la nourriture chère et rare.

Q : Revenons en arrière pour une minute. Quelle est la raison pour laquelle le virus de la rougeole a attaqué Ibrahim et personne d'autre ?

R : Parce qu'il n'était pas vacciné.

Q : Mais pourquoi n'était-il pas vacciné ?

R : Parce que son village n'était pas bien couvert par l'équipe de vaccination d'une ville plus grande.

Q : Mais pourquoi le village n'était-il pas couvert ?

R : Parce que les habitants du village n'avaient pas suffisamment coopéré avec l'équipe qui était venue.

Q : Mais pourquoi les parents d'Ibrahim ne l'ont-ils pas amené à Dakar ?

R : Parce qu'ils n'avaient pas assez d'argent.

Q : Pourquoi ?

R : Parce que le chauffeur de taxi de la brousse leur avait pris trop d'argent pour les amener à Kebemer.

Q : Pourquoi a-t-il fait cela ?

R : Toute une discussion peut s'en suivre.

R : Parce que le chauffeur de taxi avait besoin d'argent pour nourrir ses enfants ou acheter du tissu cher à ses épouses pour faire des robes pour le Ramadan.

Q : Mais pourquoi n'ont-ils pas utilisé l'argent pour amener Ibrahim à Dakar au lieu de retourner à Sagata, leur village, où il allait mourir à coup sûr ?

R : Parce qu'ils n'ont pas vraiment cru que les médicaments allaient sauver Ibrahim ou ils étaient convaincus que c'était la volonté d'Allah qu'Ibrahim meurt. (Toute une discussion basée sur la susceptibilité perçue et les avantages de traiter la maladie peut s'en suivre.)

Q : Mais pas tous les enfants qui attrapent la rougeole en meurent. Pourquoi Ibrahim est-il mort alors que d'autres ont survécu ?

R : Peut-être était-ce la volonté d'Allah ?

Q : Mais pourquoi Ibrahim ?

R : Parce qu'il a eu des complications à la suite de sa diarrhée et une alimentation pauvre.

Q : Pourquoi encore ?

R : Parce que le médecin à Kebemer ne pouvait pas le soigner. Il voulait envoyer Ibrahim à Dakar pour traitement.

Q : Mais pourquoi ?

R : Parce qu'il n'avait pas les médicaments qu'il fallait.

Q : Pourquoi pas ?

R : Parce qu'il n'avait pas reçu les sachets de SRO qu'il avait commandés deux mois auparavant et parce que les I.V. ne sont faites que dans la capitale,

Q : Mais pourquoi ?

R : Toute une discussion peut s'en suivre. Cela peut venir d'une mauvaise planification au niveau local ou national des commandes et de la distribution des vaccins provenant des sociétés internationales de produits pharmaceutiques, et leur incapacité à maintenir la chaîne du froid.

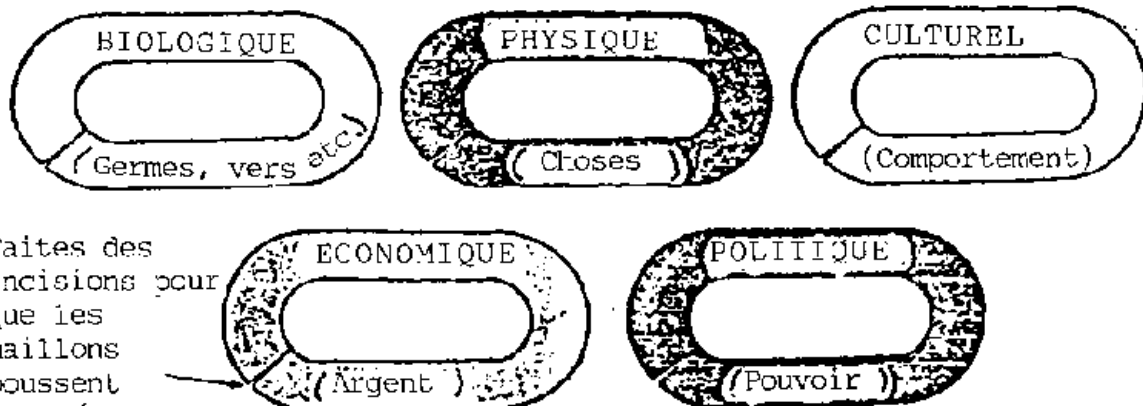
(Adapté d'après : Werner et Bower. Helping Health Workers Learn.)

8C La chaîne des causes

Pour aider les participants à avoir une meilleure idée de la chaîne ou du réseau des causes menant à un certain résultat de santé, on peut former une véritable chaîne. Chaque fois qu'une autre cause est mentionnée, on ajoute un nouveau maillon à la chaîne. Donnez à chaque participant quelques maillons, puis chaque fois qu'une nouvelle cause est mentionnée, chacun considère si c'est biologique, physique, culturel, économique ou politique. Celui qui a le bon maillon pour une cause particulière ajoute ce maillon à la chaîne.

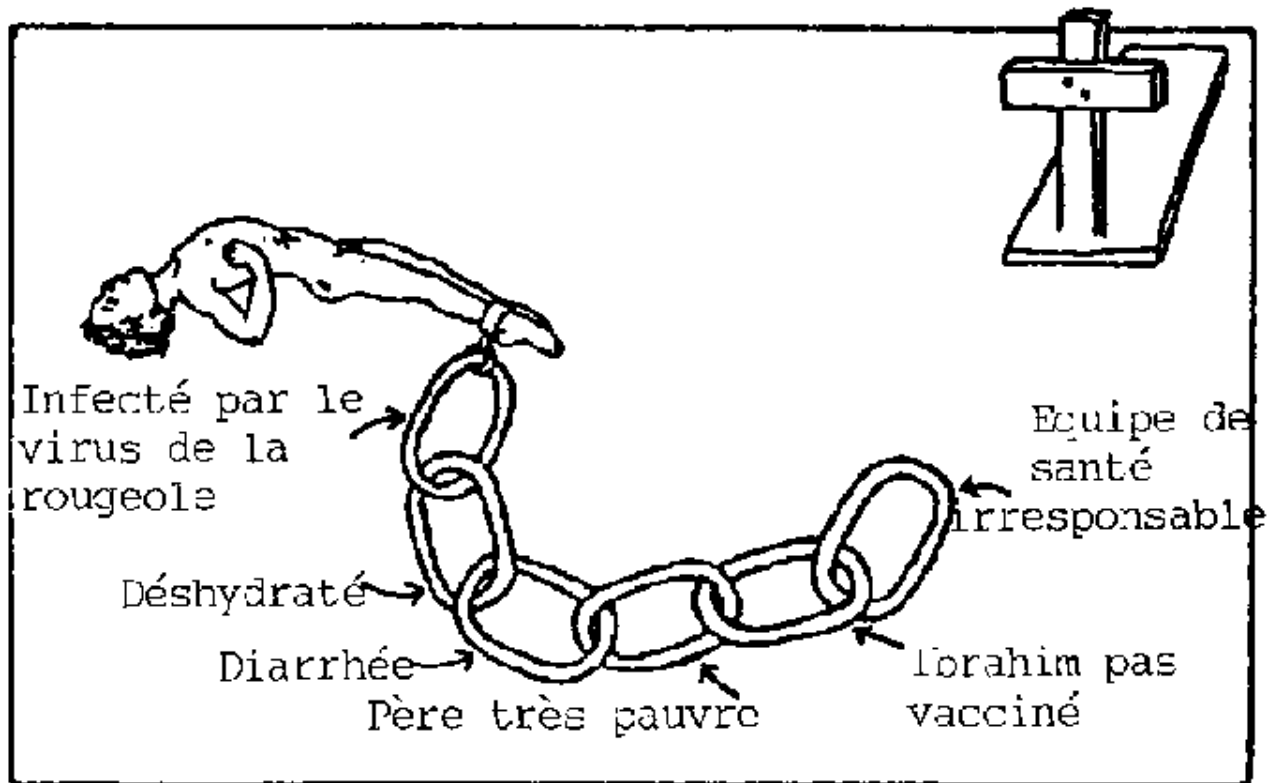
Les chaînes peuvent être faites avec du carton et chaque maillon peut avoir une couleur différente pour représenter cinq catégories de causes. Les symboles d'Ibrahim, de la famille, et de la communauté devront être indiqués de telle façon qu'ils reflètent la compréhension culturelle de la société et de même pour le symbole utilisé pour la tombe.

Faites des incisions pour que les maillons poussent s'insérer les uns aux autres.

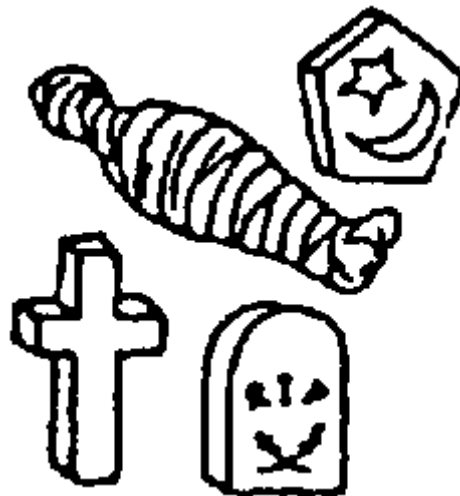


Faites des incisions pour que les maillons poussent s'insérer les uns aux autres.

La chaîne des causes



Soyez sûr d'utiliser le symbole de la tombe ou de la mort qui soit compris dans la région.



(Adapté d'après : Werner et Bower. Helping Health Workers Learn. Chapitre 26.)

8D Rôles et décor pour jouer le jeu des systèmes de santé modernes et traditionnels

Décor

Madame X est assise à côté du puits du village et se plaint de l'état de santé désespéré de son enfant (qui est sur son dos). D'autres femmes la consolent du décès probable de l'enfant. Le médecin arrive pour sa visite mensuelle au village. Le guérisseur traditionnel arrive pour prendre de l'eau au puits et entend la femme qui se plaint. Le bénévole du PC arrive aussi pour prendre

de l'eau et entend la femme se plaindre. Le médecin, le guérisseur et le bénévole du PC chacun offre conseil à la femme, essayant de la persuader que leur approche aux soins de santé est celle qu'elle devrait suivre. La femme décidera le conseil de quelle personne elle suivra.

ROLES

Médecin

Votre orientation est celle de la vue bio-médicale occidentale des soins de santé. Vous diagnostiquez les problèmes physiques des patients et vous traitez les problèmes. Vous maintenez une relation objective et distante avec vos patients, sans vous ingérer dans leur vie privée. Votre vue est que c'est vous qui avez l'autorité de dire qui est malade et qui ne l'est pas. La maladie est explicable pour vous en termes de biologie. Vous fournissez le traitement le plus moderne qui soit. Vous donnez des pilules antipaludéennes aux enfants qui ont la fièvre et des sachets de SRO (quand ils sont disponibles) aux enfants qui ont la diarrhée. Vous n'avez pas confiance dans les praticiens de santé traditionnels et vous pensez qu'ils ne devraient pas traiter les cas de déshydratation. Vous passez aussi peu de temps que possible avec vos clients car vous avez des tas de gens à voir. Vous pensez que les guérisseurs traditionnels ne devraient pas avoir le droit de pratiquer parce qu'ils font plus de mal que de bien.

Guérisseur traditionnel

Votre orientation est la médecine traditionnelle. Vous faites partie d'une communauté de gens que vous servez. Vous pensez que la santé et la maladie sont causées par des forces sociales et spirituelles ainsi que des conditions physiques. Vous reconnaissez qu'il y a des types de maladie que vous ne pouvez pas traiter et vous envoyez les malades au dispensaire quelquefois à contre coeur, parce que les gens du dispensaire vous traitent vous et vos patients de façon irrespectueuse. Vous avez une connaissance étendue des plantes locales et des traitements de maladies y compris le paludisme et la diarrhée. Votre traitement du paludisme est une boisson à base de plantes, et celui de la diarrhée de l'eau de farine de riz. Vous êtes un ami de vos clients ainsi qu'un voisin. Vous êtes toujours disponible pour les aider tant qu'ils le souhaitent. Vous êtes hautement respecté dans la communauté.

Mère

Vous avez un enfant très malade. L'enfant a de la fièvre depuis plusieurs jours et est très malade. Il n'urine pas, n'a pas de larmes et a très chaud. Vous ne lui avez pas donné à manger ni à boire pour chasser la fièvre. Le médecin rend visite à la communauté pour voir qui a des problèmes de santé ; le guérisseur traditionnel est dans la communauté ainsi que le bénévole du Peace Corps. Vous devez décider quel type de soins de santé utiliser pour guérir votre enfant, ou décider qu'il n'y a pas d'espoir de survie pour votre enfant.

Bénévole du Peace Corps

Vous venez d'arriver dans la communauté. Vous venez de terminer vos cours de formation sur le paludisme et les maladies diarrhéiques, et vous êtes impatient de faire partager à la communauté ce que vous avez appris parce que vous savez que le paludisme et la diarrhée sont des problèmes sérieux. Vous connaissez à la fois le médecin qui rend visite au village une fois par mois et le guérisseur traditionnel qui vit dans le village. Vous vous inquiétez de leurs différences de perspectives au sujet de la santé car vous devez travailler avec les deux. Vous cherchez des

moyens de résoudre certaines différences sans les antagoniser. Vous considérez la fièvre et la diarrhée comme une situation où vous pouvez faire des progrès en résolvant les différences.

Module 3 : Analyse et participation de la communauté

Objectifs de comportement

Session 9

Session 10

Session 13

Session 14

Session 15

Objectifs de comportement

Vers la fin de la formation, les participants doivent être en mesure de :

1. Planifier et mettre en oeuvre une enquête et une analyse de la communauté locale qui comprend :
 - la collecte des informations sur au moins deux sous-systèmes de la communauté utilisant le modèle d'analyse communautaire comme base;
 - l'utilisation d'au moins trois techniques de réunion des informations identifiées et pratiquées durant les Sessions 9 et 10 et 11;
 - une discussion de groupe sur la relation qui existe entre le sous-système de santé et les autres sous-systèmes de la communauté.
2. Définir les termes enquête et surveillance comme décrits à la Session 13 et expliquer les types et l'utilité des informations qui peuvent être réunies par ces deux systèmes.
3. Dans une situation simulée problématique d'une communauté, décrire correctement au moins trois techniques permettant de motiver la participation de la communauté comme discuté à la Session 14,
4. Identifier les problèmes potentiels interpersonnels et liés au travail inhérents au fait de travailler en tant qu'homologue et mettre au point une solution à au moins un de ces problèmes en utilisant un modèle de résolution de problème.

Session 9

Prospectus :

9A Le modèle d'analyse communautaire

9B Diagnostic d'une communauté ce que vous pouvez apprendre sur votre communauté

9A Le modèle d'analyse communautaire

Le modèle d'analyse communautaire avec lequel vous travaillerez assume que vous pouvez répartir une communauté en une série de segments, ou sous-segments, en vue de faciliter l'analyse.

Chaque segment, dans le monde réel, a une influence réciproque sur un autre pour produire un mouvement constant et un équilibre qui maintient la communauté vivante et vibrante. Un changement survenu dans un segment peut en affecter un autre et vice-versa. L'intervention agit de la même façon. Par exemple si vous visez à l'amélioration de l'élevage des porcs par la construction de porcheries et que vous donnez à manger à vos porcs au lieu de les laisser fourrager en toute liberté (une intervention économique), cela aura des répercussions sur la santé de la communauté en réduisant le nombre de maladies transmises par les porcs.

Pourtant, vous remarquerez que tous les segments qui composent une communauté, ont certains éléments en commun, à savoir :

A. Les ressources (humaines, naturelles et artificielles)

B. Les connaissances, les attitudes et les pratiques. Ce que savent les gens, ce qu'ils ressentent à cet égard, et comment ils se comportent en fait par rapport à leurs connaissances et leurs attitudes.

C. Les problèmes. Les problèmes sont définis comme l'écart entre ce qui est et ce qui devrait être (ce "devrait être" est souvent défini d'après le contexte culturel).

D. Les schémas. Ils fournissent des indications sur ce qui existe et sur la façon dont cela est perçu par les gens. Ces schémas de comportement constituent souvent une signification culturelle, ainsi qu'une nécessité biologique.

E. Le leadership. Parmi les ressources humaines, vous trouverez probablement que le leadership est présent dans beaucoup de sous-secteurs de la communauté.

Le modèle suivant décrit l'approche à utiliser pour observer la communauté.

LA PARENTE. La famille fournit le moyen d'assurer la continuité de la société. Elle fournit aussi un environnement pour la formation et la socialisation des enfants. Le système de parenté touche à tous les aspects de la famille nucléaire ou de la grande famille et comprend des éléments tels que la descendance, l'autorité, le lieu de résidence, l'héritage, les valeurs morales et le mariage.

L'INSTRUCTION. Toutes les sociétés ont les moyens de transmettre les informations essentielles à leurs jeunes membres. Ceci prépare l'individu à vivre et à fonctionner d'une façon acceptable au sein de la société, et lui donne un certain degré d'indépendance. Les éléments du système d'instruction comprennent, entre autres, les écoles, les enseignants, les membres de la famille, les livres, et le matériel pédagogique.

L'ECONOMIE. Chaque société a les moyens d'acquérir et de distribuer les biens et les services nécessaires à la survie de ses membres. Beaucoup de rôles et d'institutions fonctionnent pour satisfaire ces besoins. Elles couvrent la population des travailleurs, les différents types d'entreprises, les moyens de paiement ou d'échanges, et l'écologie.

LA VIE POLITIQUE. Toutes les sociétés se réglementent et réglementent leurs relations avec les autres. Ce règlement offre une protection à tout le groupe. Le système politique contrôle la course au pouvoir à l'intérieur de la société. Les différents éléments du système politique comprennent les services publics, le système judiciaire, la police et le corps législatif.

LA RELIGION. Chaque culture est fondée sur des croyances et des valeurs qui permettent de comprendre l'existence humaine et sa place dans l'univers. Ces croyances se manifestent souvent sous forme de rites et d'organisations religieuses.

LES LOISIRS. Toutes les sociétés fournissent les moyens de se détendre et de se changer les idées. Ces moyens sont les jeux, la danse, les chansons, les sports, les fables et les histoires orales, les poursuites artistiques, la boisson, et les passe-temps.

LES ASSOCIATIONS. Dans chaque culture, les gens ayant des intérêts similaires ont tendance à se regrouper d'eux-mêmes. Ces associations peuvent être à but récréatif, politique, économique, ou autre. Pour quelles raisons les groupes se forment-ils ? Combien de personnes appartiennent aux différents groupes ? Se servent-ils de symboles ou de slogans pour s'identifier les uns les autres ?

LA SANTE. Toutes les sociétés se préoccupent de la survie de leurs membres. Les éléments du système sanitaire comprennent la nutrition, la protection maternelle et infantile (PMI), le contrôle des maladies, les hôpitaux, le personnel médical, et les croyances traditionnelles concernant la santé et le rapport de la santé avec la médecine ou avec le monde spirituel.

LES TRANSPORTS ET LES COMMUNICATIONS. Chaque culture fournit les moyens aux gens et aux marchandises de se rendre d'un endroit à un autre et permet aux informations d'être diffusées à travers la communauté. Les éléments de ce système comprennent les P.T.T., les transports en commun, les routes, les médias de masse et les langues.

(D'après : The Role of the Volunteer in Development. Core Curriculum, Peace Corps.)

9B Diagnostic d'une communauté ce que vous pouvez apprendre sur votre communauté

Informations générales sur la communauté

- Limites de la communauté desservie, si elles sont connues
- Caractéristiques physiques générales
- Informations socio-démographiques : population, âges, sexe, naissances, décès, taux de fécondité, taux de mortalité infantile, direction et causes de migration, autres changements survenus au sein de la population
- Antécédents liés à la santé de la communauté
- Types de groupes communautaires et de classes sociales, de voisinage
- Groupes ethniques, où ils habitent, relations entre les groupes

Vie de famille

- Comment sont organisées les familles dans cette culture, les rôles joués par différents membres de la famille
- Conflits et coalitions au sein des groupes familiaux
- Comment sont prises les décisions liées à la santé au sein de la famille, qui les prend
- Rôle joué par la famille dans le domaine des soins de santé: à la maison, au dispensaire, à l'hôpital
- Croyances et pratiques de la famille dans le domaine de la santé
- Comment les soins de santé peuvent être adaptés aux besoins et désirs de la famille

Situation politique

- Le Pour et le Contre de l'engagement politique des employés sanitaires extérieurs
- Qui sont les chefs :

- Dans quels secteurs de la communauté et sur quels sujets assument-ils leur "leadership" ?
- Qui prend les décisions qui influencent la santé et les soins de santé ?
- Comment fonctionne le gouvernement local
- Quelle est la responsabilité des différents niveaux et départements du gouvernement dans le domaine de la santé
- Qui prend les décisions dans le domaine de la santé
- Autres départements qui fonctionnent indirectement avec les soins de santé
- Quels sont les partis politiques de la région ; leur engagement dans la prestation des soins de santé
- La relation des programmes de santé avec les chefs locaux et les représentants du gouvernement :
 - Changements nécessaires dans la relation
 - Priorités gouvernementales dans le domaine de la santé
 - Programme d'aide gouvernementale possible
 - Difficultés potentielles
 - Arrangements nécessaires avec le gouvernement si le programme a des chances d'être poursuivi après votre départ
 - Répercussions des factions de la communauté sur la programmation de la santé
 - Les façons d'établir des relations avec différents groupes
 - Variations culturelles de l'orientation politique et adaptations possibles du programme pour accommoder ces variations
 - Orientation vers le développement communautaire, participation de la communauté, autoritarisme, autres types de procédés politiques

Situation économique

- L'effet du niveau de vie sur la santé et les soins de santé
- Tableau de l'emploi : effets du chômage et du sous-emploi, des handicaps physiques, de la migration, des risques dans le travail etc. sur la santé
- Barrières économiques à l'utilisation des soins de santé
- Problèmes de paiement et autres possibilités que le paiement en espèces
- Conditions générales de vie et moyens financiers
- Comment cela affecte-t-il la capacité de poursuivre des plans de traitement et de fournir des soins aux malades chez eux
- Effets des taux de mortalité sur l'économie
- Structure financière du système de soins de santé et du programme
- Problèmes
- Problèmes d'influence, de pots de vin, et de corruption

Le(s) système(s) d'éducation

- Informations de base sur l'éducation de la communauté
- Education traditionnelle et schémas d'instruction
- Instruction religieuse
- Formation professionnelle et apprentissage
- Institutions formelles : publiques et privées
- Activités des programmes de santé dans les écoles : possibilités
- Enseignement de l'éducation sanitaire dans les écoles
- Habitudes des élèves affectant l'éducation sanitaire
- Comment adapter l'instruction aux besoins des élèves
- Enseignement au centre de santé et dans la communauté

- Engagement de la communauté et des agents sanitaires locaux
- Comment adapter l'instruction aux besoins de la communauté
- Procédés de changement et comment en assurer au mieux la promotion grâce à l'éducation sanitaire

Religion

- Principaux groupes et chefs religieux
- Croyances et pratiques qui affectent la santé et les soins de santé
- Rôles des chefs religieux et de leurs adeptes dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement de la maladie
- Rites et cérémonies affectant la santé
- Milieux religieux des agents sanitaires et comment cela peut-il affecter leur rôle en tant qu'agents sanitaires
- Rapport entre chef religieux et guérisseurs dans les programmes de santé
- Possibilités de collaboration

Communication

- Schémas des communications dans la communauté
- Qui sont les communicateurs importants
- Où les différents types de communication ont lieu
- Filières de communication pouvant être utilisées pour les programmes de santé
- Potentiel pour utiliser les filières de communication traditionnelles
- Méthodes de simplification des informations
- Communication entre le personnel et les patients - obstacles
- Communication entre les agents sanitaires
- Différences culturelles dans les schémas de communication :
- Sujets tabous
- Communication non-verbale
- Confiance
- Manifestation d'émotions
- Silence
- Styles de persuasion et d'explication
- Contact oculaire et corporel

Langues

- Langues parlées (% d'agents de santé, de patients, et de communautés parlant chaque langue)
- Problèmes dus à la différence de langues
- Méthodes pour combler l'écart
- Effets de la langue sur la perception et la pensée.
- "Vue sur le monde" des différents groupes
- Utilisation d'interprètes dans les programmes de santé
- Avantages et inconvénients
- Rôles que peuvent jouer les interprètes dans les programmes
- Façons dont l'interprétation peut influencer les communications
- Difficultés pouvant se présenter durant l'interprétation
- Façons d'améliorer pour permettre la continuation

Conditions sanitaires au sein de la communauté

- Etat de l'environnement . Risques pour la santé
- Maladies prévalentes et conditions . Cause, symptômes, moyens de prévention et cure
- Autres problèmes de santé au sein de la communauté

Croyances et pratiques dans le domaine de la santé

Santé et maladie

- Signification et valeur de la santé ; priorité de la santé par rapport aux autres besoins et désirs
- Croyances et pratiques concernant l'entretien de la santé et la prévention des maladies
- Croyances et pratiques concernant l'hygiène
- Façons dont les conditions de vie et les ressources affectent la santé
- Croyances et pratiques concernant la cause, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies courantes
 - Vues traditionnelles de la maladie
 - Types de praticiens consultés
 - Attitudes envers différentes maladies et ceux qui en souffrent
- Croyances et pratiques concernant les maladies mentales
 - Répartition des maladies en maladies mentales et maladies physiques
- Croyances et pratiques concernant la cause, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies mentales à la fois traditionnelles et occidentales
 - Attitudes de la communauté envers les maladies mentales
- Décès et personnes à l'article de la mort : croyances, pratiques et attitudes
 - Programmes d'adaptation possibles

Nutrition

- Aliments disponibles, coût, comment sont-ils utilisés dans le régime, croyances particulières, règles, préjugés, tabous, etc.. concernant les aliments.
- Aliments utilisés pour le traitement des maladies ou autres conditions
- Entreposage des aliments, préparation et conservation
- Nutrition maternelle et infantile
 - Aliments pris durant la grossesse, lactation, nouveaux-nés
- Problèmes de nutrition : obésité, sous-nutrition
- Façons dont les changements de style de vie ont affecté la nutrition

Soins maternels et infantiles

- Soins prénatals, croyances et pratiques sur la grossesse
- Croyances et pratiques concernant la naissance
- Soins de la mère après la naissance et soins de l'enfant

Sexualité et reproduction humaine

- Croyances et pratiques autour du sexe, de la circoncision, de la conception, etc.
- Planning familial et pratiques et attitudes des pratiques de contrôle des naissances
- Modestie sexuelle

Hygiène de l'environnement

- Alimentation en eau : sources, problèmes de contamination, améliorations possibles ?
- Destruction des déchets humains et non humains
 - Pratiques et attitudes concernant l'élimination fécale
 - Améliorations possibles

- Conditions de vie et d'habitat
- Risques pour la santé et améliorations possibles
 - Production animale et soins des animaux ; risques pour la santé lors des pratiques actuelles
 - Lutte contre les animaux nuisibles et risques pour la santé provoqués par ces animaux

Changements survenus dans le domaine des croyances et des pratiques concernant la santé

- Attitudes envers le changement
- Stratégies appropriées pour effectuer le changement

Systèmes de santé au sein de la communauté

Système de santé pour le public laïc

- Le rôle du malade
- Attitude envers le malade
- Rôle du public durant la maladie : qui soigne dans la communauté, quand et comment, etc.
- Système de recommandation sanitaire au sein de la communauté

Le système de santé traditionnel (indigène)

- Types de praticiens traditionnels et services offerts
- Méthodes utilisées
- Types de paiement
- Qui sont les praticiens dans la communauté, le lieu, les installations
- Systèmes de soins traditionnels organisés ; systèmes de recommandation et/ou coopération
- Formation
- Systèmes de hiérarchie parmi les praticiens, s'ils existent
- Attitudes des praticiens traditionnels envers le système "moderne" de soins médicaux
- Utilisation du système traditionnel : par qui, quand, pourquoi

Le système de santé moderne

- Types de praticiens modernes et services offerts ; types de paiement acceptés
- Chez qui se rend la communauté, lieu, installations
- Systèmes de hiérarchie s'ils existent, systèmes de recommandation ou de coopération
- Qui utilise ce système, pourquoi ?

Les relations patient/praticien au sein des différents systèmes

- Types de relations qui existent
- Espérances culturelles des patients
- Adaptations possibles des soins modernes, en tenant compte des espérances des patients qui ont l'habitude du système de soins traditionnel

Interaction entre les praticiens modernes et les praticiens traditionnels

- Types d'interaction
- Domaines de conflit
- Possibilités de coopération et de collaboration

Structure du projet de santé prévu

- Objectifs du programme
- Types de personnel, lignes d'autorité, relations entre le personnel
- Disposition des différents services, divisions des programmes
- Relations personnel/communauté : problèmes et possibilités
- Relations avec les organisations de patronage

Ressources sanitaires dans la communauté

- Ressources économiques disponibles pour la santé et les programmes de santé
- Organisations de la communauté et leur contribution possible à un programme de santé
- Leadership de la communauté, gouvernement et appui possible
- Engagement de la communauté
- Utilisation des bénévoles de la communauté - attitudes envers le bénévolat
- Ressources de l'environnement disponibles pour la santé et les programmes de santé

(D'après : Brownlee & Tilford, The Health Education Process, Draft Paper)

Session 10

Prospectus

Annexe du moniteur

Prospectus :

10A Quatre types de questions d'interview

10B Suggestions pour réunir les informations

10C Types et sources d'information sur la communauté

10A Quatre types de questions d'interview

Interviewer consiste à utiliser des questions et des commentaires pour encourager les gens à fournir des informations. Il faut choisir soigneusement les mots utilisés car les mots influencent la façon dont une personne répond. Prenons un exemple, disons que lors d'interviews générales, nous avons trouvé que beaucoup de gens pensent que la ville a besoin d'un nouveau marché. Une interview spécifique viserait à trouver quels sont les problèmes avec le marché actuel ; l'action qui a déjà été prise ; les idées pour améliorer le marché ; les contributions que les gens sont prêts à apporter pour résoudre les problèmes et ainsi de suite. Il y a quatre types de questions qui peuvent être utilisées pour obtenir des informations spécifiques sur le problème :

- la question directe
- la question tendancieuse
- la question accompagnée d'un nombre limité de réponses
- la question ouverte ou commentaire

Certaines de ces types de questions sont mieux que les autres comme illustré ci-dessous.

- "Votre village a-t-il besoin d'un nouveau marché ?"

C'est une question directe simple à laquelle on peut répondre par un simple "oui" ou "non". Mais commencer une interview avec ce genre de question peut créer des problèmes. D'abord la personne peut essayer de deviner l'opinion de la personne qui interviewe ou des chefs de village et répondre de la manière qu'il présume être la bonne, et ne pas donner sa propre opinion.

Deuxièmement, ce type de question ne laisse pas de place à la discussion. Une réponse par "oui" ou "non" n'indique pas la gamme complète des sentiments et des opinions d'une personne sur le sujet. Une personne peut répondre "oui" mais pense en fait que le marché n'est pas le problème le

plus important du village à ce moment là. Une question directe ne va pas l'encourager à exprimer cette opinion.

Il vaut mieux garder les questions directes pour la suite de l'interview. Une fois que la personne a commencé à partager ses opinions en toute liberté, alors une question directe peut être utilisée pour clarifier certains points.

- "Ne pensez-vous pas que notre village ait besoin d'un nouveau marché ?"

Ceci est une question tendancieuse parce qu'elle oblige les gens à ne donner qu'une seule réponse. Les gens répondent généralement "oui" à une telle question. Quand des questions commencent comme cela :

"Ne pensez-vous pas que..." "N'est-il pas vrai que..." "Ne croyez-vous pas que..." "Ne devriez-vous pas avoir..." Elles obligent les gens à ne pas répondre objectivement. Elles sont dangereuses dans les interviews parce que les interviewés seront toujours d'accord et ne révéleront jamais leur véritable opinion.

- "Notre village devra-t-il avoir un nouveau marché cette année ou l'année suivante ?"

C'est une question accompagnée d'un choix limité de réponses. Elle donne à la personne interviewée le choix de deux réponses seulement "cette année" ou "l'année prochaine". La personne interviewée va certainement choisir l'une des deux réponses, bien qu'elle puisse avoir une opinion totalement différente. Il veut peut-être dire en fait "dans cinq ans" ou "jamais".

- "Veuillez me donner votre opinion sur notre marché."

C'est une approche qui mène à des commentaires ouverts. Une telle déclaration permet à la personne que vous interviewez de répondre librement. Ecoutez attentivement de manière que la personne soit encouragée à s'exprimer totalement.

Une fois que la personne a exprimé ses idées, vous pouvez dire, "C'est intéressant. Pouvez-vous m'en dire plus ?" Vous pouvez aussi utiliser les questions directes maintenant que la personne se sent libre de parler.

Exercice

Supposez que vous interviewez une mère au sujet de son enfant malade. Vous remarquez que l'enfant est assez petit pour son âge, donc vous voulez en savoir plus sur son régime alimentaire. Voici quelques échantillons de questions et de déclarations qui permettent de démarrer une interview avec la mère. Mettez un X dans la colonne que vous considérez appropriée : Questions ne devant jamais être utilisées ; questions pouvant être utilisées au début de l'interview ; et celles qui peuvent être utilisées plus tard au cours de l'interview.

Utilisation de la question

Jamais - pour démarrer - plus tard

1. Votre bébé mange-t-il des fruits?
2. Bienvenue au dispensaire
3. Combien de fois par jour le bébé mange-t-il ?
4. Ne donnez-vous pas des oeufs à l'enfant ?
5. Dites-moi quels sont les aliments favoris de l'enfant
6. Donnez-vous des céréales, des oeufs ou du pain au petit déjeuner ?
7. L'enfant ne devrait-il pas manger davantage de haricots ?
8. Parlons des habitudes alimentaires de votre enfant pour que nous sachions tous les deux

comment le garder en bonne santé

9. Y-a-t-il des aliments que l'enfant refuse de manger ?

10. Veuillez me dire quels problèmes vous avez pour nourrir cet enfant

11. L'enfant mange-t-il plus le matin ou l'après-midi ?

12. Ne serait-il pas mieux si cet enfant pouvait manger davantage de viande ?

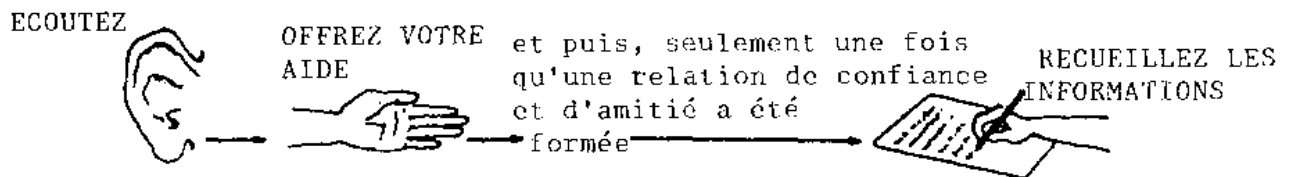
(Adapté d'après : Brieger, W.R., "Defining the Potential for Participation").

10B Suggestions pour réunir les informations

Il n'y a pas de règles établies ni d'approche "correcte" pour réunir les informations requises dans la communauté. Toutefois, plusieurs programmes centrés sur les gens ont abouti aux idées suivantes :

1. Allez chez les gens et essayez de faire leur connaissance. Mais ne commencez pas par faire une enquête. Les informations recueillies lors de visites informelles et amicales sont souvent beaucoup plus proches de la vérité et beaucoup plus utiles. Donnez la priorité aux besoins et aux sentiments des gens.

Suggestions pour réunir les informations



2. Lors de la collecte des informations, essayez de savoir quels sont les problèmes que les gens trouvent les plus importants ou qu'ils souhaitent résoudre en premier. Apprenez quelles idées ils ont pour les résoudre.

3. Demandez seulement les informations qui signifient quelque chose (et pas simplement parce qu'on vous a dit de recueillir ce genre d'informations). Assurez-vous que vous et les gens comprennent pourquoi ces informations sont nécessaires. Par exemple, assurez-vous que les parents comprennent pourquoi vous pesez les enfants avant de le faire.

4. Impliquez les gens locaux dans la collecte des informations. Assurez-vous que les enquêtes ne soient pas faites sur les gens mais par les gens. (Pour les enquêtes simples auxquelles les enfants et les gens analphabètes peuvent participer, voir p. 7-13 et chapitres 24 et 25.)

5. Lorsque vous menez une enquête ou que vous établissez le diagnostic d'une communauté, essayez d'éviter d'amener des questionnaires écrits. Evitez de prendre des notes quand la personne vous parle. Ecoutez attentivement, souvenez-vous de ce que vous pouvez, et écrivez vos notes plus tard. Soyez toujours franc et ouvert sur le but de votre visite.

6. Cherchez des moyens de faire de l'enquête une expérience enrichissante pour ceux qui sont questionnés. Essayez de poser des questions qui non seulement recherchent des informations mais qui obligent les gens à penser et à considérer les choses d'une nouvelle façon.

Par exemple, au lieu de demander simplement, "Combien de personnes de votre famille savent lire ?" continuez en demandant "Pourquoi est-il bon de savoir lire et écrire ?" Est-ce que l'école ici apprend à vous enfants ce qu'ils ont besoin de savoir le plus ? "Si non, alors qui ?" (Pour des idées supplémentaires sur ce type de question, voyez "Quand il n'y a pas de médecin", p. w10 et w11).

7. Observez les gens soigneusement. Vous pouvez en apprendre tout autant en regardant la façon dont les gens agissent qu'en posant des questions. Apprenez à regarder et à écouter.

8. Faites attention quand vous donnez des conseils aux gens, en particulier quand cela concerne leurs attitudes et leurs habitudes. Il vaut mieux quelquefois raconter une histoire sur la façon dont d'autres personnes ont réussi à résoudre un problème similaire en essayant une nouvelle méthode. Et donnez le bon exemple vous-même.

Noter : Là où les registres officiels des naissances et des décès sont assez exacts, ils peuvent fournir des renseignements importants sur la santé sans avoir à déranger les gens chez eux. Il est bon de comparer les décès survenus chez les enfants de moins de cinq ans avec le nombre total de décès. Par exemple, dans une région des Philippines, l'augmentation des décès chez les enfants allant de 35% à 70% du total des décès entre 1975 et 1980 indique que les conditions affectant la santé empirent !

(D'après : Werner et Bower, Helping Health Workers Learn. Chapitre 6, p. 9)

10C Types et sources d'information sur la communauté

<u>TYPES</u>	<u>SOURCES</u>
<u>SUR LA COMMUNAUTE</u>	
Attitudes et coutumes concernant d'autres domaines que la santé, ex. : la communication entre les chefs et le peuple. Qui sont les chefs de la communauté ? Qui prend les décisions et comment? Y-a-t-il des employés sanitaires traditionnels, tels qu'accoucheuses, guérisseurs, ou sorcier? Autres organismes de santé ou affiliés.	En parlant et en écoutant les gens de la communauté. Lire ce qu'on peut trouver. Parler aux autres employés sanitaires et aux autres employés du développement. Parler aux enseignants et aux chefs religieux.
Caractéristiques géographiques. Moyens de transport. Services publics : eau, égouts, marchés, école, agriculture, production alimentaire. Source d'eau.	Carte de la région
<u>INFORMATION FOURNIE PAR LES DOSSIERS:</u>	
<u>SUR LA POPULATION</u>	
Nom, âge, sexe, adresse	Fiches d'enregistrement. Dossiers du centre de santé sur les enquêtes de la communauté.
<u>SUR LA SANTE DES GENS</u>	
Types de problèmes de santé	Rapports mensuels et leur cause.
Nombre de femmes enceintes fréquentant les dispensaires prénatals.	Dossiers du dispensaire
Nombre de naissances chaque mois ou chaque année (vivantes et non vivantes) et sexe de l'enfant.	Dossier du dispensaire ou étude portant sur les enfants de moins de un an dans la communauté.

Nombre de mères mortes en couches durant l'année écoulée.	Dossiers du dispensaire ou interrogatoire direct dans les villages.
Nombre de décès par sexe, âge, et cause présumée.	Probablement extraits des dossiers du centre de santé ou donné par les administrateurs de la communauté.
<u>SUR LE TRAVAIL DE SANTE ACCOMPLI</u>	
Nombre de gens vu chaque mois et pourquoi.	Rapports mensuels
Traitement donné, genres de problèmes de santé.	
Campagnes spéciales organisées.	
<u>SUR LE MATERIEL UTILISE POUR LE TRAVAIL DE SANTE</u>	
Médicaments fournis.	
Médicaments utilisés.	Livres des stocks et inventaire
Autres fournitures.	
Estimation des fournitures requises pour une période de temps.	
<u>SUR LE PROGRAMME ET SUR D'AUTRES EMPLOYES SANITAIRES SOUS SUPERVISION</u>	
<u>Programme :</u>	
Ce dont les gens estiment avoir besoin. Acceptation des programmes. Autres besoins en programmes. Coordination avec les autres organismes.	En écoutant la communauté et particulièrement ses chefs. En parlant avec les autres employés du développement communautaire. Le superviseur.
<u>Employés sanitaires :</u>	
Besoins de formation. Qualité de l'organisation du travail. Relations avec la communauté et les autres organismes. Utilisation des ressources.	Liste de contrôle pour les visites à la communauté.

Annexe du moniteur :

10A Rôle Nr. 1 : Le bénévole du PC et une mère locale

10B Rôle No. 2 : Le bénévole du PC et le doyen de la ville

10C Techniques appropriées et inappropriées pour des interviews informelles

10A Rôle Nr. 1 : Le bénévole du PC et une mère locale

Scénario

Un bénévole du PC vient d'arriver dans sa communauté ou dans sa petite ville pour commencer à travailler dans un programme de soins de santé primaires. Le bénévole veut commencer à connaître les gens dans la région et a besoin de commencer à réunir des informations concernant

les nombreux aspects de la vie communautaire. Aujourd'hui, le bénévole a organisé une interview avec une mère pour obtenir des informations de base sur le régime alimentaire local et les pratiques de nutrition et les besoins de la communauté. Ils ont décidé de se retrouver chez la femme au milieu de la matinée.

Description du rôle

Le bénévole du Peace Corps

Vous venez d'arriver sur les lieux et vous êtes anxieux de connaître les gens de votre communauté pour pouvoir démarrer certains projets. Vous avez sorti certaines de vos notes du cours de formation sur le modèle d'analyse communautaire. D'après ces notes, vous avez prévu quelques questions et sujets à discuter avec une mère dans votre communauté ; en particulier vous voulez obtenir des informations sur le régime alimentaire local, ainsi que sur les besoins en nutrition et les pratiques perçus par elle. Vous ne connaissez pas bien la mère - l'une des infirmières du dispensaire local vous a présenté brièvement la semaine dernière. Vous savez qu'elle est venue au dispensaire pour un genre de traitement ou conseil quelconque, qu'elle a plusieurs enfants et un mari, et qu'elle habite dans le quartier le plus pauvre de la ville. Vous avez prévu de la rencontrer au milieu de la matinée chez elle.

La mère

Vous êtes une mère type dans votre petite ville. Vous avez cinq enfants qui sont souvent malades. Votre mari est aide forgeron, il a un travail régulier, mais gagne peu d'argent. Dernièrement, vous avez eu des dépenses supplémentaires et l'argent qui restait pour acheter la nourriture n'a pas été suffisant. Comme vos amis, vous avez remarqué la hausse du prix de la nourriture sur le marché due à la récente sécheresse. Ces temps-ci, vous trouvez particulièrement difficile de remplir les ventres de la famille, néanmoins vous éprouvez une certaine fierté à pouvoir cuisiner les plats traditionnels pour vos gens. Votre petite maison est aussi toujours très propre.

Aujourd'hui vous êtes dans votre maison, vous attendez l'arrivée d'un nouvel américain qui vient de s'installer dans votre ville. C'est le milieu de la matinée et vous êtes occupée à essayer de finir de préparer le déjeuner pour être libre quand il ou elle sera là. Vous prévoyez de lui demander de rester manger avec votre famille en fait, vous avez juste préparé quelque chose de spécial pour lui ou elle. Vous êtes curieuse de voir qui est cet (te) américain (e) et ce qu'il (elle) fait. Comme c'est la coutume dans votre culture, vous répondez généralement aux gens avec des déclarations indirectes et vous utilisez de nombreux gestes et des répliques non verbales.

A l'intention du moniteur

Adaptez ces brèves descriptions du rôle selon votre situation culturelle particulière, ou si possible, demandez aux acteurs de créer un personnage semblable basé sur quelqu'un qu'ils connaissent. Demandez aux acteurs de ne pas agir les uns sur les autres auparavant. Assurez-vous de bien lire ou de donner le scénario au groupe tel qu'il est décrit ci-dessus ou modifié par vous.

10B Rôle No. 2 : Le bénévole du PC et le doyen de la ville

Scénario

La même chose que pour le rôle No. 1 sauf que cette fois le bénévole du PC va interviewer le doyen de la ville dans le hall de réunion principal de la communauté dans le centre ville.

Descriptions des rôles

Bénévole du Peace Corps

Vous venez d'arriver à votre poste et vous êtes anxieux de connaître les gens de votre communauté pour pouvoir commencer à travailler sur certains projets. En particulier, vous voulez recueillir des informations sur le régime alimentaire local et le statut nutritif et les besoins de votre communauté. Vous avez l'opportunité de rencontrer brièvement le doyen du village et de parler avec lui des questions de nutrition ainsi que d'autres sujets d'inquiétude. Vous avez déjà fait sa connaissance et lui avez parlé brièvement quand votre homologue vous a amené en ville. Il semble s'intéresser à votre travail, mais demeure réservé.

Le doyen de la ville

Vous représentez le système politique local dans le village et en tant que tel vous comprenez la structure économique et les systèmes traditionnels qui forment la base de la communauté. Vous êtes très fier de votre communauté et vous voulez la voir se développer mais pas au risque de d'abandonner les traditions qui règlent votre vie et celle de vos voisins. Vous avez toujours éprouvé une certaine réserve envers les bénévoles du Peace Corps. Aujourd'hui le nouveau bénévole en ville va venir vous interviewer.

Note à l'intention du moniteur

Comme dans la première scène, adaptez ces rôles à la culture locale et à la description du travail du bénévole du PC. Ces rôles doivent être joués de façon plus formelle que les premiers.

10C Techniques appropriées et inappropriées pour des interviews informelles

<u>Appropriée</u>	<u>Inappropriées</u>
Salue la personne correctement se présente, demande à la personne si elle est libre de parler, explique l'objet de l'interview.	Entre sans permission, sans introduction personnelle, sans explication sur le but de la visite.
Pose des questions sur la santé, la famille etc. interviewés.	Commence tout de suite à des collecter les données -aucune tentative réelle de lier connaissance.
Utilise les techniques d'observation et d'écoute pour en savoir davantage sur la vie de l'interviewé, de sa famille, de son travail (par exemple observe/aide à la préparation d'un repas).	Parle beaucoup, est centré sur le sujet de l'interview plutôt que sur les circonstances qui l'entourent
Offre de participer à une activité qui est en train ou qui démarre (par exemple, faire la cuisine ou désherber le jardin, etc.)	S'en tient uniquement aux questions de l'interview.
Donne aux interviewés le temps de parler, la possibilité d'exprimer des idées, des opinions, s'intéresse aux problèmes de l'interviewé.	Interrompt fréquemment quand l'interviewé parle, semble être pressé ou désintéressé, passe un jugement sur ce que dit l'interviewé.

Enonce les questions de façon nette. Pose des questions ouvertes et effectives de façon appropriée. N'écrit les réponses que si on lui en donne la permission.	Pose trop de questions privées ou tendancieuses, suit la liste de trop près, écrit les réponses tout en ignorant l'interviewé.
Ne reste pas trop longtemps ou ne part pas de façon brusque - Remarque les signes lui indiquant qu'il est temps de partir.	Reste jusqu'à ce que toutes les informations aient été obtenues, pose les questions rapidement et s'en va.
Remercie à l'interviewé de l'avoir aidé et propose une visite dans l'avenir ou la possibilité d'une autre réunion.	Prend son bloc-notes, lance un rapide "au revoir" et s'en va.

Session 13

Prospectus Annexe du moniteur

Prospectus :

13A Procédures de surveillance des maladies 13B Exercices de relèves

13A Procédures de surveillance des maladies

La collecte et l'évaluation des informations ayant rapport au contrôle des maladies est appelée la surveillance des maladies. La surveillance des maladies comprend les résultats provenant de cas de décès dus à la maladie. Les informations importantes comprennent :

- La personne - Qui tombe malade ; qui meurt?
Lieu - Où les gens tombent-ils malades ?
 - Où habitent-ils?
Temps - Quand commence la maladie?

L'analyse des données de surveillance comprend l'utilisation des informations et des données sur la population mentionnées ci-dessus (c'est-à-dire, les nombres de gens au sein de la population exposé aux maladies) pour calculer les taux basés sur la population et caractériser le côté saisonnier et les groupes à risques élevés.

Les étapes principales de la surveillance des maladies sont :

- 1) Identifier les cas
- 2) Compter les cas signalés
- 3) Analyser les cas signalés
- 4) Agir promptement
- 5) Signaler promptement
- 6) Contrôler les totaux mensuels et annuels.

Le procédé de base pour réaliser chaque étape est :

Etape 1 - L'identification des cas

- 1) Passer en revue les dossiers des patients qui viennent se faire traiter au dispensaire
- 2) Questionner les gens qui viennent au centre de santé sur les maladies de leur village.

Etape 2 - Compter les cas signalés

- 1) Identifier les maladies affectant la communauté.
- 2) Déterminer s'il y a des secteurs de la région géographique desservis par le centre de santé sur lesquels on manque d'informations.

Etape 3 - Analyser les cas signalés

- 1) Passer en revue les cas signalés pour détecter les schémas d'occurrence.
- 2) Réfléchir sur l'action qui s'avère nécessaire pour réduire le nombre de maladies graves et de décès provoqués par ces maladies.

Etape 4 - Agir

- 1) Baser la décision de l'action à suivre d'après les conclusions enregistrées à la suite de l'analyse du cas.
- 2) Prévoir l'action correctrice à prendre y compris :
 - Enquêter sur une augmentation apparente des cas signalés.
 - Déterminer si une épidémie réelle est en train de se déclarer

Etape 5 - Signaler promptement

- 1) Informer les responsables haut placés au ministère de la santé ou du secteur des tendances des maladies qui se déclarent dans une région particulière du pays.
- 2) Garder les copies de tous les rapports de maladies pour le contrôle.

Etape 6 - Contrôler les totaux mensuels et annuels

- 1) Fournir des informations à jour sur l'occurrence de la maladie.
- 2) Fournir des informations en retour sur l'efficacité des programmes sur une base mensuelle et annuelle.

13B Exercices de relèves

Exercice A :

Supposez que vous faites partie du personnel sanitaire du centre de santé à Ouaga. Au cours du mois de Mai 1985, on a signalé le nombre de cas de rougeole suivants au sein de la population cible de chaque village et de la ville de Ouaga. Il y a eu plusieurs sessions de vaccination dans la ville de Ouaga et dans les villages 1-3.

Village	Population cible	Cas	Village	Population cible	Cas
1	40	4	4	28	3
2	60	8	5	600	0
3	40	26	6	500	0
			Ville de Ouaga	26000	1,040

1) Présentez ces données sous forme de graphique pour que le personnel sanitaire puisse regarder ces informations et déterminer où les cas semblent être les plus nombreux ("en forme de grappes"), et identifier où la vaccination qu'ils ont faite n'a peut être pas été efficace.

Exercice B:

Le schéma saisonnier de l'occurrence du paludisme dans la ville de Tarza pour les années 1983-1985 est le suivant :

Année	Mois			
	Janvier	Février	Mars	Avril
1983	5	0	4	7
1984	0	6	6	12
1985	0	3	18	

1) Présentez ces données de façon que le personnel de santé puisse identifier s'il y a un schéma saisonnier de la maladie et/ou s'il y a des problèmes (par exemple, le signalement avec du retard, des erreurs de diagnostic, etc.) qui peuvent expliquer ce schéma.

Exercice C:

Le nombre de cas de diarrhée signalés au centre de santé de Diourbel en 1984 était :

janvier	- 10	juillet	- 41
février	- 22	août	- 45
mars	- 25	septembre	- 32
avril	- 42	octobre	- 35
mai	- 51	novembre	- 20
juin	- 71	décembre	- 10

En 1985 le nombre de cas signalés pour les mois de janvier - mars était

Janvier	- 10
Février	- 44
Mars	- 66

1) Développez un graphique qui puisse être utilisé pour identifier rapidement la différence entre les cas de la maladie signalée de 1984 à 1985.

Annexe du moniteur :

13A Comment définir enquête et surveillance

13B Définition des taux

13C Méthodologie de l'enquête

13D Echantillon de registre de patient externe

13E Exemples de formulaire de surveillance rapport de surveillance hebdomadaire des maladies diarrhéiques

13F Visualisation des données numériques

13A Comment définir enquête et surveillance

L'enquête peut être définie en tant que méthode de réunion des données dans une certaine région ou parmi une certaine population cible à un moment spécifique. Les enquêtes servent plusieurs objectifs :

- Elles identifient la connaissance de la population, les attitudes et les pratiques concernant une maladie spécifique
- Elles permettent d'obtenir des informations sur le statut de maladie des individus (par exemple, l'amélioration de la nutrition, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la couverture vaccinale)
- Elles fournissent des données de base pour la comparaison après une période de temps spécifié (par exemple, 6 mois, 1 an, 2 ans), dans le but d'évaluer les interventions spécifiques
- Elles estiment le besoin en services de santé
- Elles permettent une meilleure compréhension de la manière d'introduire ou d'améliorer la gestion de certaines maladies
- Elles justifient et assurent la promotion des services élargis de santé (par exemple, les dispensaires fixes et les dispensaires des unités éloignées).

La surveillance est définie comme la réunion, l'interprétation et la dissémination des informations liées à la santé. Les méthodes de surveillance comprennent: le signalement des maladies de routine (passive) ; la surveillance active (pour des informations plus détaillées) ; et des enquêtes représentatives.

Plusieurs points importants au sujet de la surveillance comprennent :

- La surveillance est nécessaire pour aider les dirigeants sur le plan national à établir des priorités parmi les maladies et peut aider à identifier les âges appropriés localement pour les vaccinations.
- Le signalement de routine des maladies cibles peut être utilisé pour mesurer l'impact du programme.
- La surveillance active peut être utilisée pour réunir davantage d'informations détaillées et complètes qui s'avéreront utiles pour l'évaluation du programme.
- Les enquêtes menées au début du programme fournissent les informations de base sur la fréquence de la maladie qui peuvent être utilisées par la suite pour évaluer dans quelle mesure votre activité de soins de santé primaires a été couronné de succès.

- Les données collectées par le truchement des systèmes de surveillance en place, des enquêtes et des activités de contrôle aident à identifier des secteurs qui ont besoin d'être renforcés lors des leçons d'instruction sanitaire ou lors de la mise en oeuvre des messages et du matériel sanitaires.

13B Définition des taux

Taux d'incidence -

Dans la surveillance, l'information en retour est un rapport qui interprète les données recueillies et qui est distribué à ceux qui les ont collectées. Le nombre de nouveaux cas d'une maladie diagnostiquée ou signalée durant une période définie est le numérateur, et le nombre de personnes dans la population déclarée au sein de laquelle la maladie s'est déclanchée est le dénominateur. Un taux est le risque moyen d'une maladie durant cet intervalle de temps.

Taux de mortalité -

Un taux calculé de la même façon que le taux d'incidence utilisant comme numérateur le nombre de décès survenus dans la population pendant la période de temps déclarée.

Taux de prévalence -

Le numérateur est le nombre de personnes malades ou indiquant une certaine condition dans la population déclarée, à un moment particulier, sans tenir compte du moment où cette maladie ou condition s'est déclarée; le dénominateur est le nombre de personnes au sein de cette population.

13C Méthodologie de l'enquête

Les directives suivantes donnent un aperçu de la procédure à suivre lors de l'utilisation de la technique d'échantillonnage en grappes dans la conduite de l'enquête

1. Une liste est préparée de tous les villages compris dans la région devant être évaluée. Cette liste devrait être préparée d'abord à partir d'autres sources que celles de l'équipe de vaccination. Autrement les omissions sur la liste de l'équipe de vaccination seront répétées sur la liste du village. La population de chaque village est indiquée et une liste des populations cumulatives des villages est préparée.

2. De façon à fournir la sûreté statistique nécessaire, il faut avoir 30 "grappes" examinées dans l'ensemble de la région.* Les villages particuliers dans lesquels sont situés les grappes sont déterminés comme suit:

[*La base statistique de l'échantillonnage en grappes est un sujet technique compliqué dépassant la portée de ce manuel. Ceux qui s'intéressent particulièrement à la théorie dont ces procédures dérivent devront se référer à 1) Cochran, W.C, Sampling Techniques, N.Y., John Wiley & Sons, 1963, pp. 74-75 ; et 2) Sterfling, R.E., and Sherman, I.L., Attribute Sampling Methods, Washington, D.C., USPHS Publication No. 1230, 1965.]

(a) Dresser la liste des villages pour obtenir une population cumulative.

(b) La population totale de tous les villages dans la région est divisée par 30, donnant un "intervalle d'échantillonnage".

(c) Un nombre pris au hasard entre I et II "intervalle d'échantillonnage" est sélectionné. Ce nombre identifie le premier village sur la liste cumulative de la population des villages dans laquelle va être située la première grappe.

(d) "L'intervalle d'échantillonnage" est alors ajouté au nombre pris au hasard sélectionné dans b ci-dessus. Ce nombre identifie le premier village de la deuxième grappe devant être évaluée.

(e) Les grappes restantes sont identifiées en ajoutant l'intervalle d'échantillonnage 28 fois au nombre utilisé pour identifier la deuxième grappe.

3. On donne alors à chaque personne chargée de l'évaluation une liste des villages qu'elle doit évaluer.

4. Quand la personne chargée de l'évaluation arrive au village, elle sélectionne un point central tel qu'un marché, une mosquée, une église ou une intersection près du centre géographique approximatif du village.

5. La personne chargée de l'évaluation doit alors sélectionner un nombre à deux chiffres pris au hasard entre 10 et 49.

6. Le chiffre des dixièmes indique la ligne de direction le long de laquelle le ménage initial auquel on doit rendre visite est situé (c'est-à-dire, 1 = nord, 2 = est, 3 = sud et 4 = ouest).

7. Le chiffre des unités indique le ménage initial à visiter (c'est-à-dire, 1 = le premier ménage à partir du point central, 9 = le neuvième ménage à partir du point central, 0 = le dixième ménage à partir du point central).

8. La personne chargée de l'évaluation rend alors visite au ménage initial et demande à voir tous les enfants qui habitent là susceptibles d'être dans le groupe d'âge cible et collecte les données.

9. La personne chargée de l'évaluation continue alors vers le ménage qui est le plus proche du ménage initial, puis vers le ménage le plus proche suivant, et continue ce procédé jusqu'à ce qu'il ait situé sept enfants dans chacun des trois groupes d'âge. Il peut être utile de considérer ce procédé comme un déplacement le long de cercles concentriques de plus en plus grands, ayant tous le ménage initial comme point central.

10. Dans le ménage où le septième enfant d'un groupe d'âge particulier est situé, la personne chargée de l'évaluation peut y trouver d'autres enfants dans le même groupe d'âge. Si c'est le cas, ces enfants doivent être inclus et la personne chargée de l'évaluation enregistre leur statut vaccinal.

11. Quand au moins sept enfants dans chaque groupe d'âge ont été situés, l'évaluation de cette grappe est terminée et la personne chargée de l'évaluation passe à la grappe suivante.

12. Quand tous les formulaires de l'enquête sont terminés, les totaux utilisés pour compléter le formulaire sommaire de l'enquête, et les résultats sont soumis au superviseur du programme pour être analysés et utilisés dans les activités de planification futures.

(D'après : WHO EPI Supervisory Training Materials)

13D Echantillon de registre de patient externe

Date	Nom du patient	Adresse	Age	Sexe	Symptômes/ Diagnostic	Traitement	Commentaires

*Statut d'immunisation de la mère

Remarques:

(D'après: WHO Supervisory Training Materials For EPI)

13F Visualisation des données numériques

Pour comprendre la signification et les raisons de la collecte des données, elles doivent être interprétées et présentées sous une forme clairement compréhensible pour les personnes qui les utiliseront afin de déterminer :

- l'efficacité du programme à réaliser des objectifs.
- la ré-évaluation des buts
- la recherche d'un appui pour le programme (monétaire, personnel, etc.)

Une façon utile de présenter les données est d'utiliser un graphique. Un graphique doit être utilisé pour communiquer une impression, indiquer une tendance ou un changement ou pour transmettre une indication de mouvement des données.

Le but de l'étape 8 dans cette session est pour vous de présenter et d'expliquer les différents types de graphiques que les participants doivent mettre au point pour analyser leurs données et par la suite contrôler la performance de leurs programmes. Basé sur votre présentation, les participants vont s'exercer à utiliser différents formats de graphiques à l'étape 10 .

Plusieurs types de formats que vous devez inclure dans votre présentation sont les graphiques linéaires, les graphiques à barres et les dessins topographiques.

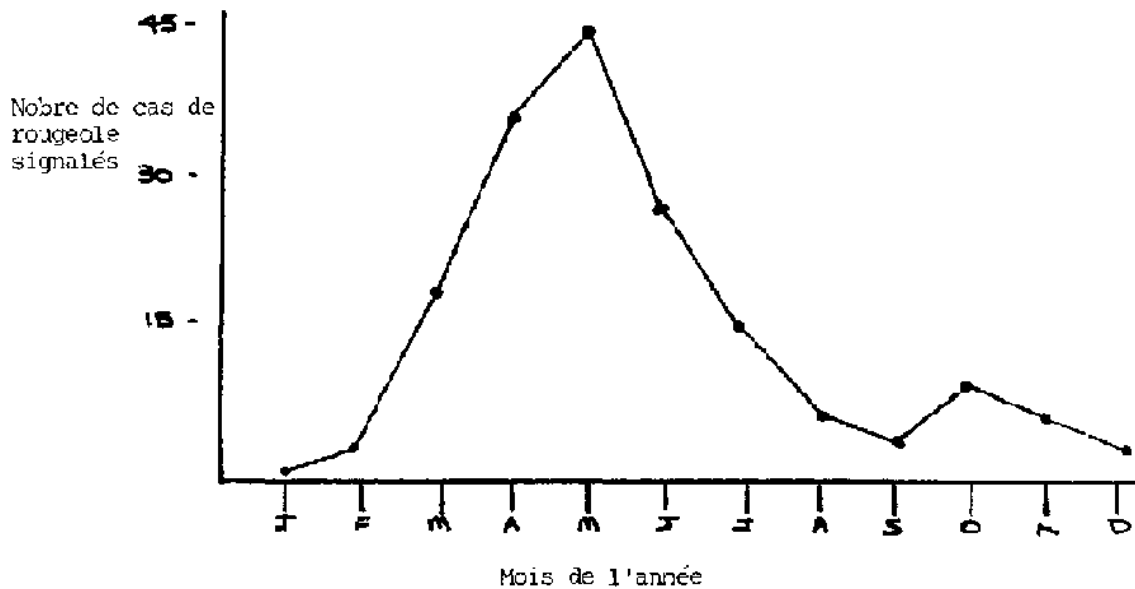
Des explications et des exemples de ces formats sont joints à cette annexe. On a aussi inclus de questions de discussion suggérées.

Quelque soit le format, tous les graphiques doivent avoir un titre bien nette avec le nom de la maladie, le lieu, et la date de l'événement que vous enregistrez. Les axes doivent être étiquetés. Le temps est souvent écrit le long de l'axe horizontal et les taux sur la ligne verticale.

Graphique linéaire

Le graphique linéaire est une technique fonctionnelle à employer lorsqu'on montre le mouvement général des données numériques sur une période définie. En utilisant ce format, on peut présenter de grandes quantités de données en une seule image - le flux d'événements s'étalant sur plusieurs siècles peut être visualisé avec autant de clarté que les événements qui se sont produits ces douze derniers mois. La ligne graphique est un format qui peut démontrer les fluctuations, les hauts et les bas, les mouvements rapides ou lents, ou la stabilité relative des statistiques. De plus, la ligne graphique est un excellent format à utiliser lorsqu'on doit communiquer des comparaisons et des relations. Les lignes graphiques peuvent incorporer deux, trois, quatre ou davantage d'échelles pour comparer le même article à différents moments.

Cas de rougeole signalés au centre de santé de Coro, par mois, 1982



1. Demandez aux participants d'identifier le mois qui présente le plus de cas et celui qui en présente le moins. 100

Graphique à barres

Le graphique à barres est le format le plus pratique et le plus utilisé pour montrer les données numériques. La longueur d'une barre correspond à la valeur d'un sujet ou montant. Lorsqu'une seconde barre est ajoutée, la comparaison devient alors possible. Au fur et à mesure qu'on ajoute des barres, davantage de comparaisons sont possibles.

Il y a une distinction entre le graphique à barres horizontales et le graphique à barres verticales. Le graphique à barres horizontales avec des barres alignées horizontalement, traite en général de sujets différents comparés durant le même période. Le graphique à barres verticales est disposé de façon que les sujets comparés soient indiqués sur les axes verticaux, et la quantité ou échelle des montants indiquée sur les axes horizontaux.

Le graphique à barres verticales, traite de sujets similaires comparés à différentes périodes. Le graphique à barres verticales indique l'échelle des montants sur les axes verticaux et le temps sur les axes horizontaux.

Immunitations faites en un mois au centre de santé Mopti

Immunitations	Immunitations faites en un mois			
	Région	Nombre d'immunitations		
Rougeole	Région I	10		
	Région II	25		
	Région III	5		
Polio	Région I	15		
	Région II	30		
	Région III	10		

DTCoq	Région I				15		
	Région II						30
	Région III			10			

Légende:

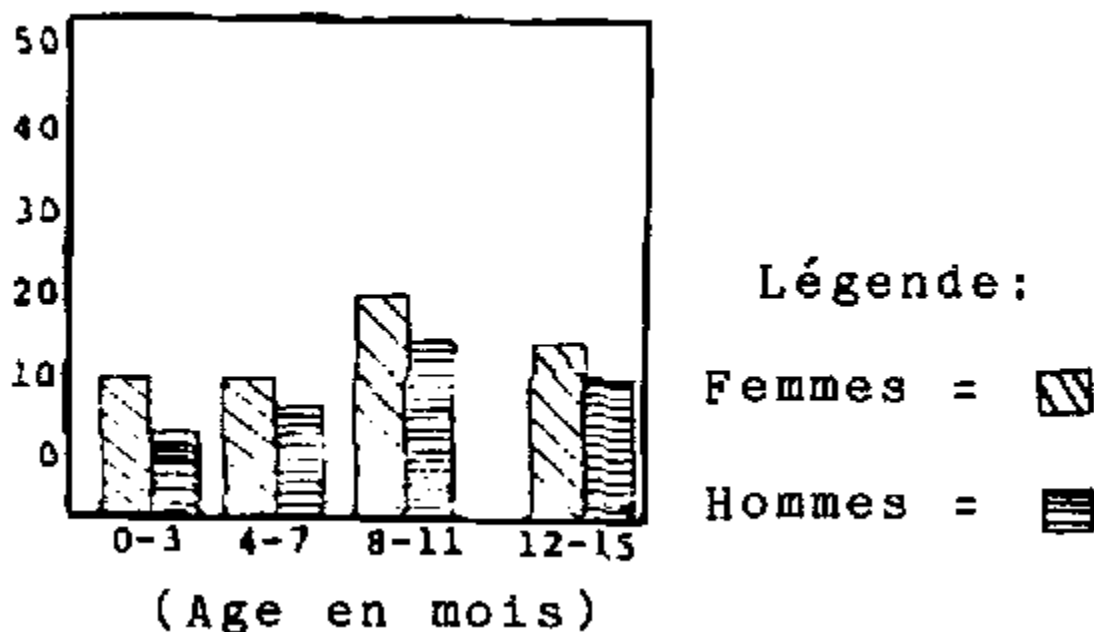
Population région I = 2000

Population région II = 5000

Population région III = 1000

1) Qu'est-ce que cela indique au sujet de la couverture vaccinale dans chaque région?

Cas de diarrhée signalés au centre de santé de Kaffrine par sexe et par âge



1) Le nombre de cas de diarrhée est-il plus grand chez les femmes que chez les hommes?

2) Est-ce que le graphique indique quel est le groupe qui présente le plus de risque de diarrhée?

Cartographie

Les cartes peuvent avoir un autre usage que la référence géographique conventionnelle ; elles offrent une façon polyvalente et fonctionnelle d'indiquer les données numériques.

La cartographie parfois tombe dans la catégorie des graphiques schématiques. Si c'est l'idée que l'on s'en fait, la carte peut être utilisée comme base pour les données ou comme partie intégrale des données. Dans chacun des cas, que ce soit un cas local, au niveau de l'état, national ou

international de nature, la présence d'une carte suggère à l'observateur un cadre de référence géographique tel qu'à la figure 1.

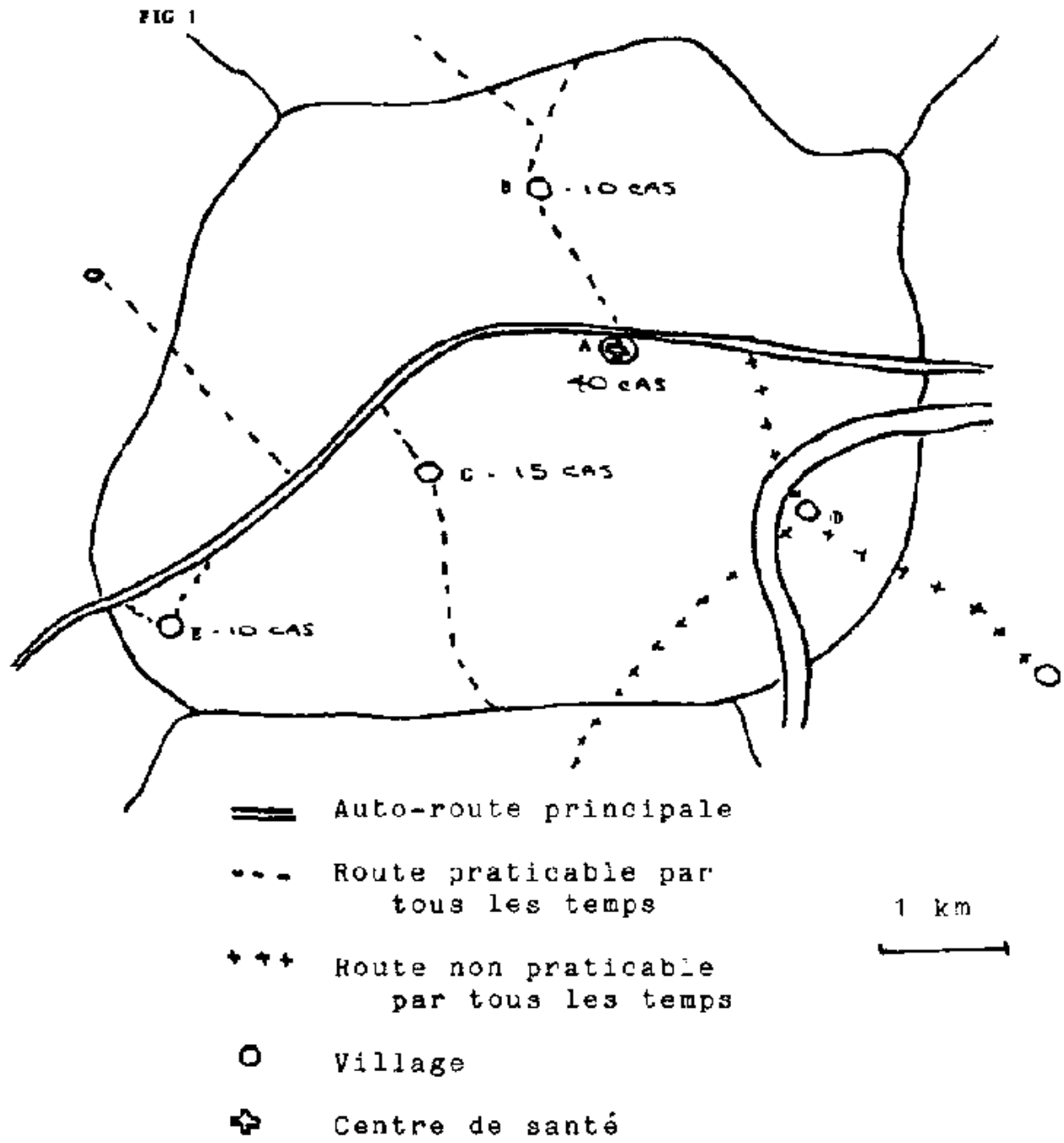
A la figure 1 la carte est employée pour analyser les informations sur l'endroit où se produit la maladie. L'observateur peut voir les tendances des régions.

Le graphique des secteurs divise le tout en différentes parties. On peut utiliser des formes concrètes ou abstraites.

Analyse des informations au sujet du LIEU.

L'analyse des informations au sujet du lieu nécessite souvent une cartographie. La cartographie indique où se trouvent les ménages à cas dans le village, ou où se situent les villages qui présentent des cas dans la région. Pour faire une carte, entourez le lieu des ménages ou des villages qui présentent des cas sur la carte du village ou de la région, et dans le cercle, inscrivez le nombre de cas. S'il n'y a pas de carte disponible, il vous faudra en dessiner un vous-même après avoir étudié le village ou la région. Vous trouverez, ci-joint, un exemple pour la rougeole.

Cas de rougeole par village avril-mai, 1983



Village	Population
A	10 000
B	2 000
C	2 000
D	1 000
E	1 000

1. Demandez au groupe si les cas semblent être plus nombreux dans certains endroits.

Dites au groupe qu'il y a eu plusieurs vaccinations contre la rougeole dans les villages A,B,C et E. Demandez-leur d'identifier s'il y a des villages ou des villes dans lesquelles ils soupçonnent les vaccinations de ne pas avoir été efficaces.

Session 14

Prospectus Annexe du moniteur

Prospectus :

14A Questions a poser pour évaluer la participation communautaire

14B Compétences requises pour les organisateurs

14C Comment aider les gens à s'organiser

14D Comment motiver la communauté : Un exemple d'immunisation

14A Questions a poser pour évaluer la participation communautaire

Questions principales	Questions secondaires	Données et informations requises	Méthodes de collecte des informations et des données
1) Quelle est la nature et le degré de la participation communautaire?	1) La communauté est-elle impliquée dans la planification, la direction et le contrôle du programme sanitaire au niveau local?	1) Caractéristiques et efficacité des institutions locales de prise de décision (comité de santé) nombre de réunions où les questions concernant la santé ont été débattues, nombre de participants aux réunions	1 et 2) Observations faites aux réunions, interviews et questionnaires avec le personnel local et le personnel médical
	2) Les ressources locales sont-elles utilisées? Quelles sortes? (main d'oeuvre, bâtiments, argent, investissement humain?)	2) Moyens de réunir les fonds; combien? degré de contrôle financier des activités sanitaires? Autres contributions et ressources disponibles	
	3) Y a-t-il un agent sanitaire (ASC) dans la communauté?	3) Procédure pour le choix du ASC. Sont-ils payés?/soutenus? Fonctions et activités	3) Interviews avec les ASC et les responsables
	4) Quel est le X de la communauté qui participe aux activités de santé? (vaccinations, fréquentation des services	4) Nombre de gens qui s'approvisionnent en eau potable; qui assistent à des activités de santé? (Voir couverture.)	4) Enquêtes, questionnaires à domicile, statistiques sanitaires

	PMI, soins prénatals, latrines, eau propre et potable, etc.		
	5) Y a-t-il des projets communautaires qui ont été déjà mis en oeuvre (crèche, centre de nutrition, protection des eaux)	5) Existence des programmes communautaires ou preuves des projets déjà achevés ou en cours	5) Observations
2) Existe-t-il un système pour l'intégration des activités communautaires au niveau local avec les organismes extérieurs?	1) Existe-t-il un système pour encourager le dialogue entre le personnel des services de santé et les responsables de la communauté?	1) Nombre de réunions entre les services de santé et les responsables communautaires? Questions débattues et caractéristiques des participants	1) Observation et interviews au niveau communautaire
	2) Quelles autres organismes sont impliquées au niveau communautaire et quelles activités de développement dans le domaine socio-économique sont en cours?	2) D'autres activités sectorielles au niveau communautaire? Nombre de visites à la communauté par le personnel des autres agences?	2) et 3) Interviews avec le personnel d'autres services, responsables de la santé et notables communautaires
	3) Est-ce que le système de dialogue avec les services de santé (s'il en existe un) engage les autres agences de développement ?	3) Degré de la participation des autres services dans les réunions?	
	4) Existe-t-il un système pour la coordination intersectorielle à des niveaux plus hauts (district ou région) ? Quel est son degré de contrôle des ressources et de l'autonomie?	4) Systèmes administratifs institutionnels au niveau du district. Caractéristiques et types d'organisme de prise de décision et leurs membres. Représentation intersectorielle Disponibilité des ressources	4) Interviews et observations possibles au niveau du district
3) Les activités de santé sont-elles coordonnées avec les autres programmes de	1) Existe-t-il une preuve d'une coordination entre les activités de santé et les autres programmes	1) Activités de santé aux écoles. Rôle des agents de santé dans la vulgarisation agricole, promotion du	1) Visites aux écoles, interviews avec les maîtres et instituteurs. Observations et

développement		jardinage, élevage des poulets, etc.	interviews avec les ASC et le personnel médical
4) Existe-t-il un système assurant l'engagement des représentants de la communauté dans la prise des décisions à des niveaux supérieurs et est-il efficace? Est-ce que les intérêts des représentants sont donnés en considération?	1) Les représentants de la communauté sont-ils impliqués dans la planification des activités de santé et dans l'administration des programmes? Quelle est la portée de leur influence?	1) Participation des membres de la communauté dans la planification et l'administration des projets de santé aux niveaux du district et de la région. Qui y participe et ont ils une voix influente?	1) Interviews et observations Etude des procès-verbaux des réunions, etc.
5) Quelles sont les structures sociales dans la communauté et sont-elles puissantes et efficaces?	1) Y a-t-il une Union des Femmes?, coopératives agricoles, sociétés religieuses, clubs de jeunesse, syndicats, etc. Ont-ils un rôle actif? Comment sont-ils représentés auprès des responsables de la communauté?	1) Identification des groupes sociaux, nombre de membres, représentation de ces groupes parmi les notables de la communauté. Informations sur les activités de ces associations et leur influence sur leurs membres.	1) Questions, interviews, Observations Etudes approfondies anthropologiques
6) Est-ce que les praticiens traditionnels sont intégrés dans les programmes des SSP?	1) Comment les praticiens traditionnels sont vus par les membres de la communauté? Sont-ils beaucoup consultés et pour quelles raisons? Font-ils partie des comités de santé? Y a-t-il du contact entre eux et le personnel médical? Est-ce qu'ils ont reçu une formation en matière de santé?	1) Nombre et types de praticiens traditionnels leurs patients et leur travail. Taux de fréquentation. Membre du comité de santé? Contact avec le personnel médical? Combien ont été formés?	1) Interviews avec les praticiens traditionnels et leurs patients. Questionnaires à domicile Archives et dossiers Interviews avec le personnel médical
7) Quel est le potentiel d'une augmentation de la participation des membres de la communauté et d'une démocratisation au niveau local?	1) Les couches défavorisées sont-elles représentées auprès des institutions de prise de décision? Que peut-on faire pour que leurs intérêts soient	1) Identification des groupes défavorisés (faible revenu, manque d'emploi, etc.) Participation dans les réunions communautaires? Sont-ils bien organisés?	1) Questionnaires, interviews, études anthropologiques

	plus représentés dans les centres de pouvoir? Y a-t-il des activités destinées à sensibiliser et à améliorer les connaissances et compétences des membres de ces groupes.	Ont-ils la possibilité de former les coopératives fondées sur une activité économique viable?	
8) La communauté est-elle bien au courant de toute activité en cours dans le secteur sanitaire?	1) Quelles sortes de méthodes pour diffuser les informations sont utilisées et la population est-elle touchée et informée par ces informations?	1) Indications que les programmes de mass-média d'éducation existent, Activités d'ES incorporées dans la prestation des services de santé. Informations en matière de santé intégrées et diffusées dans les autres programmes de développement % de la population alphabétisé degré de la couverture par les mass-média des programmes de vulgarisation	1) Enquêtes sur les programmes d'ES
	2) Les infos sont-elles pertinentes, appropriées et précises?	2) Quels sont les sujets que traitent les émissions éducatives? Sont-elles en rapport avec les priorités et normes de la communauté?	2) Evaluation qualitative des techniques utilisées; (aides visuelles utilisées; Evaluation des sujets appropriés et corrects). Questionnaires à domicile

*Susan Cole-King, Approaches to the Evaluation of Maternal and Child Health Care in the Context of Primary Health Care.

(D'après American Public Health Association, Community Participation, pp. 68-69)

14B Compétences requises pour les organisateurs

Compétences de base

A travers les étapes du développement de la communauté, l'organisateur devra :

1. Démontrer une compréhension de l'instruction non-formelle grâce à l'utilisation de :

- une variété de techniques de communications.
- activités permettant de résoudre les problèmes.
- méthodes qui motivent les autres à participer activement au processus d'éducation.

2. Stimuler la planification et la mise en oeuvre de projets grâce à l'utilisation de la compétence, la connaissance et les ressources locales pendant :

- l'évaluation des besoins et la planification.
- les activités d'instruction pour la santé.
- le suivi.
- la revue des projets.

3. L'utilisation des méthodes en cours pour évaluer l'engagement de la communauté.

Comment démarrer

Quand l'organisateur commence à travailler avec une communauté ou un groupe, il/elle devrait :

1. Comprendre et être en mesure d'exprimer :

- sa motivation.
- ses espérances de l'expérience.
- ses forces et faiblesses.
- son rôle en tant qu'organisateur
- ses valeurs individuelles.

2. Faire preuve de sensibilité et être capable d'identifier :

- les espérances de la communauté locale ou groupe.
- la culture locale et les ressources, y compris les coutumes, les valeurs, la connaissance et les façons de vivre.

3. Communiquer de façon à démontrer :

- une écoute active et des compétences d'observation.
- la faculté de filtrer les informations.
- des compétences pour travailler de façon coopérative et en collaboration avec d'autres.
- une compréhension de l'approche de participation au développement.
- la faculté de promouvoir la confiance en soi, l'intégrité et le bien être.

4. Utiliser les techniques en cours appropriées pour évaluer l'engagement de la communauté.

Comment établir un dialogue

Durant l'étape d'engagement suivante, l'organisateur devrait :

1. Démontrer des compétences permettant de faciliter et d'organiser parmi lesquelles :

- la faculté de travailler avec les structures sociales locales et les groupes.
- la stimulation active de la participation locale.
- comment motiver les autres pour qu'ils contribuent avec leur compétence et leurs connaissances.
- la planification et l'organisation de réunions, lorsque cela s'avère approprié.
- partager les techniques pour résoudre les problèmes de façon efficace, pour créer des équipes et négocier.

2. Être capable d'examiner, d'analyser et d'établir la priorité des questions, problèmes et besoins dans le contexte local.

3. Comprendre et pouvoir discuter les questions de développement par rapport aux problèmes locaux et aux stratégies en vue d'un changement.

4. Continuer à développer la compétence dans le domaine des communications entre personnes, y compris :

- l'encouragement du leadership local quand cela s'avère approprié.
- établir la confiance.
- la consultation (par exemple, l'écoute active, la transmission et les informations en retour).

5. La continuation de l'engagement de la communauté.

Planification avec la communauté

Lors de la planification de la participation active de la communauté, l'organisateur devrait :

1. Collaborer avec la communauté ou le groupe local pour identifier :
 - les besoins de santé
 - les ressources
 - les buts et les objectifs
 - les problèmes potentiels ou les facteurs de limitation.
2. Aider à l'établissement de :
 - critères de projets
 - plan d'action
 - méthodes d'évaluation du projet
 - relations avec les organisations et les organismes appropriés pour former un réseau d'aide.
3. Clarifier le genre et l'étendue de son engagement dans le projet.
4. Continuer l'évaluation.

Comment évaluer le processus

De façon à tirer profit de l'expérience du travail avec une communauté ou autre groupe, l'organisateur devra :

1. Travailler avec les chefs de la communauté pour mettre au point et utiliser les critères et les techniques d'évaluation appropriés.
2. Utiliser un procédé continu d'évaluation pour :
 - Revoir le niveau de la participation locale.
 - Revoir les méthodes et les approches utilisées durant le travail de développement.
 - Evaluer le niveau d'indépendance locale et de bien être.
 - Généraliser et appliquer la connaissance acquise pour augmenter la portée et les avantages de l'engagement de la communauté dans les projets de santé.

(Adapté de : A Training Manual in Appropriate Community Technology. Peace Corps.)

14C Comment aider les gens à s'organiser

Maintenant que vous avez les informations de base concernant la communauté, l'étape suivante consiste à étendre vos contacts avec les chefs de la communauté. Impliquez les chefs locaux dans le projet dès que possible. Qui sont les chefs ? Pourquoi sont-ils importants ? Comment les trouvez-vous ? Que peuvent-ils faire pour aider ?

Qui sont les chefs ?

Quiconque dans la communauté peut être un chef. Une personne est un dirigeant quand ses idées ou ses actions influencent les autres ou il/elle aide à accomplir les choses que les gens veulent voir accomplir. Il/elle est accepté(e) par les gens en tant que personne sage au jugement sûr dont les conseils se sont avérés précieux par le passé. Il/elle peut être riche et puissant (e), ou une personne connue pour sa grande pitié. Différentes personnes peuvent être des dirigeants dans différents domaines tels que l'agriculture, la religion, la politique ou la santé. Les dirigeants qui vous intéressent devraient avoir de l'influence sur les actions des gens en ce qui concerne leur santé.

Pourquoi les dirigeants sont-ils importants ?

Les dirigeants de la communauté prennent généralement les décisions qui aboutissent à la réussite ou à l'échec d'un projet. On leur fait confiance et les gens de la communauté travailleront avec eux plus rapidement qu'avec vous. Si vous voulez que ce soit le programme de la communauté, vous devez compter sur les responsables de la communauté pour prendre part à son succès. Vous êtes la bougie d'allumage et la source d'aide. Vous pouvez aider à réunir les autres ressources requises pour l'amélioration de la santé communautaire. Mais le projet ne sera pas un succès si les membres de la communauté n'y participent pas ; leur participation est en général décidée par les chefs de la communauté. Les gens avec qui il faut collaborer sont ceux qui sont respectés par la communauté et qui sont avides d'apprendre et de travailler.

Deux sortes de chefs locaux.

1. Les chefs officiels : sont généralement payés pour ce qu'ils font. Les projets quelquefois sont voués à l'échec ou progressent doucement parce que ces gens n'ont pas été consultés durant le stade de la planification. Consultez-les souvent et recherchez leur avis et assistance. Gagner leur coopération. Les exemples de dirigeants officiels sont :

- Les gens nommés politiquement (maire, représentants des partis)
- Les représentants des gouvernements (police, garde nationale)
- Le chef de village
- Les chefs religieux
- Les enseignants
- Les chefs d'organisations.

2. Les dirigeants informels : Peuvent ne pas toucher d'argent pour ce qu'ils font et n'ont pas d'autorité officielle. Ils viennent de la communauté locale et ont souvent plus d'influence que les chefs officiels. Ils ne sont pas nécessairement les personnes qui possèdent les plus belles maisons ou les meilleurs terrains, mais ils sont aimés, ils ont la confiance et le respect de leurs voisins et sont prêts à aider. Une femme peut être un dirigeant en ce qui concerne le besoin d'une meilleure alimentation en eau tandis que son voisin peut avoir surtout une influence sur le jardin potager.

Comment découvrez-vous les chefs informels ?

La première étape est de considérer les réponses que vous recevez quand vous demandez aux villageois "où aller pour avoir de l'aide si vous avez un problème de santé ?" D'autres questions que vous pouvez utiliser sont :

"Qui sont les gens importants dans la communauté ?"

"L'opinion de qui respectez-vous ?"

Le conseil de qui suivez-vous ?

"Qui est sage ?"

"Qui règle les discussions au sein ou entre les familles ?"

"A qui les gens demandent-ils conseils quand leurs enfants ont de la fièvre ? Pour organiser un voyage spécial ou un événement ?"

Vous trouverez probablement que les gens nommés sont ceux qui ont des qualités de dirigeant et que le nom sera différent selon le problème à résoudre.

Toutefois, les dirigeants ne sont peut-être pas les gens qui font preuve du plus d'enthousiasme au début du projet.

Vous n'allez peut-être pas découvrir un enthousiasme évident pour aider les autres, mais les gens qui expriment un intérêt, de la gentillesse et de la bonne volonté pour travailler, ou les gens dont le nom était mentionné souvent par les voisins, sont peut-être des chefs potentiels. Dans votre

recherche de chefs locaux, n'évitez pas ceux qui semblent être opposés à votre travail. Accordez-leur une attention spéciale et essayez de gagner leur support et coopération.

Exemple de chef local : L'accoucheuse.

Les accoucheuses représentent la catégorie la plus largement répartie de n'importe quelle catégorie de personnes dont le rôle est lié à la santé. La raison à cela est que les femmes en général souhaitent une assistance quelconque au moment de l'accouchement et ne peuvent pas voyager très loin ou attendre que quelqu'un vienne à leur chevet quand le travail commence. L'accoucheuse est là aussi à un moment particulièrement approprié pour l'éducation sanitaire de la mère et de l'enfant. Malheureusement, les accoucheuses n'ont pas souvent la formation nécessaire mais elles ont énormément d'influence auprès des mères.

Identifier et travailler avec les accoucheuses peuvent être très efficace dans l'éducation pour la santé. En fait, dans de nombreuses communautés pauvres l'entière norme de la santé, de l'assainissement, des taux de mortalité infantile et du planning familial ont été révolutionnés grâce au travail des accoucheuses.

Que peuvent faire les dirigeants pour la communauté ?

Si un effort est réalisé pour donner aux dirigeants une profonde compréhension de la façon dont les problèmes de santé affectent le bien être de la communauté et comment ces problèmes peuvent être résolus, ils peuvent contribuer énormément à une meilleure compréhension entre les gens. Ils peuvent devenir aussi une force puissante de motivation pour l'unité et l'action de la communauté. Grâce à leur propre acceptation des méthodes et pratiques de santé améliorées, ils deviennent une force motivante de changement.

Mais, il faut faire attention quand vous décidez quels sont les dirigeants qui ont de l'influence par rapport aux problèmes spécifiques de la communauté. Au Tonga, un projet d'assainissement environnemental a été initié après une planification préliminaire avec les chefs de la communauté. Dans la société du Tonga les femmes jouissent d'un rang plus élevé que celui des hommes selon les systèmes traditionnels de parenté ; les hommes toutefois, sont les chefs de famille. L'organisation du projet était basé sur l'appui des hommes et, à la demande des hommes, les femmes ne furent pas impliquées dans la planification. Les agents de santé ont laissé les décisions en ce qui concerne les méthodes de travail aux chefs hommes mais firent les évaluations eux-mêmes. Le projet échoua.

Quand un second projet fut planifié dans une autre communauté du Tonga, une analyse fut faite pour savoir pourquoi le premier avait échoué. La conclusion fut qu'à la fois les hommes et les femmes devraient être impliqués. On donna aux deux groupes le plein contrôle des activités sous la conduite de l'agent de santé. C'est aux villageois qu'on laissa le soin de prendre les décisions et les suggestions avec l'appui de la majorité furent encouragées et utilisées. L'évaluation du second projet indiqua que chaque objectif était atteint. (1)

[(1) Fanamanu, Joe and Tupou, Vaipulu. "Working through the Community Leaders, An experience in Tonga." International Journal of Health Education. July-September 1966.]

Le succès du projet peut être obtenu grâce aux efforts des villageois eux-mêmes pourvu que l'approche correcte soit utilisée pour promouvoir l'active participation des groupes et des chefs les plus influents de la communauté.

Voici quelques façons dont les chefs peuvent contribuer au succès d'un projet :

1. Amener les gens aux réunions.
2. Organiser et trouver des endroits pour les réunions.
3. Aider à atteindre davantage de gens en passant la consigne à d'autres.
4. Aider les gens de la communauté à mieux vous connaître et à avoir confiance en vous.
5. Donner des informations générales sur le programme et aider à les interpréter pour les gens.
6. Aider à identifier les problèmes et les ressources de la communauté.
7. Aider à planifier et à organiser les programmes et les activités de la communauté.
8. Aider à planifier et à organiser tous les services qui peuvent être fournis.
9. Donner des démonstrations simples.
10. Faire des réunions
11. Diriger des groupes de jeunes et différents projets individuels
12. Intéresser d'autres personnes à devenir des dirigeants.
13. Aider les voisins à apprendre de nouvelles techniques
14. Partager les informations avec les voisins
15. Servir en tant que représentant d'une organisation ou président d'un comité. (1)

[(1) Fanamanu, Joe and Tupou, Vaipulu. "Working through the Community Leaders, An experience in Tonga." International Journal of Health Education. July-September 1966.]

Comment ces ressources potentielles de la communauté peuvent-elles être mobilisées ? Lors des discussions avec les chefs, qu'avez-vous découvert qui était important pour eux ? Peut-être est-ce la protection de la santé des enfants ? Peut-être est-ce le côté pratique, l'intimité, ou la propreté ? Peut-être sont-ils poussés par la concurrence - "D'autres communautés résolvent leurs problèmes de santé." Ils peuvent exprimer de la fierté pour leur communauté - "Nous avons accompli tant d'autres choses dans ce village, mais ce problème demeure." Capitalisez sur ces motivations. Utilisez-les pour vous guider afin de mieux comprendre les gens de la communauté.

(D'après : Community Health Education in Developing Countries, pp 13-16.)

14D Comment motiver la communauté : Un exemple d'immunisation

Le besoin de coopérer

* Pour que votre programme d'immunisation soit couronné de succès, il faut que les gens coopèrent. Cela rend votre travail plus intéressant et aussi plus agréable.

* Les mères occupées doivent prendre le temps et faire l'effort de venir à votre séance de vaccination. Elles doivent peut-être marcher longtemps ou payer le transport. Elles doivent se rappeler quand revenir.

* Vous avez besoin de la coopération des gens si vous voulez organiser une séance dans une unité éloignée. Vous avez besoin de l'aide de la communauté pour trouver un lieu de vaccination et pour emprunter des meubles. Et vous aurez peut-être besoin d'aide pendant la séance elle-même - par exemple, pour inscrire et peser les enfants. Vous avez besoin d'aide pour encourager et rappeler aux mères qu'il faut venir aux séances.

* Les gens vont coopérer pour que les programmes soient couronnés de succès s'ILS VEULENT les vaccinations. Ils ne vont pas beaucoup coopérer s'ils acceptent les immunisations uniquement parce que VOUS le voulez. Ils ont besoin de sentir que la santé de leurs enfants est LEUR

responsabilité. Vous êtes là pour les aider à obtenir quelque chose qu'ils veulent et qui a de la valeur à leurs yeux.

* Donc, d'abord vous devez faire en sorte que la communauté veuille le programme de vaccination. C'est-à-dire que vous devez motiver ou pousser les gens.

Qu'est ce qui pousse les gens à VOULOIR la vaccination ?

- Ils doivent vouloir que leurs enfants soient en meilleure santé.
- Ils doivent être au courant des vaccinations.
- Ils doivent croire que les vaccins empêchent les maladies et rendent les enfants plus sains.

Mais même si les gens veulent le programme, ils ne vont pas coopérer si c'est difficile ou désagréable.

Qu'est ce qui fait VENIR les gens aux séances de vaccination ?

- Ils veulent que leurs enfants soient immunisés.
- C'est facile pour eux de venir.
- C'est une expérience agréable.

Faites en sorte que ce soit FACILE pour les gens d'assister.

Organisez des sessions dans les régions éloignées à un moment et un endroit qui conviennent au plus grand nombre de gens possibles. Tenez les séances au même endroit, à la même heure, le même jour du mois. Alors c'est plus facile aux gens de se rappeler de venir.

Faites en sorte que ce soit AGREABLE pour les gens de venir.

Soyez poli et amical ; rendez les salles d'attente aussi confortables que possible.

Comment faire pour que les gens de la communauté VEUILLE votre programme de vaccination ?

D'ABORD - TROUVEZ LES GENS DANS LA COMMUNAUTE QUI PEUVENT AIDER

- Les chefs politiques
- Les chefs de la communauté
- Les fonctionnaires
- Les employés supplémentaires
- Les groupes de femmes
- Les employés sanitaires de la communauté
- Les guérisseurs traditionnels
- Les accoucheuses traditionnelles
- Les instituteurs
- Les chefs religieux.

Chaque communauté est différente. Vous devez trouver les gens qu'il faut dans votre communauté.

Expliquez-leur les dangers des maladies cibles : et parlez-leur de la vaccination et de la prévention.

Expliquez-leur votre programme de vaccination, et ce que vous essayez de faire.

Demandez-leur conseil sur la façon de motiver les gens de la communauté.

Demandez-leur conseil au sujet de l'opposition et de tout autre problème qui puisse exister.

Demandez-leur de vous aider à expliquer le programme à la communauté.

Demandez-leur d'organiser des séances auxquelles les mères peuvent assister facilement dans cette région, par exemple le jour du marché local.

Demandez-leur d'encourager les gens à venir à la séance.

Bien sûr, l'équipe d'immunisation sont des gens également ! Vous ne pouvez pas tout faire ! Donc assurez-vous que les séances soient possibles pour vous également.

ENSUITE - FAITES EN SORTE QUE L'EXPERIENCE DE VACCINATION DE LA COMMUNAUTE SOIT UNE BONNE EXPERIENCE.

L'expérience des gens lors de vos séances affectera énormément leur motivation.

Soyez sûr, ponctuel, poli et amical.

Prenez soin de vos vaccins pour qu'ils marchent.

Donnez des informations en retour à la communauté. Faites part des résultats de votre travail ; dites combien d'enfants vous avez vaccinés ; s'il y a moins d'enfants malades dans le district.

(D'après : WHO, "Health Education in an Immunization Program" Immunization in Practice : A Guide for Health Workers Who Give Vaccines pp. 2,4)

Annexe du moniteur :

14A Facteurs affectant la participation aux projets de développement ruraux

<u>FACTEURS :</u>	<u>EXEMPLES D'EFFETS :</u>
<u>Physiques et biologiques</u>	
Le climat, les fluctuations météorologiques ; la fertilité du sol, l'élévation d'eau ; les schémas de végétation, le terrain, ; la taille de la population des insectes et des animaux nuisibles par rapport aux ressources de la terre.	La longue saison des pluies peut empêcher d'amener les enfants à la vaccination parce que les routes et les chemins sont impraticables ; une faible fertilité du sol chez les fermiers des hautes terres peut signifier qu'ils doivent travailler plus dur que les fermiers des basses terres et qu'ils n'ont pas le temps de participer à des projets de santé.
<u>Economiques</u>	
Régime foncier et schémas de propriétés ; schémas de production agricole ; récoltes et bétail ; niveaux des revenus et des dépenses ; épargne, investissement et crédit; possibilités d'emploi; niveau de développement industriel ; marchés et transports ; routes et communications.	Les gens les plus pauvres qui ont le plus besoin de bénéficier des avantages des projets sanitaires ont vraisemblablement le moins de temps et le moins d'opportunités pour y participer. La plus grande partie de leur énergie les aide à survivre.
<u>Politiques</u>	

Structure du gouvernement centralisée contre décentralisée ; compétitive système contre système à parti unique ; tradition du gouvernement local ou non ; liens, s'ils existent entre l'élite centrales et les régions rurales et les problèmes ; idéologie dominante; orientation vers une participation des gens ruraux	Les unités du gouvernement local qui sont davantage un prolongement de l'autorité du gouvernement central que représentatives de la population locale manqueront de tradition dans l'exercice de leur autorité locale ; le centre national qui donne seulement un appui superficiel aux objectifs de développement rural et qui craint toute mobilisation à la base peut interdire toute organisation de participation.
<u>Sociaux</u>	
Les schémas d'habitation, nucléaire contre structure de la grande famille ; association en clans, selon les ethnies ou adhésion à des associations volontaires ; division par race ou caste ; stratification sociale et classe ; clivages sociaux cumulatifs contre transversaux ; institutions locales pour la résolution des conflits dûs à la différence rurale-urbaine ; schémas de migration.	Les fermiers vivent dans des fermes isolées. La pauvreté, la location, l'ethnocentrisme rendent difficile le développement des projets qui ne sont pas dirigés par les riches, les propriétaires et les groupes dominateurs.
<u>Culturels</u>	
Valeurs liées à la place de l'agriculture dans les vies des gens ; rôle des sexes et division du travail ; orientation vers l'avenir et vers le changement; attitudes envers l'activité de groupe et les schémas de coopération de déférence politique et sociale ; attitude envers le rôle des femmes dans la société locale et nationale.	Dans certaines communautés, les hommes ne laissent pas les femmes quitter le domicile, encore moins assister à une séance d'éducation pour la santé au poste sanitaire ; l'attitude générale de la loyauté familiale et de la concurrence entre les familles empêchent la coopération dans les projets sanitaires. La norme du consensus est contraire au vote "démocratique" de la majorité qui risque de provoquer la défaite du propriétaire terrien.
<u>Expérience des projets passés</u>	
Les relations passées entre cette région et le centre national (de coopération ou hostiles); rivalités traditionnelles entre les villes de cette région ; expérience avec les initiatives du gouvernement central pour le développement rural ;	L'expérience précédente d'un projet dont les graines de riz n'ont pas germé rend difficile un nouvel essai; les antécédents de détournement des fonds réunis par la communauté conduisent de nombreuses personnes locales à ne pas faire confiance à de nouveaux efforts sanitaires de la communauté.

(Adapté d'après : Rural Development Participation : Concepts and Measures for Project Design, Implementation' and Evaluation.)

Session 15

Prospectus
Annexe du moniteur

Prospectus :

15A Inventaire du style de travail
15B Styles de collaboration/travail du bénévole
15C Modèle de résolution d'un problème

15A Inventaire du style de travail

Auto-évaluation

Dix situations typiques de celles auxquelles le volontaire du Peace Corps aura eu à faire face par le passé sont décrites ci-dessous. Quatre façons différentes de traiter la situation sont alors décrites. Sélectionnez la façon dont vraisemblablement vous traiteriez chaque situation et donnez le numéro 4 à ce choix. Sélectionnez vos quatre choix suivants par ordre de préférence. Transcrivez vos choix numériques directement sur la fiche de résultats jointe au formulaire d'évaluation.

Ce formulaire est conçu pour vous aider à évaluer votre style personnel préféré pour traiter les situations auxquelles vous serez vraisemblablement confronté durant votre service en tant que bénévole. Par la suite, vous analyserez les résultats vous-même.

DONNEZ LES NOTES "4", "3", "2", OU "1" PAR ORDRE DE PREFERENCE PERSONNEL POUR TRAITER CHAQUE SITUATION DECRITE. METTEZ VOS REPONSES DIRECTEMENT SUR LA FICHE DES RESULTATS JOINTE A CE FORMULAIRE D'AUTO-EVALUATION.

SITUATION No.1

Vous entrez dans le village où vous êtes affecté pour reprendre un projet de technologie appropriée. Le bénévole que vous remplacez est déjà parti. Le projet a trois ans. Vous avez eu de brèves discussions avec la direction du village et vous en avez déduit que le projet n'est pas apprécié par tout le monde. On vous a demandé d'adresser une réunion des chefs de village pour vous présenter. Comment préférez-vous traiter la situation ? (Répondez sur la fiche des résultats.)

Choix :

- A. Présentez votre approche du projet et provoquez les questions et demandez conseil.
- B. Recherchez le point de vue de la direction sur le projet et identifier les problèmes.
- C. Demandez aux chefs de décrire leurs objectifs pour le projet ainsi que les autres besoins pressants auxquels le village doit faire face.
- D. Demandez à la direction si vous pouvez assister à cette réunion et vous familiariser avec les besoins du village avant d'adresser l'assemblée.

* Edité d'après : The Role of the Volunteer in Development, Peace Corps Core Curriculum Materials, December 1981, OPTC, U.S. Peace Corps, pp. 67-82

SITUATION No.2

Vous êtes affecté à un petit projet de coopérative de légumes qui est en cours depuis plusieurs années. Au village on s'intéresse beaucoup au projet. Toutefois, la direction locale vient de décider que toute la main d'oeuvre de la coopérative sera affectée à la reconstruction d'un pont qui a été récemment détruit par les inondations durant la saison des pluies. C'est l'époque des semailles pour la coopérative. Que feriez-vous ?

Choix

- A. Persuader les chefs de changer leurs priorités au moins pour pouvoir faire les semailles annuelles dans les champs potagers.
- B. Aider la direction à identifier des alternatives autres que choisir entre la récolte de légumes et le pont.
- C. Aider le directeur de la coopérative locale à développer des stratégies pour tenter de faire changer d'avis aux chefs locaux.
- D. De se joindre aux travaux de réparation du pont pour le terminer à temps pour pouvoir aussi planter les champs de légumes.

SITUATION No.3

Vous arrivez aux derniers six mois de votre séjour. On ne sait pas si vous allez être remplacé par un autre bénévole. Le comité local chargé des projets vous presse pour terminer un projet d'irrigation par gravité avant votre départ. Vous n'êtes pas sûr de pouvoir terminer dans les temps alloués. Comme allez-vous faire face à cette pression ?

Choix

- A. Essayer de travailler aussi dur que possible pour terminer le projet.
- B. Organiser une réunion de planification avec le comité local chargé des projets et le personnel pour mettre au point d'autres stratégies.
- C. Se concentrer sur le développement de la compétence du personnel local travaillant sur le projet pour leur permettre de terminer le projet après votre départ.
- D. Renvoyer le dilemme aux dirigeants du personnel local travaillant sur le projet et les encourager à résoudre le problème et vous dire quoi faire.

SITUATION No.4

Un nouvel homologue a été affecté à votre projet de production d'aliments. Le nouvel homologue n'a pas les relations avec les représentants locaux du district qu'avait le précédent et ne semble pas capable d'utiliser ses relations pour obtenir les facteurs de production requis. Si vous n'obtenez pas les facteurs requis bientôt, il pourrait en résulter de graves pénuries d'aliments. Que feriez-vous ?

Choix

A. Utiliser vos anciennes associations par le truchement de l'ancien homologue pour être sûr que les facteurs de production requis arriveront à temps.

B. Développer une stratégie avec un nouvel homologue pour fournir des introductions et des contacts permettant au projet d'obtenir à temps les données.

C. Demander au nouvel homologue d'essayer de trouver un moyen d'obtenir les données nécessaires.

SITUATION No. 5

Vous venez de reprendre un projet de production agricole genre "révolution verte" avec une orientation "fermier le plus prometteur". Il y a deux fermiers très progressistes qui utilisent les nouvelles technologies et agrandissent de façon importante leur terres cultivées. Le leadership du village prédit des périodes de pénurie voire même de famine pour l'année prochaine si la production alimentaire n'augmente pas de façon importante. Sur quoi allez-vous passer le plus de temps ?

Choix

A. Sur l'augmentation de la production alimentaire par n'importe quels moyens, y compris les fermiers progressistes comme fermiers "modèles" pour les autres.

B. Maintenir un équilibre entre encourager les fermiers progressistes et travailler directement avec des fermiers plus traditionnels.

C. Organiser les fermiers traditionnels et les former à de nouvelles pratiques agricoles.

D. Identifier pourquoi les fermiers traditionnels n'adaptent pas de nouvelles pratiques agricoles.

SITUATION No. 6

Le village où vous avez été affecté a un projet apicole en cours et est hautement motivé à ce sujet. Votre tâche est une tâche générale agricole mais vous en savez beaucoup sur l'apiculture et voyez plusieurs façons d'améliorer leur projet qui connaît déjà un certain succès. Ils ne semblent pas vouloir utiliser vos capacités dans ce domaine. Comment allez-vous réagir ?

Choix

A. Parlez aux chefs du village et du projet en précisant certaines de vos idées sur l'amélioration du projet et en suggérant un changement de tâche en ce qui vous concerne.

B. Faire des suggestions de temps en temps, de façon informelle, démontrant ainsi votre compétence en ce domaine.

C. Faire part de votre dilemme à vos homologues, recherchez leurs conseils et suivez-les.

D. Continuez votre tâche comme prévu, en restant à l'éveil de toute opportunité future pouvant être utile de façon informelle à l'apiculture.

SITUATION No.7

Vous entamez la seconde année de votre contrat d'enseignement de deux ans. Vous avez été capable d'introduire des méthodes innovatrices et les étudiants et les confrères de la faculté ont

bien répondu et ont commencé à les adopter. Certains étudiants se sont "épanouis" sous votre direction. Quelles sont vos priorités pour les huit prochains mois ?

Choix

- A. Se concentrer sur les étudiants qui se sont épanouis et en amener davantage sous votre aile.
- B. Organiser des séminaires spéciaux de formation d'enseignants pour élargir et approfondir les innovations déjà adoptées.
- C. Rechercher des opportunités pour enseigner avec les homologues afin de solidifier les innovations déjà adoptées.
- D. Commencer une retraite prévue pour réduire la dépendance vis à vis de vous afin de maintenir les innovations adoptées.

SITUATION No. 8

Vous êtes un spécialiste de la santé et de la nutrition pour un dispensaire communautaire avec une tâche très vague et générale. Vous êtes accablé par les besoins qui vous entourent, mais vous ne savez pas par où commencer. Le directeur du dispensaire semble être content de vous avoir mais n'a fourni aucune directive spécifique. Comment allez-vous commencer?

Choix

- A. Evaluer votre matière la plus forte et faire une proposition concrète au directeur pour éclaircir votre rôle.
- B. Demander à voir le directeur pour exploiter ensemble les priorités du dispensaire et constater où vous pouvez être le plus utile.
- C. Demander à vos homologues (votre homologue) si vous pouvez les observer pendant un mois en vue d'identifier les domaines où votre compétence peut apporter un complément à la leur.
- D. Mener une évaluation des besoins de la communauté et développer votre rôle pour répondre aux besoins de la communauté.

SITUATION No. 9

Vos homologues deviennent de plus en plus dominateurs durant les réunions des projets communautaires. Au fur et à mesure que leur confiance et leur compétence ont grandi, vous leur avez accordé davantage de responsabilités ; mais il vous semble que les autres membres du comité sont de plus en plus réservés en ce qui concerne le projet. Vous voulez construire une équipe forte pour le projet, plutôt que des homologues puissants. Que devriez-vous faire ?

Choix

- A. Soulever la question directement avec vos homologues et offrir de diriger la prochaine réunion du comité pour démontrer les techniques de leadership de participation.
- B. Apporter une aide dans la planification de la prochaine réunion et faire des suggestions spécifiques aux homologues sur la façon de modifier le comportement du leadership.

C. Etre à l'affût des opportunités pour fournir des informations en retour, poser aux homologues des questions sur la façon dont ils pensent que les réunions se déroulent et renforcer le comportement de participation.

D. Laisser la situation tranquille et compter sur la communauté pour faire des remarques sur le comportement dominateur des homologues; ensuite renforcer l'offre d'aide.

SITUATION No. 10

Votre homologue n'a pas de compétence particulière, n'est pas très expérimenté et s'intéresse modérément à votre projet. Il ou elle ne pense pas que le projet avancera sa propre carrière. Le village, toutefois, s'intéresse au projet. Comment allez-vous traiter cette situation ?

Choix

A. Essayer de faire réaffecter l'homologue et reprendre temporairement la direction du projet jusqu'à ce qu'une nouvelle personne soit affectée.

B. Passer quelque temps avec l'homologue à essayer d'identifier de nouveaux moyens grâce auxquels son rôle dans le projet puisse répondre aux objectifs du projet et à ses aspirations professionnelles.

C. Travailler avec l'homologue sur les objectifs professionnels et l'aider à développer une stratégie lui permettant de les poursuivre, y compris abandonner le projet, si cela s'avère approprié.

D. Faciliter une réunion entre les chefs de la communauté et l'homologue pour voir s'ils peuvent trouver une solution mutuellement satisfaisante au problème.

FICHE DE RESULTATS

Situation No. 1	A	B	C	D
Situation No. 2	A	B	C	D
Situation No. 3	A	B	C	D
Situation No. 4	A	B	C	D
Situation No. 5	A	B	C	D
Situation No. 6	A	B	C	D
Situation No. 7	A	B	C	D
Situation No. 8	A	B	C	D
Situation No. 9	A	B	C	D
Situation No. 10	A	B	C	D
TOTAUX				

Instructions :

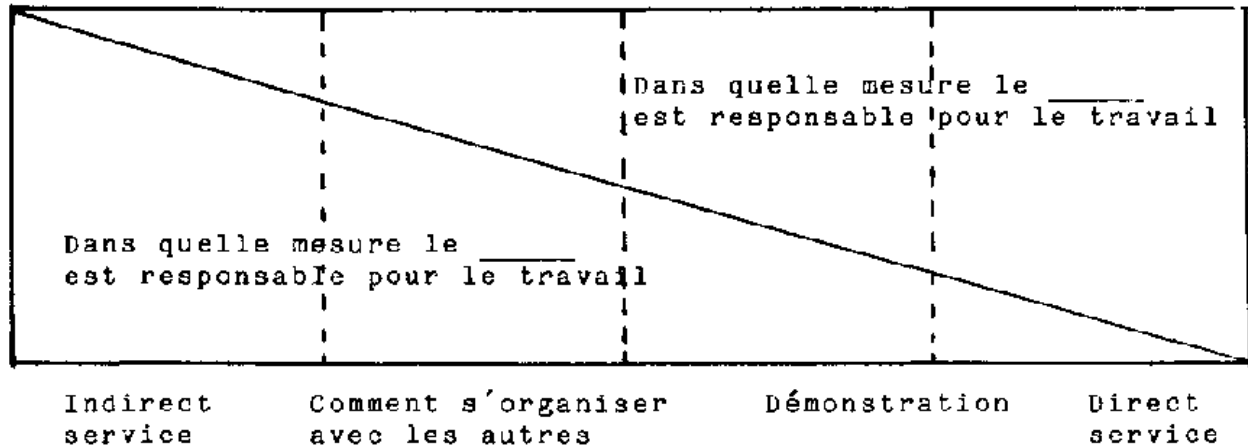
Donnez vos réponses pour chacune des 10 situations. Donnez un "4" à votre premier choix, un "3" à votre second choix, un "2" A votre choix suivant et un "1" à votre dernier choix dans chaque situation.

Quand vous avez répondu à tous les ensembles de choix, faites le total des nombres verticalement dans chaque colonne.

(Adapté d'après : The Role of the Volunteer In Development, P.C. December 1981, pp 67-82).

15B Styles de collaboration/travail du bénévole

Styles de collaboration/travail du bénévole



COLONNE A : SERVICE DIRECT

C'est une approche directe dans laquelle le bénévole fait la plus grande partie du travail, organise un projet, fournit un service là où il n'y en avait pas et prend en général l'initiative du travail. Dans la plupart des cas, cela signifie que le bénévole prend la responsabilité de l'action ou du projet, et qu'un homologue peut ou ne pas participer - et même s'il participe, il s'adressera au bénévole avant de décider d'une action et il suivra les directives du bénévole.

COLONNE B : DEMONSTRATION

Dans cette approche ou situation, le bénévole passe beaucoup de temps à faire des démonstrations aux autres, mais il passe aussi pas mal de temps à faire le travail lui-même. La plupart du temps la responsabilité est partagée avec un ou deux homologues. Le travail est une combinaison de service direct et de formation/démonstration, avec souvent, le bénévole partageant certaines des responsabilités avec une personnalité locale ou un homologue officiel.

COLONNE C : ORGANISATION MUTUELLE

Dans ce système, le bénévole encourage et stimule ses homologues et d'autres personnes au sein de la communauté, généralement - mais pas toujours - travaillant avec des gens plutôt que directement sur le projet lui-même. (NOTER : durant toute cette session nous utilisons le terme communauté dans son sens le plus général - ce peut-être une communauté scolaire, ou un bureau agricole, ou une ville ou la section d'une grande ville.) L'accent est placé sur l'établissement d'un "leadership" et le service consiste à aider un groupe ou une organisation à continuer la tâche. Le travail de base se passe dans les coulisses, et le bénévole se sert de son influence comme ressource indispensable pour développer des solutions alternatives que les gens choisissent ou trouvent eux-mêmes facilitant ainsi la formation et de temps en temps servant de modèle.

COLONNE D : SERVICE INDIRECT

Avec cette approche, le bénévole répond à toute une gamme de situations et de problèmes inhérents au travail du bénévole en aidant les autres à résoudre leurs propres problèmes ; il ne dirige pas le travail mais essaie d'aider les gens à définir et à re-définir leurs besoins ressentis. Il ne prête son aide que sur demande. Il se peut que le bénévole ne fasse que passer, quittant le projet pour faire autre chose et renforçant ainsi l'autonomie du groupe. Ce style de travail consiste principalement à clarifier les problèmes, poser des questions, écouter énormément et faciliter les rencontres.

15C Modèle de résolution d'un problème

Buckminster Fuller dit qu'un problème correctement énoncé est un problème résolu. De façon à bien énoncer un problème complètement, il faut réunir le plus d'informations utiles possibles. Le modèle suivant est conçu pour aider à définir le problème, à examiner tous ses aspects et trouver une solution acceptable aux conflits et défis qu'il présente.

Dans ce modèle on énonce d'abord le problème original. Ceci peut aussi être un objectif, un but ou une question.

Ensuite les facteurs liés au problème sont énumérés. Le problème peut être défini comme un équilibre temporaire entre des facteurs qui acceptent le changement et d'autres qui le restreignent. De façon à résoudre le problème, il faut rompre la tension ou l'équilibre. L'équilibre peut ressembler à un champ de forces : il est maintenu à l'état statique entre des forces en opposition qui exercent une pression ou un tirage. Tous les facteurs qui ont un rapport avec le problème sont énumérés. On dresse la liste des forces motrices en faveur de la résolution et la liste des facteurs qui font office de forces restrictives. Pour identifier les facteurs, posez les questions suivantes : Qui, Quoi, Pourquoi, Où, Quand et Comment.

On considère ensuite le problème redéfini ou re-énoncé. Une fois que tous les facteurs à la fois en faveur et contre la résolution sont identifiés, le vrai problème émerge. Ceci peut être simplement un nouvel énoncé ou un problème complètement différent basé sur les nouvelles informations recueillies en examinant les différents facteurs.

Des idées nombreuses et différentes naissent du remue-méninges: toutes les idées, suggestions et solutions possibles sont énoncées sans discrimination. Ceci sert ou bien à augmenter les forces en faveur de la résolution ou à diminuer les forces restrictives. La liste du remue-méninges peut comprendre des idées sensées, logiques ainsi que celles qui semblent farfelues ou pas réalisables du tout. Il ne faut pas oublier que la plupart des inventions importantes dans le monde sont nées d'une idée "étrange" qui a marché ! Donc, durant cette phase il faut s'abstenir de juger mais il faut dresser la liste de toutes les suggestions créatives sans tenir compte de leur apparence initiale.

Pour imaginer une solution au problème, il faut procéder à une sélection et une comparaison des différentes idées, produisant ainsi des solutions concrètes et potentiellement viables.

Chaque solution potentielle est évaluée pour déterminer son acceptation par ceux qu'elle affecte, Si la solution n'est pas acceptable, il faut essayer une autre solution. Si elle viable, alors elle est mise en oeuvre et le problème commence à être résolu.

La façon de se souvenir de ce modèle est de le nommer le modèle PFRISA :

O - Problème original

- F - Facteurs
- P - Redéfinition du problème
- I - Idées
- S - Solutions
- A - Acceptation

FICHE DE RESOLUTION DE PROBLEME

O - Problème original

F - Facteurs : forces motrices forces restrictives

R - Redéfinition du problème

I - Idées

S - Solution

A - Acceptation

(D'après : CPH International Inc., Staff Training Materials)

Annexe du moniteur

15A Analyse de styles

	Avantages/ Expériences satisfaisantes	Inconvénients/ Frustrations	Facteur de motivation pour adopter ce style
Styles de travail			
Service direct			
Démonstration			
Organisation mutuelle			
Services indirects			

Module 4 : Education: la santé

Objectifs de comportement

- Session 16**
- Session 17**
- Session 18**
- Session 19**
- Session 20**
- Session 21**
- Session 22**
- Session 23**

Session 24
Session 25
Session 26
Session 27
Session 28

Objectifs de comportement

A la fin de ce module les participants doivent pouvoir :

1. Identifier les pratiques de la communauté affectant la santé qui peuvent et doivent être modifiées ou renforcées grâce à l'éducation pour la santé en accomplissant ce qui suit :
 - Identifier les problèmes de santé prioritaires de la communauté,
 - Distinguer et donner la priorité aux pratiques de santé utiles par rapport à celles qui sont nuisibles, et faire la distinction entre les facteurs qui favorisent ou qui restreignent le comportement sanitaire.
2. Rédiger et critiquer deux objectifs d'éducation pour la santé selon les critères présentés à la Session 18.
3. Développer et critiquer un plan pour un projet d'éducation sanitaire qui suivent les directives données à la Session 20.
4. Définir le contrôle et donner la liste de plusieurs indicateurs qui aideront le personnel de santé à documenter les changements effectués dans le projet et à identifier les problèmes spécifiques à résoudre.
5. Expliquer deux types d'évaluation et mettre au point une liste de critères à utiliser pour évaluer les projets de santé communautaire.
6. Sélectionner correctement et utiliser les techniques appropriées pour raconter des histoires, utilisant des images pour stimuler la discussion et la démonstration d'objectifs spécifiques d'éducation pour la santé et un groupe cible particulier, selon les directives données à la Session 23.
7. Tirer ou adapter une aide visuelle en utilisant le tracé de façon à ce qu'elle soit conforme aux critères de conception énoncés à la Session 23 et appliquer les considérations culturelles énoncées aux Sessions 22 et 23.
8. Basé sur la discussion et l'étude de cas de la Session 25, décrire au moins trois façons dont les techniques des média de masse ont été utilisées avec succès dans les projets communautaires d'éducation pour la santé.
9. Prétester et adapter une aide visuelle ou un autre type de communication technique devant être utilisé dans la communauté suivant les directives données à la Session 26.
10. Planifier, mener et évaluer une session d'éducation pour la santé qui suit les quatre étapes du cycle expérimental d'instruction et est conforme aux critères de bonne expérience éducative décrite à la Session 23.
11. Planifier et mettre en oeuvre une "journée de santé" avec toute une série d'événements pour éduquer les gens locaux sur la santé. Les événements peuvent incorporer une variété de

méthodes et matériel de promotion et démontrer une compétence technique dans les activités de soins de santé primaires à la satisfaction du moniteur.

Session 16

Prospectus **Annexe du moniteur**

Prospectus :

16A Introduction a l'éducation pour la santé

16B Le processus d'éducation pour la santé

16C Problème d'éducation pour la santé

16A Introduction a l'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est un procédé par lequel les changements de comportement sont affectés. Les problèmes de santé sont enracinés dans des comportements spécifiques : changer ces comportements changera le statut sanitaire de la communauté.

Il y a deux éléments clés dans l'éducation pour la santé. D'abord, l'éducation pour la santé implique la résolution des problèmes de la communauté. Le changement de comportement ne se produira probablement pas dans des programmes conçus par des organisateurs venant de l'extérieur ; plutôt, il dépend de l'implication directe et en cours de la communauté. Les membres de la communauté doivent identifier leurs besoins, définir leurs problèmes, participer à l'identification des objectifs des programmes, les priorités et les méthodes, et prendre part au développement des ressources et activités du programme. Cet engagement de la communauté est le fondement de tout programme effectif.

Ensuite, l'éducation pour la santé implique des systèmes communautaires, Les problèmes de santé des pays en développement sont provoqués par le jeu complexe de nombreux facteurs agissant les uns sur les autres. Le plus apparent immédiatement est peut être le manque d'information sur la maladie et comment protéger la santé, le manque de services de santé appropriés, un mauvais assainissement, la malnutrition et la pauvreté. Un programme d'éducation pour la santé doit incorporer tous ces facteurs et tous les autres qui y sont liés et qui contribuent au problème de santé particulier que l'on adresse. Pas plus que le programme ne peut être limité aux individus dont le comportement doit être changé. Il doit aussi inclure les amis, la famille, les chefs de la communauté et/ou les institutions qui influencent la décision de l'individu sur la façon de se comporter. Par exemple, un programme destiné à empêcher les jeunes de fumer doit être dirigé non seulement vers les jeunes fumeurs individuels mais aussi vers les groupes de jeunes qui poussent à fumer, vers les parents de ces jeunes qui les encouragent peut-être à fumer en fumant eux-mêmes, vers les agences de publicité qui dépeignent le fait de fumer comme entouré d'éclat, vers les magasins qui vendent des cigarettes aux mineurs, et les activités récréatives qui peuvent encourager à fumer, etc. En somme, un programme d'éducation pour la santé doit incorporer et travailler avec tous les systèmes communautaires s'y rapportant.

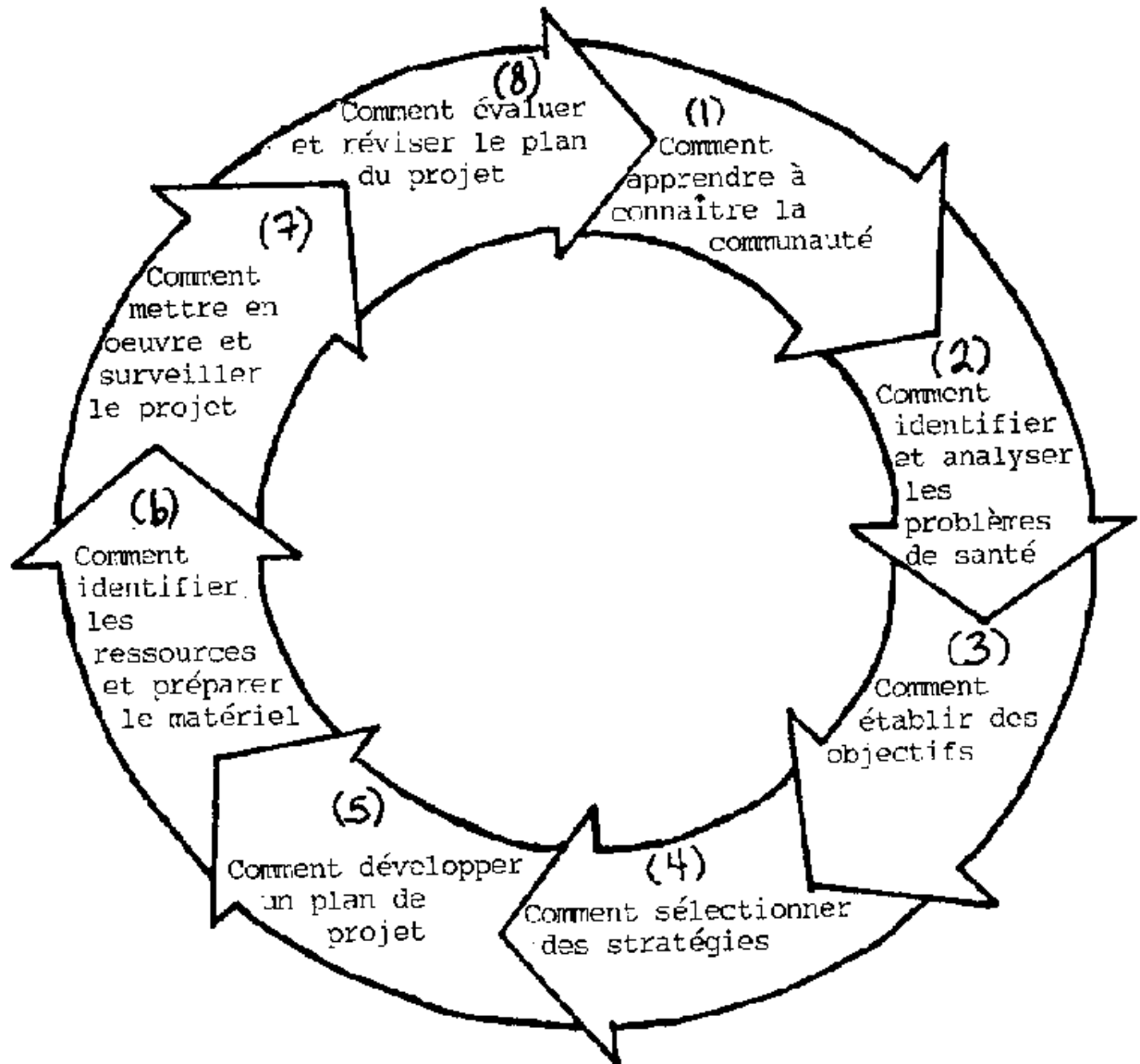
Votre rôle dans le processus d'éducation changera selon la tâche. Il se peut que vous soyez le catalysateur qui suscite la conscience et le désir d'agir sur un problème ; il se peut que vous

organisez un groupe pour adresser un problème ; il se peut que vous dirigiez des discussions de groupe ; ou que vous aidiez les gens à apprendre les techniques de résolution des problèmes ; que vous aidiez à situer et mobiliser les ressources ; que vous enseigniez les techniques spécifiques à un projet. Vous devez être en mesure de mettre au point des équipes interdisciplinaires employés supplémentaires, enseignants, personnel de santé du dispensaire pour travailler sur des problèmes communs. Puisque les problèmes de santé sont intégralement liés aux questions plus larges de développement communautaire, le travail dans un secteur a des répercussions sur tous les autres. L'approche d'une équipe peut multiplier les ressources disponibles pour un projet communautaire ainsi qu'établir mutuellement des programmes de renfort du développement de la communauté et du changement de comportement.

(D'après: Community Health Education in Developing Countries, p.1.)

16B : Le processus d'éducation pour la santé

Le processus d'éducation pour la santé



(Développé par : CHP International under Peace Corps Contract No. PC-284-1011.)

16C Problème d'éducation pour la santé

Votre tâche consiste à utiliser les étapes du processus d'éducation pour la santé afin d'établir un plan pour résoudre le problème de santé décrit ci-dessous. D'abord décidez en gros comment résoudre le problème puis utilisez les étapes pour développer un plan plus systématique. Décidez de l'ordre dans lequel vous allez suivre les étapes et soyez prêt à expliquer pourquoi tel est l'ordre suivi.

La situation du problème

Une bénévole de la santé vient d'arriver au poste de santé auquel elle est affectée. Son homologue, une infirmière sage-femme est responsable du poste de santé, elle est amicale et contente d'avoir de l'aide car elle est le seul agent de santé de la communauté. La communauté a de nombreux problèmes, en particulier la diarrhée infantile. De nombreux bébés sont morts de déshydratation à la suite de la diarrhée. Les mères n'ont jamais entendu parler d'un mélange de sel et de sucre à donner à leurs enfants pour éviter la déshydratation. A la place, elles ont tendance à ne pas donner de nourriture ni de liquides, y compris le lait maternel, quand la diarrhée commence. L'assainissement est médiocre. L'eau est récoltée d'un ruisseau dans lequel les gens et les animaux marchent et font leurs besoins. Les femmes lavent le linge également dans le ruisseau. Il n'y a pas de toilettes dans la communauté et les gens ne voient pas l'intérêt d'utiliser les quelques maigres ressources pour en construire. Puisque l'eau semble sale, les gens fréquemment ne se lavent pas les mains avant de toucher aux aliments. Il y a une école dans le village. L'instituteur s'inquiète des problèmes de santé de la communauté et aimerait aider à les résoudre. Les chefs de la communauté reconnaissent aussi le problème des nombreux décès infantiles mais n'ont jamais prévu quoique ce soit pour y mettre fin. Les parents s'inquiètent et craignent que de mauvais esprits ne vivent parmi eux. L'infirmière sage-femme a tenu des registres sur le traitement et les décès des enfants déshydratés. Il n'y a pas de route praticable pour les véhicules allant au village. Les gens qui ont de sérieux problèmes de santé doivent aller au centre de santé régional (un trajet de deux jours à pied) pour se faire soigner. Il n'y a pas d'électricité. Le sucre et le sel sont disponibles mais en quelque sorte chers. Le poste de santé a quelques affiches et l'école locale du papier, de la peinture et des ciseaux.

(Développé par : CHP International under Peace Corps Contract No. PC-284-1011.)

Annexe du moniteur :

16A Les objectifs de l'éducation pour la santé

16B Solution échantillon au problème d'éducation pour la santé

16A Les objectifs de l'éducation pour la santé

Adaptez les exemples suivants et copiez-les sur des morceaux de papier journal pour les utiliser lors de l'activité décrite à l'étape 1. Assurez-vous que tous les groupes ont les mêmes exemples d'objectifs, de façon à ne pas débattre sans nécessité sur des objectifs également acceptables. Vous avez besoin de 28 bouts de papier en tout. Divisez-les en quatre piles de façon que chaque groupe ait 7 bouts de papier.

Voici les objectifs de l'éducation pour la santé de la communauté :

- Aider les gens à devenir indépendants pour régler leurs problèmes de santé
- Adresser les désirs, les besoins, les ressources et le contexte social des gens
- Travailler avec les communautés et les familles ainsi qu'avec les individus
- Considérer le bien-être psychologique, social et physique
- Contribuer aux objectifs des soins de santé primaires
- Encourager les gens à vouloir être en bonne santé
- Apprendre aux gens comment rester en bonne santé
- Encourager les gens à se faire aider par les employés sanitaires quand nécessaire.
- Renforcer la santé et les techniques d'enseignement des employés sanitaires
- Fournir les informations sanitaires appropriées acceptables culturellement et socialement
- Baser les activités sur une planification, une évaluation et un contrôle soigneux, en utilisant des objectifs mesurables.
- Mettre l'accent sur la participation active des élèves.

16B Solution échantillon au problème d'éducation pour la santé

Etape 1 : Comment apprendre à connaître la communauté

Que se passe-t-il ?

Apprendre à connaître les objectifs des problèmes de la communauté, les conditions locales, le leadership, les lignes de communications.

Qui le fait ?

Les employés sanitaires, les chefs de la communauté et, les autres,

Résultat

Sommaire des problèmes de santé dans la communauté

Exemple

Une bénévole de la santé nouvellement arrivée à un poste de santé rural, parle à son homologue, à l'infirmière sage-femme responsable du poste, aux chefs locaux, et aux autres personnes de la communauté au sujet de leurs perceptions et croyances sur les problèmes de la santé dans la région. Elle regarda autour d'elle et vit des sources d'eau sale, pas de toilettes, et trouva que les gens ne se lavaient pas les mains avant de toucher à la nourriture. Elle apprit aussi comment bien se conduire dans le village, les styles de communication et quels genres de sujets elle pouvait aborder et avec qui. Elle étudia les dossiers au poste de santé et trouva de nombreux cas de diarrhée infantile et de décès dûs à la déshydratation.

Etape 2 : Comment identifier et analyser les problèmes de santé

Que se passe-t-il ?

Identifiez les problèmes prioritaires. Déterminez les, comportements probables et les conditions étant la cause du problème. (Qui a les problèmes ? Qui d'autre est affecté par eux ? Qui les perçoit comme étant des problèmes ? Quand est-ce un problème ?)

Identifiez ce qui peut être changé grâce à l'éducation pour la santé et qui doit être impliqué.

Qui le fait ?

Les employés sanitaires, les chefs de la communauté et les autres. Résultat Dressez la liste des problèmes prioritaires.

Exemple

Elle discuta ses observations et ses conversations avec son homologue et elles décidèrent de rencontrer les chefs locaux afin de discuter des problèmes. Les chefs et les employés sanitaires dressèrent la liste des problèmes et identifièrent ceux qui étaient les plus importants pour la communauté et qui pouvait vraisemblablement être résolu en utilisant les ressources de la communauté. Ils décidèrent que l'assainissement médiocre de la communauté était un projet à

long terme qui nécessitait une action mais ne pouvait fournir des résultats immédiats. Ils décidèrent aussi que le problème des décès infantiles dûs à la déshydratation provoquée par la diarrhée était un problème qui provenait du mauvais assainissement et qui pouvait être réduit à court terme en apprenant aux mères à donner des solutions de sel et de sucre à leurs enfants quand ils ont la diarrhée. Des pratiques dangereuses telles que ne pas donner à boire pendant la diarrhée ou toucher la nourriture sans se laver les mains (ajoutez quelques exemples de pratiques locales) étaient aussi considérées comme des domaines à problèmes où des interventions éducatives étaient requises.

Etape 3 : Comment établir les objectifs

Que se passe-t-il ?

Etablissez des objectifs mesurables, évaluez les obstacles potentiels et passez en revue les objectifs.

Qui le fait ?

L'agent de santé, les chefs de la communauté et d'autres personnes de la communauté.

Résultats

Objectifs mesurables par ordre de priorité.

Exemple

Les employés sanitaires et les chefs locaux établissent les objectifs suivants pour résoudre les problèmes identifiés :

- Réduire la mortalité infantile due à la déshydratation de 60% (dans l'année).
- Enseigner et motiver 60% des personnes qui prennent soin de l'enfant (mères, grand-mères, autres personnes de la famille) à mélanger correctement et utiliser la solution de sel et de sucre quand les enfants ont la diarrhée (dans les six mois).
- Enseigner 60% des familles de la communauté à se laver les mains avant de toucher la nourriture.

Ils discutèrent le problème de manque d'ustensiles de mesure uniformes pour les solutions de sucre et de sel et décidèrent qu'ils pouvaient surmonter cela en apprenant aux mères à utiliser certaines tailles de verre et un bouchon de bouteille pour mesurer. Ils discutèrent également du manque d'eau propre rendant la pratique d'une bonne hygiène difficile et s'accordèrent sur le fait que cet obstacle nécessitait des ressources additionnelles que la communauté devrait réunir.

Etape 4 : Sélectionner des stratégies

Que se passe-t-il ?

Décidez quelle organisation, formation et communication sont nécessaires à la communauté pour accomplir les objectifs.

Qui le fait ?

Les employés sanitaires, les chefs et autres personnes de la communauté.

Résultat

Stratégie intégrée pour accomplir les objectifs.

Exemple

Les chefs de la communauté et les employés de la santé décidèrent des stratégies suivantes :

- Former un comité de santé de la communauté pour réaliser et contrôler le projet.
- Organiser des démonstrations sur la façon de mélanger la solution de sel et de sucre avec les mères qui viennent en visite au dispensaire.
- Organiser des démonstrations et autres activités non formelles avec les enfants de l'école pour leur enseigner les SRO et les questions d'hygiène personnelle /assainissement.
- Organiser une foire sanitaire dans la communauté sur le nettoyage de la communauté et pour

stimuler l'intérêt à construire et utiliser des latrines correctement.

- Organiser des visites à domicile dans les familles qui souhaitent construire des latrines.
- Placer des affiches avec d'importants messages SRO dans les dispensaires et autres installations publiques.

Etape 5 : Comment préparer un plan de projet

Que se passe-t-il ?

Développez des stratégies pour en faire des objectifs et des activités spécifiques. Programmez les activités en relation avec la durée du projet.

Analysez les ressources disponibles ou les activités.

Donnez des responsabilités pour mener à bien les activités. Mettez au point un plan permettant de contrôler et d'évaluer le projet.

Qui le fait

Les agents de santé, les membres de la communauté, le comité sanitaire.

Résultat ?

Plan du projet de l'éducation pour la santé.

Exemple

Les agents de santé et les chefs de la communauté formèrent un comité sanitaire composé des membres de la communauté, du personnel de l'école et du personnel du poste de santé. Le comité sanitaire et les agents de santé prirent les stratégies de l'éducation et réalisèrent un plan pour chaque événement. Ils mirent au point également un plan pour contrôler et évaluer chaque événement et le projet en entier. Ils calculèrent combien de matériel et de fournitures seraient requises et comment la plus grande partie des coûts serait couverte par la communauté. De plus, ils programmèrent les activités et répartirent les responsabilités parmi différents membres de la communauté. Le comité organisa une réunion à laquelle assista toute la ville et présenta l'idée d'une foire de la santé pour améliorer l'assainissement et disséminer les informations sur les bonnes pratiques d'hygiène. Ils recrutèrent des bénévoles pour le projet de construction des latrines et obtinrent de petites donations des entreprises pour les fournitures.

Etape 6 : Comment identifier les ressources et préparer le matériel

Que se passe-t-il ?

Analysez et sélectionnez les ressources humaines et physiques pour la réalisation des activités planifiées. Trouvez ou préparez le matériel et les techniques. Adaptez le matériel basé sur le prétest.

Qui le fait ?

L'employé sanitaire et/ou l'artiste travaillant avec les membres de la communauté, les membres du comité sanitaire.

Résultat

Les organisateurs doivent diriger les activités prétestées, revoir le matériel éducatif, identifier les sources de construction du matériel.

Exemple

L'infirmière sage-femme, le bénévole de la santé et l'instituteur sont d'accord pour avoir la responsabilité de diriger les activités d'éducation pour la santé au sein de la communauté et à l'école. L'instituteur donne un projet à faire aux élèves plus âgés qui consiste à mettre au point des affiches sur l'hygiène et l'assainissement. Le bénévole les aida à prétester le matériel dans la communauté. Les élèves plus jeunes mirent au point un théâtre de marionnettes. Le comité sanitaire commença à développer le matériel et à orienter les organisateurs vers la foire de la santé. Ils identifièrent aussi des sources d'équipement et de matériaux pour la construction des latrines.

Etape 7 : Comment réaliser et surveiller le projet

Que se passe-t-il ?

Réaliser le plan du projet. Surveillez le projet. Modifiez les activités avec l'aide des employés sanitaires.

Qui le fait

Les membres de la communauté avec l'aide des agents de santé.

Résultat

Activités réalisées. Plan modifié pour améliorer le projet.

Exemple

Le comité de la santé démarra le projet avec la foire de la santé, et entraîna de nombreux membres de la communauté dans les préparations. Les gens responsables de certaines sessions spécifiques travaillèrent avec le bénévole de la santé pour améliorer leurs techniques de communications et en savoir davantage sur les sujets traitant de la santé. Le bénévole de la santé et l'infirmière-sage femme ont assisté aux sessions et ont fait office de conseillers pour les questions portant sur la santé. A la fin de chaque session, un moment fut réservé pour demander aux participants ce qu'ils avaient appris au cours de la session et comment ils pouvaient l'utiliser. Le bénévole et l'infirmière placèrent les affiches d'information tout autour de la ville et s'assurèrent que les membres de la communauté les comprenaient bien. Certaines révisions furent nécessaires. Le bénévole et l'infirmière firent des visites à domicile pendant toute la durée du projet, à la suite des sessions d'éducation pour la santé, répondant aux questions et évaluant dans quelle mesure les "élèves" arrivaient à se familiariser avec le maniement du mélange sucre-sel quand cela était nécessaire et si elles pratiquaient une bonne hygiène. Les bénévoles pour la construction des latrines commencèrent à rendre visite aux familles intéressées afin d'organiser le processus de construction. On passa en revue le matériel fournissant les informations sur la façon d'utiliser et d'entretenir les latrines.

Etape 8 : Comment évaluer et réviser le plan du projet

Que se passe-t-il ?

Observez, interviewez, consultez les dossiers de santé pour déterminer :

- Où les objectifs sont accomplis ?
- Est-ce que les causes du problème ont changé ?
- Le problème a-t-il été résolu
- Comment le projet peut-il être amélioré ?

Qui le fait ?

Le comité de la santé assisté des employés sanitaires.

Résultat

Activités de suivi pour réaliser les objectifs.

Assurer une amélioration définitive dans le domaine de la santé.

Plan du projet passé en revue ainsi que les plans des sessions.

Exemple

Au bout d'une année, le comité de santé évalua dans quelle mesure les objectifs avaient été accomplis pour la période de temps considérée, et modifièrent leur plan en se basant sur leurs résultats. Ils trouvèrent que certaines mères n'utilisaient pas la solution de sucre/sel correctement et que de nombreuses gens n'entretenaient pas leurs latrines proprement. D'autres n'avaient pas construit de latrines.

La pénurie d'eau rendit la pratique d'une bonne hygiène difficile bien que les gens sachent quoi faire.

L'agent de santé rendit visite aux mères à la maison pour revoir le mélange de la boisson spéciale (sel-sucre) et l'instituteur travailla avec les enfants sur la façon d'apprendre aux autres enfants à connaître la boisson spéciale.

Les chefs du village travaillèrent avec les bénévoles pour former un comité chargé de réunir les fonds pour améliorer une source d'eau et obtenir l'assistance technique de la division de l'eau et de l'assainissement du bureau régional du ministère de la santé.

(Développé par : CHP International under Peace Corps Contract No. PC-284-1011.)

Session 17

Prospectus

Annexe du moniteur

Prospectus :

17A Comment définir le problème de santé

17B Fiche d'analyse du problème de santé

17A Comment définir le problème de santé

La première exigence afin d'apporter des changements consiste pour ces gens à accepter le fait qu'il y ait un problème et qu'il faille faire quelque chose à ce sujet. Le défi est simplement d'éviter de chercher les choses que font les gens et qui sont insalubres. Cherchez la signification des pratiques existantes. Par exemple, il se peut que vous trouviez que les femmes de la communauté utilisent les berges d'une rivière ou une mare pour aller aux toilettes et vous essayez de convaincre la communauté de construire et d'utiliser des toilettes privées. Cet effort pourrait échouer facilement si on ne fournit pas un nouveau moyen pour les femmes de se retrouver et de papoter chaque matin, comme par exemple, au puits.

Dire qu'il y a un problème de santé est une déclaration très générale qui couvre de nombreuses situations spécifiques. De façon à planifier votre travail, d'établir des objectifs et d'entrer en action, vous devez être en mesure de définir le problème spécifique sur lequel vous souhaitez travailler.

Pour vous aider à le définir et impliquer la communauté, parlez aux chefs locaux et aux villageois. Posez des questions pour tenter de savoir comment ils voient la situation sanitaire. Partez des généralités pour en venir aux problèmes spécifiques que vous avez à l'esprit. Par exemple, si vous avez trouvé un environnement insalubre lors de votre étude de la communauté, vous pouvez contacter les chefs et procéder comme suit :

1. "Quel genre de choses ont besoin d'être faites dans le village ?"
2. "Quelles sont les maladies le plus répandues dans ce village ?"
3. "Quelle est la principale cause des décès ?" "Y-a-t-il de nombreux enfants au-dessous de cinq ans qui meurent ? Si c'est le cas de quoi meurent-ils ?"

4. "Ont-ils la diarrhée, la dysenterie, le choléra, la typhoïde, des vers dans ce village ? Par quoi sont provoquées ces maladies ?"
5. Y-a-t-il de nombreuses latrines dans le village ? Qu'utilisent les gens ?"
6. "A-t-on jamais pensé construire des latrines ?"
7. "Pourquoi est-ce que certaines personnes refusent de les utiliser ?"
8. "Si ces maladies pouvaient être stoppées en grande partie si les gens eux-mêmes le souhaitent, est-ce que les gens du village accepteraient de s'organiser ensemble pour se débarrasser de la diarrhée, du choléra, des vers, etc..?"

Les problèmes que vous avez déjà découverts lors de l'enquête formelle dans le village peuvent être comparés aux vues exprimées de façon informelle par ce type de questions. En fait, la plus grande partie des informations essentielles a peut-être été déjà réunie alors que vous faisiez connaissance avec la communauté.

C'est désormais au comité de la santé de poursuivre l'identification et la définition des problèmes. Voici quelques questions qui peuvent l'aider à définir des problèmes de santé spécifiques:

- Quelle est la nature du problème ? Quelle est la situation du problème, le comportement ou la condition ?
- Quelle est l'étendue du problème ? La situation est-elle sans issue ? Dans quelle mesure le problème est-il significatif pour la communauté ?
- Qui est affecté par le problème ? Quels sont les groupes ou les individus qui sont affectés ?
- Quelles sont la taille, les caractéristiques et la nature du groupe "cible" ?
- Où le problème se présente-t-il ? Quel secteur géographique est affecté ? Quelle est sa taille et sa nature ?
- Depuis combien de temps le problème existe-t-il ? S'améliore-t-il ou non ?
- Dans quelle mesure les gens seraient-ils prêts à contribuer, en travail, en argent, en terrain pour un puits, en sable pour le ciment, en main d'oeuvre, etc..?

(Community Health Education in Developing Countries pp. 19-29)

17B Fiche d'analyse du problème de santé

1. Identifiez les problèmes prioritaires qui affectent la santé.

a) Énoncez quatre problèmes de santé.

b) Posez les quatre questions ci-dessous pour chaque problème de santé.

Problème de santé

1. Affecte-t-il de nombreuses personnes?
(est-ce un problème courant ?)

2. Est-ce que de nombreuses personnes pensent que c'est un problème ?
(est-il généralement reconnu comme un problème ?)

----- 3. Provoque-t-il de nombreux décès ou de sérieuses maladies ?
(est-ce un problème grave ?)

----- 4. Peut-il être résolu en utilisant les ressources de la communauté ?
c) Sélectionnez le problème qui a la plus haute priorité. (Assurez-vous que la réponse à la question 4 est oui.)

2. Considérez les causes du problème, en particulier les choses que les gens de la communauté font et qui affectent le problème en l'augmentant ou le réduisant. Remplissez les réponses aux questions dans l'espace ci-dessous.

Problème prioritaire	Provoqué par quoi ?

3. Qui fait quelque chose pour aider à réduire le problème ? Quelles sont les raisons de ces pratiques ? Quelles sont les pratiques qui sont les plus importantes à encourager ? Pourquoi ? Comment peut-on encourager ces gens à continuer ces pratiques ?

Pratiques salutaires	Qui fait cela?	Peut-on les encourager? Comment ?

4. Quelles genres de pratiques augmentent le problème ? Qui fait cela ? Quelles sont les pratiques qui doivent être changées en premier lieu ? (qui ont le plus d'effet sur le problème et qui vraisemblablement changeront grâce à l'éducation pour la santé ?)
Peut-on changer les pratiques de ces gens ? Comment ?

Pratiques nuisibles	Qui fait cela ?	Peut-on changer cette pratique ? Comment ?

5. Avec quels groupes et individus peut-on travailler dans la communauté pour aider ces gens à changer le comportement nuisible et encourager le comportement salubre ?

Groupes /individus	Comment peuvent-ils aider

6. Résumez vos conclusions sur grande feuille de papier journal de façon à pouvoir les partager avec les autres groupes.

Annexe du moniteur :

17A Comment sélectionner les problèmes de santé importants

17B Exemples de définition d'un problème

17C Comment identifier les groupes cibles pour l'éducation pour la santé

17A Comment sélectionner les problèmes de santé importants

Qu'est-ce qu'un problème ?

Voici deux définitions bien utiles d'un problème:

- un problème est l'écart perçu entre ce qui est et ce qui devrait être.
- un problème est une difficulté ou un obstacle existant entre une situation actuelle et un objectif futur souhaité.

Il est important d'admettre que les gens considèrent (perçoivent, ressentent) les problèmes différemment.

Par exemple:

La source d'approvisionnement en eau d'un village est polluée, ce qui peut provoquer des crises de diarrhée.

C'est une situation.

Si les villageois n'admettent pas que l'eau est polluée ou qu'elle est la cause des diarrhées, pour eux cette situation n'est pas un problème.

Mais l'agent de santé "voit" ou perçoit l'écart entre ce qui est et ce qui devrait être. Cet écart est un problème, au moins pour l'agent de santé.

Un "problème" vu par une agent des services de santé.



Il est important de définir clairement un problème car autrement la solution proposée risque de ne pas être la bonne. Beaucoup de problèmes de santé ont plusieurs causes. Comme on prend facilement une cause pour un problème, on risque de la supprimer sans pour autant résoudre le problème.

Considérons les points suivants:

1. Beaucoup de gens ont la diarrhée
2. Le puits est pollué
3. Il y a trop de mouches
4. Il manque de latrines
5. Les gens ont besoin d'éducation de santé.

Où est le problème?

Le problème est que "beaucoup de gens ont la diarrhées. Les points 2, 3, et 4 en sont des causes possibles.

Si on pose comme problème que "l'on manque de latrines" et qu'on n'essaie de résoudre le problème qu'en améliorant cet aspect, la diarrhée ne disparaîtra pas car elle peut continuer d'être transportée par les mouches ou de l'eau polluée.

Quand on analyse un problème, il faut :

- le définir;
- en trouver toutes les causes principales;
- rechercher des moyens de supprimer ces causes.

Pour choisir les problèmes importants, il est bon de tous les répartir sous les rubriques suivantes :

1. Maladies ou problèmes de santé ex :

- paludisme
- malnutrition
- maladies respiratoires
- diarrhée

2. Problèmes inhérents au service de santé ex :

- insuffisamment de médicaments
- manque de personnel qualifié
- difficultés pour desservir les régions éloignées

3. Problèmes de communauté ex :

- mauvais approvisionnement en eau
- pas d'instruction primaire
- éloignement des soins
- mauvaise récolte deux années de suite
- la population masculine quitte le pays pour travailler en usine

L'agent de santé est toujours confronté à plus d'un problème à la fois et il ne peut pas tous les résoudre aussitôt. Il lui faut donc les étudier et donner la priorité aux plus importants, c'est-à-dire s'y attaquer d'abord. C'est à eux surtout que seront affectées les ressources.

Quand on veut choisir les problèmes prioritaires, il faut en rechercher soigneusement les causes réelles, surtout s'il s'agit d'établir un programme de santé. Le meilleur remède de beaucoup de problèmes de santé, c'est une nourriture meilleure et plus abondante, de l'eau propre, l'instruction

et des maisons solides et sûres. Il est donc important, dans la recherche des causes, de regarder aussi en dehors du domaine de santé.

L'un des moyens de déterminer les priorités est d'appliquer des critères. Un critère est un principe ou une norme d'après laquelle on peut mesurer ou juger quelque chose. On dressera une liste de critères comme celle-ci:

"Est-ce que le problème:

- affecte un grand nombre de gens, ex.: paludisme, lèpre?
- entraîne une forte mortalité infantile, ex.: malnutrition, tétanos néonatal?
- affecte la santé de la mère, ex. : complications de la grossesse, grossesses multiples, hémorragie du post partum?
- affecte les enfants et les jeunes, ex. : tuberculose, accidents de la route, accidents au foyer?
- entraîne un état chronique et un handicap, ex.: cécité, trachome, poliomyélite?
- affecte le développement rural, ex. : onchocercose oculaire, maladie du sommeil?
- inquiète la communauté?

Si la réponse à la majorité des questions ci-dessus est OUI, le problème est prioritaire.

On pourra également donner la priorité à un problème s'il peut être réglé de façon simple.

Exemple de liste de problèmes de communauté (résultat de l'Etape 2)

Après avoir passé en revue tous les renseignements disponibles, on voit se dégager certains problèmes. Voici quelle pourrait être une liste typique:

Maladies et problèmes de santé

Paludisme	Faible poids de naissance des bébés
Infections respiratoires	Lèpre
Diarrhée	Tuberculose
Complications de la grossesse et du travail	Hépatite
Infections oculaires	Infections de la peau
Piqûres d'insectes et de serpent	Infections des oreilles
	Malnutrition (ainsi de suite selon la région)

Autres problèmes pouvant se dégager :

Communications

Mauvaises routes	Moyens de transport insuffisants
Mauvais temps saisonnier	Inondations
Avalanches, etc.	

Services de santé

Le personnel de santé qui ne se rend pas dans la communauté manque de matériel de pansements et de traitements	Personnel insuffisant
	Médicaments insuffisants
	Mauvaises conditions de travail
	Manque de moyens de transport

Autres problèmes affectant la santé

Analphabétisme	Rongeurs et animaux en liberté
Absence d'évacuation des déchets	Sécheresse
Eau polluée	Chômage
Habitat mauvais et surpeuplé	

Pour choisir les problèmes prioritaires dans cette liste, on appliquera les critères de sélection comme ceux de la page 281 et les problèmes les plus importants deviendront évidents, par exemple:

Problèmes de santé

Complications de la grossesse et de l'accouchement

Faible poids à la naissance des bébés

Malnutrition

Services de santé

Insuffisance des visites dans la communauté

Manque de moyens de transport

Problèmes de communauté

Absence de système d'évacuation des déchets

Note: Beaucoup de problèmes sont extérieurs au domaine de santé mais sont importants parce qu'ils affectent la santé. L'agent de santé peut faire de l'éducation de santé une priorité pour informer les gens de ces problèmes et leur enseigner comment les éviter ou les surmonter. Il collaborera alors avec l'instituteur de l'école ou avec le programme d'alphabétisation, pour réaliser un matériel permettant aux gens de s'instruire sur la santé tout en apprenant à lire.

La pollution de l'eau ou, dans certaines régions, le manque d'eau, ne sont pas des problèmes que le travailleur de santé peut résoudre seul. Mais il peut entrer en contact avec les gens qui en sont responsables et collaborer avec eux, et il doit prendre tout cela en considération quand il établit son plan de travail. Cela comportera par exemple, l'éducation de la communauté pour la faire participer à un programme de construction de latrines ou de conservation de l'eau au foyer.

Le District de Vosokcham

L'infirmière sage-femme Shireen a recueilli et analysé des renseignements sur son district.

Elle remarque que les complications de la grossesse et de l'accouchement sont nombreuses sur sa liste de problèmes. Elle sait aussi que l'Etat s'inquiète du nombre de femmes qui meurent en couches ainsi que du nombre d'enfants morts-nés ou qui meurent peu après la naissance.

L'objectif national de réduction de la mortalité maternelle par des soins prénatals et d'augmentation de la couverture de santé des femmes enceintes est particulièrement souligné au niveau intermédiaire du service de santé dans tout le pays.

Ayant décidé que les complications de la grossesse et de l'accouchement étaient des problèmes prioritaires dans son district, l'infirmière sage-femme Shireen se met à organiser un programme prénatal.

Le district de Vosokcham est divisé en trois secteurs: "A", "B", et "C". Elle commence par le secteur "A".

Remarquez que sa façon d'aborder le problème est très proche de celle de Maria dans l'exemple donné dans l'introduction de cette partie: c'est-à-dire qu'elle fait entrer la communauté dans l'élaboration et la programmation, comme on l'explique dans les chapitres suivants.

RESUME

A LA FIN DE L'ETAPE 2, ON DOIT AVOIR LA LISTE DES PROBLEMES IMPORTANTS DE LA COMMUNAUTE.

- DEFINIS CLAIREMENT, AVEC LEURS CAUSES POSSIBLES
- ANALYSES ET GROUPES PAR ORDRE D'IMPORTANCE SELON DES CRITERES PRECIS.

Inciter les femmes à recevoir des soins prénatals

(D'après: WHO, On Being in Charge, p. 278-283)

17B Exemples de définition d'un problème

Ecrivez quelques exemples tels que les suivants sur une feuille de papier journal et demandez aux participants de marquer ceux qui sont de vrais problèmes. Pour ceux qui ne sont pas marqués, demandez-leur d'expliquer ce qui peut être le vrai problème.

1. Manque de latrines
2. Paludisme
3. Les équipes de santé mobiles ne viennent jamais rendre visite.
4. Trop de mouches
5. Les femmes accouchent à la maison
6. Les animaux domestiques sont en liberté
7. Vers intestinaux
8. Il n'y a pas de docteur
9. Les gens boivent trop d'alcool
10. Il n'y a pas de vaccins pour les enfants

Les numéros 1, 3, 4, 5, 6, 8, 10 ne sont pas de vrais problèmes.

Le prospectus 17A (Comment sélectionner les problèmes importants) discute aussi de la façon dont on identifie les vrais problèmes.

(D'après : School of Public Health, The University of North Carolina at Chapel Hill. Practical training in Health Education (Manual for Cameroon).

17C Comment identifier les groupes cibles pour l'éducation pour la santé

Après avoir défini le problème de santé, il est relativement facile d'identifier le groupe de gens affecté par le problème ou risquant d'être affecté par le problème. Ces gens devraient être la cible de la plupart des interventions d'éducation sanitaire. Ils devraient aussi être le groupe principal impliqué dans la planification des projets de santé. Quelquefois il y en a d'autres, pas directement affectés par le problème, qui ont une forte influence sur les groupes affectés (par exemple, les

parents, les enseignants, les chefs religieux, les époux). Ces gens devraient être encouragés à participer à la planification et à la réalisation du projet.

Groupe cible principal : Les gens affectés par le problème de santé.

Groupe cible intermédiaire : Les gens qui contrôlent les ressources nécessaires au comportement sanitaire et qui peuvent informer et motiver les gens à adopter des pratiques saines.

(Basé sur : L. Green. Guidelines for Health Education in Maternal and Child health, p. 10)

Session 18

Prospectus

Annexe du moniteur

Prospectus :

18A Etablissement d'un but et des objectifs d'un programme

18B Comment établir les objectifs

18A Etablissement d'un but et des objectifs d'un programme

Les gens peuvent tous s'entendre sur l'existence d'un problème important sans en chercher pourtant sa résolution. Ceci peut arriver même si ces gens sont d'accord sur l'importance d'une résolution rapide au problème. Avant de commencer à travailler vers sa résolution, les gens concernés doivent se mettre d'accord sur la façon dont ils aborderont le problème.

Un projet ne réussira pas que dans la mesure où des buts sont établis en fonction des problèmes définis et convenus par les représentants de la communauté. Les buts et les objectifs d'un projet de santé découleront des problèmes de santé importants diagnostiqués dans la communauté. Par exemple, s'il s'avère que le problème identifié est un taux élevé de l'amébiase, alors le but du projet sera de diminuer le taux de morbidité due à l'amébiase dans la communauté.

Un plan d'action et une méthodologie d'évaluation pour le projet seront élaborés, eux, en fonction des buts et des objectifs établis ultérieurement, ceci permettant une évaluation pour le projet seront élaborés, eux, en fonction des buts et des objectifs établis ultérieurement, ceci permettant une évaluation du degré de changement dû aux interventions du projet. A titre d'exemple, l'établissement du but, "l'amélioration des conditions sanitaires", ne permet pas une évaluation objective des réalisations du projet. Si le but, établi au préalable, a été, "l'installation de 35 latrines," alors un critère existe contre lequel une évaluation objective pourra se faire.

Dans son élaboration la plus complète, un objectif, établi de façon correcte, aura les composants suivants:

Quoi	(ρ)	le nombre de latrines utilisées
Qui	(ρ)	par les familles
Combien	(ρ)	augmentera de 25 %
Où	(ρ)	Communauté Y

Délai (ρ) d'ici la fin de trois mois

Il est à noter que l'objectif ci-dessus a été établi en termes de comportement, c'est-à-dire que les latrines seront utilisées. (Evidemment le fait que les latrines sont installées pourrait être mal compris, parce qu'une installation n'implique pas une utilisation.) En ce qui concerne les autres domaines, on peut aussi établir, par exemple, des buts éducatifs exprimés en fonction du nombre de gens qui, à la fin de l'intervention, comprendront mieux un certain sujet ou qui croiront en certaines choses dont ils ignoraient avant. Une fois les données de base collectées, vous serez en mesure de calculer les changements d'attitude ou de comportement.

Deux points supplémentaires concernant l'établissement des buts et des objectifs: en premier lieu, les buts et les objectifs doivent être en rapport étroit avec le problème sous considération. Par exemple, si le problème préoccupant actuel concerne l'évacuation des ordures ménagères, la promotion de la construction d'une école établi comme but du projet ne sera pas pertinent au problème. C'est-à-dire que la réalisation du but n'aura pas un grand impact sur le problème actuel.

En second lieu, le but et les objectifs doivent être réalistes et réalisables. Une possibilité raisonnable de réussite est importante à la réalisation du but. Si, par exemple, la communauté réclame l'affectation d'un médecin à leur village, et vous savez que la priorité est plutôt la réévaluation des maladies contagieuses et en plus qu'il y a un manque de médecins disponibles, pourquoi tenter l'expérience? Après avoir expliqué ces réalités aux villageois, il faut essayer d'établir ensemble des objectifs réalistes. Si on trouve qu'au début le but est estimé impossible à atteindre, la mise en oeuvre d'un projet fondé sur ce but amènera à un échec. Et en tant qu'animateur, vous risquez de perdre la confiance et la coopération de la communauté, deux choses pour lesquelles vous avez tellement travaillé. Considérez ensemble les obstacles et les ressources. Soyez réalistes. Etablissez des buts et des objectifs réalisables.

Il est vrai que certains buts prennent plus de temps pour une réalisation que d'autres, mais ce fait ne constitue pas une raison de les laisser tomber. Les buts à long terme nécessiteront peut-être cinq ans ou même plus pour leur réalisation finale. D'habitude une fois sur le chemin vers l'achèvement d'un projet, plusieurs buts à court terme ou buts secondaires se présenteront. Ceux-ci constituent des étapes intermédiaires avant la réalisation du but principal et on pourrait les considérer comme étant des mini-projets à l'intérieur du projet principal. Par exemple, un taux élevé de cas de tuberculose est diagnostiqué dans le village. Le but à long terme sera de diminuer le taux de morbidité. Mais plusieurs approches sont possibles: le traitement des cas actuels, la prévention de nouveaux cas ou une campagne éducative en matière de tuberculose. On pourrait considérer tous les trois comme des buts à court terme. Les buts à court terme sont d'habitude établis d'une façon plus précise et, comme il est évident, concernent des projets de courte durée. Qu'il s'agisse d'un but à long terme ou d'un but à court terme, ceux-ci doivent être:

1. mesurables
2. pertinents
3. réalisables.

Maintenant que le village a identifié le problème, l'a défini d'une façon spécifique, a établi des objectifs, le moment est arrivé de poser la question, "Qu'est-ce que vous attendez comme résultat final de vos efforts?" Les réponses données aux questions suivantes permettront l'établissement des objectifs à réaliser pour atteindre le but du projet. Chaque objectif doit décrire les changements spécifiques nécessaires pour arriver au but.

- qu'est-ce que vous voulez changer?
- quel pourcentage de changement voulez-vous?
- pour qui ou pour quelle raison voulez-vous ce changement?
- où voulez-vous que le changement ait lieu?
- dans quel délai? à quelle date?

(D'après Community Health Education in Developing Countries, p. 21-22)

18B Comment établir les objectifs

Les objectifs doivent être établis en fonction des résultats attendus à la fin d'un projet. Chaque objectif doit répondre à la question suivante:

Qui doit faire combien de quoi dans quel délai et où?

Qui:	les groupes-cible ou les individus dont on s'attend à un changement de comportement.
Quoi:	l'intervention elle-même, le changement attendu dans le comportement ou la pratique d'une habitude sanitaire.
Combien:	quantité de changement attendu (souvent exprimé en pourcentage).
Délai:	la date à laquelle l'objectif sera réalisé.
Où:	le lieu où le changement sera observé (parfois compris dans le "qui").

Les étapes suivantes aideront à l'établissement des objectifs complets.

1. Qui	est la cible de l'objectif? Par exemple, les mères ayant des enfants entre 9 mois et 1 an.
2. Quoi?	Quelle tâche sera réalisée? Quel changement est attendu? Les mères...feront vacciner leurs enfants contre la rougeole.
3. Combien?	80% des mères...contre la rougeole.
4. Délai?	80% des mères feront vacciner leurs enfants à l'âge de 9 mois. D'ici 4 mois, toutes les mères auront amené leurs enfants à la clinique.
5. Où?	Le lieu où l'action déroulera. 80% des mères feront vacciner leurs enfants à la clinique.

D'après: Michalak and Yager, Making the Training Process Work, p. 6772.; Peace Corps, A Trainer's Resource Guide (Draft); INTRAH, Draft Training Materials; CCCD Training Manual TOT Module Draft, PC .

Annexe du moniteur :

18A Exemples d'objectifs de projet complets et incomplets

18B Exemples des objectifs de programme, de projet et d'activité

18A Exemples d'objectifs de projet complets et incomplets

Veillez adapter ces exemples afin qu'ils reflètent les problèmes identifiés par les participants au cours de la session 17.

1. Davantage de parents utiliseront la réhydratation orale quand leurs enfants ont la diarrhée.
2. Au bout de six mois, les parents administreront la thérapie de réhydratation orale à 70 % des enfants de la communauté de moins de cinq ans montrant des signes de diarrhée et/ou de déshydratation.
3. Les agents de santé communautaires enseigneront aux mères la préparation des aliments nutritifs destinés aux autres enfants sous-alimentés.
4. Dans les trois mois, les agents de santé communautaires identifieront et enseigneront aux 50% des mères des enfants sous alimentés de la communauté comment préparer les aliments disponibles sur le marché local pour nourrir leurs enfants.
5. Davantage d'enfants seront vaccinés contre la rougeole.
6. En moins d'un an, les mères amèneront 80% des enfants de moins d'un an de la communauté au dispensaire pour les faire vacciner contre la rougeole.

18B Exemples des objectifs de programme, de projet et d'activité

Les exemples suivants illustrent comment les objectifs d'activité et de projet pourront contribuer à la réalisation des buts et des objectifs globaux d'un programme.

But global de Programme

Augmenter le taux de survie des enfants de moins de 5 ans par une augmentation de la qualité des prestations des services P.M.I. et par la promotion des mesures sanitaires préventives destinées à ce groupe-cible.

1. Objectif de Programme

Diminuer le taux de morbidité dûe à la diarrhée dans les Régions A et B chez les enfants de moins de 5 ans de 10% à la fin de la première année et de 57% de plus au cours des deux prochaines années.

Objectif de Projet

A la fin de 6 mois, les parents traiteront d'une façon prompte et appropriée 15% des enfants dans la communauté de moins de 5 ans ayant les signes de la diarrhée ou de la déshydratation en se servant de la thérapie de réhydratation par voie orale. (TRO).

Objectifs d'activité

10% des membres de la communauté participant à la séance d'éducation pour la santé seront capables de mélanger les paquets SRO et la solution sucre sel à domicile en se servant des ingrédients, de la quantité et des procédures corrects comme démontré par l'animateur de la séance.

Les agents de santé communautaires assistant à la séance d'éducation pour la santé seront capables de se servir du tableau OMS de traitement de la déshydratation et de distinguer correctement entre les cas de déshydratation légère et sévère chez les enfants diarrhéiques.

2. Objectif de Programme

La malnutrition sera diminuée dans la région Y de 18% à la fin des deux premières années et le programme continuera jusqu'à ce que la moyenne nationale soit atteinte.

Objectif de Projet

Au terme de 3 mois, les ASC identifieront et enseigneront à 50% des mères dans la communauté ayant des enfants sous-alimentés comment préparer les aliments disponibles sur le marché local afin de traiter ces enfants.

Objectifs d'activité

Les ASC assistant à la séance d'éducation pour la santé seront capables d'évaluer d'une façon précise l'état nutritionnel des enfants dans la communauté en se servant des 3 techniques de mesures anthropométriques.

60% des mères assistant à la séance d'ES en matière de préparation des aliments pour enfants sous-alimentés seront capables de préparer, à la fin de la 5e séance, trois plats nutritionnels en utilisant des aliments disponibles sur le marché local.

3. Objectif de Programme

Dans la région D, après une année à partir du commencement du projet P.E.V., le taux de morbidité dûe à la rougeole sera diminuée de 66%.

Objectif de Projet

Au terme de la première année, 80% des mères ayant des enfants entre 9 mois et un an auront fait vacciner ces enfants contre la rougeole à la clinique locale.

Objectifs d'activité

90% de toutes les mères dans la communauté ayant un enfant de moins de 1 an et ayant participé aux séances d'ES au cours des consultations prénatales et postnatales pourront expliquer d'une façon précise à une autre mère pourquoi il est important de faire vacciner les enfants dans les 9 premiers mois de sa vie.

Dans un délai de 6 mois, au moins 80% de la communauté recevront des informations (expositions, discussions, brochures, etc.) en ce qui concerne la nécessité et le calendrier de vaccinations contre la rougeole chez les enfants de moins d'un an.

Session 19

Prospectus :

19A Stratégies d'éducation pour la santé

19B Exemples de stratégies pour l'éducation de la santé

19C Recommandations concernant le choix des stratégies d'éducation pour la santé

19A Stratégies d'éducation pour la santé

Stratégie d'organisation

But: Aider les gens à identifier les problèmes et à s'organiser pour trouver des solutions

- développement communautaire
- action sociale
- développement organisationnel

Stratégie de formation

But: Donner au groupe-cible des expériences en apprentissage expérientiel afin de développer des connaissances et de changer des attitudes nécessaires à une amélioration de l'état de santé.

- développer des compétences grâce à la possibilité de pratique;
- simulation et jeux (jeu de rôle, étude de cas, théâtre, etc.)

- apprentissage (résolution des problèmes, approche de la découverte)
- discussion en groupe
- se comporter comme un modèle (démonstration des comportements désirables)

Stratégie de communication

But: Donner de l'information en matière de santé, d'éduquer, et de motiver la population

- discours-discussion
- cours individuels et entretiens, visites à domicile, cours autodidactiques, cours par correspondance
- aides visuelles
- télévision et radio éducatives
- mass-média (électroniques et imprimés)

D'après: Health Education Planning: A Diagnostic Approach.

19B Exemples de stratégies pour l'éducation de la santé

Application de l'éducation pour la santé à l'approvisionnement en eau domestique et aux projets d'assainissement

Le but de l'éducation pour la santé dans le domaine de l'approvisionnement en eau et des projets d'assainissement est de permettre aux individus et aux communautés de réaliser les avantages sanitaires de ces projets, c'est-à-dire, de réduire les risques que posent à leur santé un faible approvisionnement en eau et de mauvaises pratiques d'assainissement et donc améliorer la qualité de la vie en général. Les objectifs des programmes d'éducation pour la santé visent :

- au développement de la connaissance, des valeurs, des croyances, des attitudes et des techniques qui facilitent les changements de comportement ; et
- à la création d'un environnement en faveur du changement

L'approvisionnement en eau et les projets d'assainissement nécessitent en général, l'acceptation, l'utilisation et l'entretien continu de nouvelles technologies peut-être étrangères, par l'entière communauté. Toutefois, dans la plupart des cas les gens souvent ne participent pas à la sélection de ces technologies. De plus, la nature des problèmes de santé provenant d'une mauvaise eau ou de pratiques d'assainissement médiocres est telle qu'un changement individuel de comportement isolé n'aboutit pas nécessairement aux résultats de santé désirés. Le changement de comportement collectif est nécessaire pour réaliser un impact mesurable à la fois au niveau du statut sanitaire de la communauté et de l'individu.

Donc, les composantes du programme d'éducation pour la santé doivent tenir compte des "combinaisons des expériences pédagogiques" qui faciliteront le changement de comportement grâce au développement et à l'entretien de nouvelles normes sociales pour un comportement spécifique lié aux éléments du programme d'assainissement suivant :

- choix des technologies
- acceptation des technologies
- planification de la mise en place des installations (séances, synchronisation, etc..)
- Mise en place des installations (fonds, main d'oeuvre, matériel)
- Réparation et entretien des installations
- Utilisation appropriée des installations

L'importance des interventions d'éducation pour la santé dans n'importe lequel de ces éléments variera selon la situation de chaque communauté. L'objectif, toutefois, est de travailler de telle façon que l'entretien continu est assuré et qu'une utilisation appropriée est facilitée.

La stratégie de base consiste à établir de nouvelles structures sociales ou renforcer les structures existantes (par exemple, les comités de leadership de la communauté, les groupes de discussions du voisinage, les clubs de mères, etc.) pour diffuser la connaissance et les techniques et pour fournir un appui social capable de renforcer l'adoption d'un nouveau comportement.

Dans ce contexte, les méthodes d'organisation - sous la forme d'organisation communautaire - auxquelles on se réfère en tant que participation communautaire - émergent comme étant la stratégie la plus efficace pour les programmes d'éducation de la santé dans le domaine des eaux et des projets d'assainissement. Une stratégie orientée vers la communauté travaille pour tirer des avantages sanitaires des projets d'assainissement de deux façons :

- elle renforce l'adoption du comportement individuel relatif aux eaux et à l'assainissement ; et
- elle permet aux communautés d'établir "la propriété" de nouvelles technologies de telle façon qu'elles la perçoivent comme étant dans leur propre intérêt de les utiliser, de les entretenir et de les réparer correctement.

L'application des méthodes d'organisation de l'éducation pour la santé à l'alimentation en eau et aux projets d'assainissements prend en général différentes formes selon les dynamiques existantes de l'organisation au sein d'une communauté et les changements de comportement souhaités. La praticabilité et l'attrait de ces méthodes dans un large contexte urbain, par exemple, varient considérablement.

Une approche de l'organisation de la communauté vis-à-vis de l'éducation pour la santé peut impliquer des efforts pour réunir un groupe de gens afin de discuter les façons d'éliminer leur pénurie d'eau annuelle pendant la saison sèche et comment y parvenir. Cela peut signifier travailler avec l'autorité locale des eaux élue responsable de l'entretien physique et financier du système de canalisation nouvellement installé. Cela comprend les efforts faits pour coordonner les activités d'eau et d'assainissement avec tous les organismes privés et gouvernementaux touchés. De petites discussions de groupe sur l'entretien des latrines en y faisant participer les mères du voisinage ; l'installation d'un puits à l'école locale, obtenir des doyens du village qu'ils encouragent à parquer les animaux; et l'organisation de campagnes de nettoyage de la communauté sont toutes les activités d'une approche organisationnelle de la communauté.

Bien que les résultats d'une approche organisationnelle d'une communauté puissent varier d'une communauté à l'autre en termes de décisions prises, la réalité dicte que les choix concernant tous les aspects des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement soient faits à l'intérieur de certains paramètres de normalisation.

L'application des méthodes de formation en tant que stratégie d'éducation pour la santé est aussi critique pour les projets d'eau et d'assainissement. Le public pour la formation peut être soit des personnes qui présentent des risques de problèmes de santé (par exemple, des résidents de la communauté sélectionnés apprennent l'entretien simple d'une pompe, les enfants des écoles apprennent à utiliser correctement une latrine) ou les personnes dont le contrôle sur ces ressources affectent les personnes à riches (par exemple, le personnel de santé apprend à planifier et mettre en oeuvre l'éducation pour la santé dans la communauté ; le comité de développement local apprend à gérer les fonds collectés auprès des utilisateurs d'eau). La

formation des moniteurs est aussi comprise dans la dernière catégorie. La formation est une stratégie de l'éducation pour la santé dans ce sens qu'elle permet aux individus et aux groupes d'acquérir de nouvelles connaissances, attitudes, croyances et techniques qui à leur tour facilitent le changement de comportement. La formation en groupes promouvoit et renforce le changement de comportement des individus dans le groupe.

Les communications, ou la dissémination des informations, est une activité légitime importante des programmes d'éducation dans le domaine des eaux et de l'assainissement. Les informations permettent aux gens de faire des choix informés liés aux pratiques de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, mais ne les poussent pas nécessairement à agir.

Des exemples de l'application de cette méthode de santé comprendraient ce qui suit :

- Des campagnes d'affiches pour encourager la construction de latrines ;
- une présentation par l'administrateur du district à un groupe de la communauté sur les dépenses en capital de technologies alternatives pour l'approvisionnement en eau ;
- des causeries à la radio sur l'étiologie et la transmission des maladies liées à l'eau et à l'assainissement ;
- une démonstration du fonctionnement de la pompe à main ;
- des pamphlets décrivant les différents types de système d'évacuation des déchets et les critères pour en choisir un ; et
- Des séances de théâtre populaire et de marionnettes pour dramatiser les relations qui existent entre l'approvisionnement en eau et l'assainissement par rapport à l'état de santé.

Deux des trois critères d'investissement élaboré dans le projet intitulé "Présentation sur l'approvisionnement en eau domestique et l'assainissement" de mars 1982 qui guidera l'investissement d'AID dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement ont d'importantes implications pour l'éducation sanitaire. Le premier critère non seulement demande une évidence des besoins en termes de haute prévalence des maladies liées à l'eau et à l'assainissement, mais aussi une évidence de la demande en eau et des installations sanitaires comme démontré par la bonne volonté des consommateurs à apporter leur support aux coûts périodiques des projets ainsi qu'à couvrir au moins des portions des coûts d'investissement. Si les consommateurs ne sont pas en mesure de s'engager de la sorte mais que "l'absence de systèmes d'eau et d'assainissement de base pose un danger à la santé publique pour la communauté en général, le gouvernement doit faire preuve de son engagement pour épauler une portion substantielle des coûts d'investissement, ainsi que ces coûts périodiques que la communauté ne peut pas couvrir à court terme". Travailler avec les consommateurs et les représentants du gouvernement pour développer cette "bonne volonté et cet engagement" devient une tâche qui ressort de l'éducation pour la santé. L'objectif est de développer un comportement qui pousse à réaliser des avantages dans le domaine de la santé - c'est-à-dire, un comportement en faveur de l'alimentation en eau et du fonctionnement d'installations sanitaires.

Le deuxième critère énonce que les "institutions nationales et locales responsables de l'alimentation en eau domestique et de la politique d'assainissement doivent avoir la responsabilité, le personnel et les ressources budgétaires pour assurer la construction, l'expansion, un fonctionnement et un entretien ininterrompus des systèmes d'amélioration et

d'assainissement des eaux". La faculté pour ces institutions de réaliser ces tâches naturellement a un impact direct sur la réalisation des avantages sanitaires potentiels de l'approvisionnement en eau et des projets d'assainissement. Si les systèmes se détériorent, tombent en panne et deviennent inopératifs, alors la population desservie ne tirera pas les avantages sanitaires auxquels elle pourrait s'attendre. Donc, l'entretien du système, aussi est un secteur d'inquiétude pour l'éducation dans le domaine de la santé dans ce sens qu'une formation appropriée et un développement institutionnel aideront à créer "un environnement en faveur du changement". Si les gens se doivent d'utiliser les installations correctement, les installations doivent fonctionner correctement.

En plus des critères d'investissement, la présentation en question donne un aperçu des facteurs qui guideront la conception des projets d'alimentation en eau domestique et d'assainissement auxquels AID apporte son appui. Nombreux de ces facteurs ont des dimensions éducatives et de ce fait seraient un préambule à l'éducation pour la santé. Par exemple, enseigner aux utilisateurs à se servir correctement de l'eau et à faire preuve d'hygiène doit faire parti de la conception du projet

Les objectifs de comportement pertinents de cet "enseignement à l'intention des utilisateurs" comme définis dans la présentation peuvent être résumés comme suit :

- Les gens vont utiliser l'eau et les installations sanitaires.
- Les gens vont les utiliser correctement
- Les gens vont transporter l'eau dans des récipients propres
- Les gens vont stocker l'eau du ménage de façon à éviter la contamination microbienne et la reproduction des larves de moustiques
- Les gens vont se laver les mains après avoir déféqué, avant de manger ou avant de préparer la nourriture
- Les gens vont se baigner correctement
- Les gens vont nettoyer leurs ustensiles à l'eau propre
- Les femmes vont nourrir leurs enfants au sein pendant les six premiers mois de vie
- Les gens vont pouvoir préparer des solutions de réhydratation orale, des formules pour nouveaux-nés et des aliments de sevrage de façon hygiénique

Le rôle des composantes du programme d'éducation pour la santé des projets d'alimentation en eau et d'assainissement est de diagnostiquer les facteurs qui influencent ces genres de comportement, déterminer quels sont les facteurs susceptibles d'interventions éducatives et ensuite planifier et mettre en oeuvre le programme d'intervention approprié.

(Adapté d'après : WASH Technical Report No. 15. [The Application of Health Education to Water Supply and Sanitation Projects in Africa.](#))

19C Recommendations concernant le choix des stratégies d'éducation pour la santé

Le choix d'une stratégie appropriée pour un programme d'éducation pour la santé dépendra, en grande mesure, du diagnostic de la situation et de l'élaboration ultérieure des méthodes destinées à influencer, d'une façon directe ou indirecte, sur un changement des comportements. Green (1978) propose quatre principes de base devant orienter le choix et la coordination du volet éducatif de tout programme.

1. L'éducation pour la santé a rarement un impact immédiat et direct sur le comportement. L'ES influence le comportement principalement grâce à un changement des connaissances, attitudes, croyances, valeurs, perceptions et des supports sociaux (personnages influents dans la vie de quelqu'un). L'ES joue un rôle dans le changement des comportements aussi grâce à des interventions professionnelles proposées aux participants du programme, par exemple, le renforcement positif et l'ouverture des nouvelles voies de communication. C'est à travers toutes ces interventions que l'ES influe sur les comportements sanitaires. Alors, au moment du choix et de la coordination des expériences éducatives, il faut tenir compte de toutes les interventions destinées à avoir un impact sur la vie des participants.

2. Aucune intervention toute seule pourra avoir un impact permanent sur le comportement sanitaire à moins qu'elle ne soit appuyée par d'autres interventions éducatives. Les stratégies en matière d'ES doivent être multiples et doivent soutenir tous les facteurs qui entrent en jeu pour faciliter le changement d'un comportement donné.

3. La meilleure combinaison des méthodes éducatives, média et messages destinées à un groupe-cible ne l'est nécessairement pas pour d'autres groupes ni même pour le premier groupe-cible dans d'autres circonstances. Alors les méthodes éducatives d'un programme d'ES varient en fonction des caractéristiques du groupe-cible et de la situation dans laquelle le groupe se trouve à un moment donné.

4. L'éducation pour la santé ne doit pas prétendre de faire plus que de changer les comportements, à moins qu'une preuve médicale ou épidémiologique, liant directement les résultats attendus dans le domaine de la santé à un comportement spécifique, ne soit conclusive. L'efficacité des méthodes d'ES doit être évaluée et jugée en fonction de son impact sur les comportements.

(D'après: International Journal of Health Education, "Supplement Guidelines for Health Education.")

Session 20

Prospectus
Annexe du moniteur

Prospectus :

20A La planification d'un projet de santé communautaire
20B Fiche de planification d'un projet d'éducation pour la santé

20A La planification d'un projet de santé communautaire

L'une des idées les plus importantes pour quiconque impliqué dans les tâches communautaires de l'éducation pour la santé est de se familiariser avec autant d'aspects de la vie de la communauté et de ses gens que possible. Le but de collecter ces informations est d'aider l'agent de santé ou tout autre employé de la communauté à mieux saisir certains des problèmes de la communauté et certaines des limitations des solutions à ces problèmes.

Une fois que les membres de la communauté et l'employé de la communauté sont arrivés à une compréhension mutuelle et désirent travailler au projet, il faut suivre une séquence d'étapes pour la planification du projet. Chaque étape sera discutée séparément dans ce chapitre. Les quatre étapes sont :

- Etape 1: Définir le problème : Il est important d'impliquer la communauté et de focaliser sur leurs besoins.
- Etape 2: Choisir un but et des objectifs : Ils devront être mesurables pour rendre l'évaluation possible ; ils doivent être liés au problème ; et doivent être réalisables.
- Etape 3: Evaluer les ressources et les obstacles au projet : Il sera indispensable de trouver le matériel nécessaire ; les techniques, les gens et les fonds ; et d'étudier les obstacles possibles au succès du projet. L'importance d'agir de la sorte avant de mettre le projet à exécution est de faire un plan d'action réaliste.
- Etape 4: Exécuter et évaluer le projet : Il faudra faire une esquisse des activités spécifiques destinées à atteindre ce but. Parce que l'évaluation est un processus permanent qui a lieu pendant toute la vie du projet, les deux sujets sont couverts en même temps.

Etape 3 (a) : Evaluation des obstacles aux changements dans le comportement de la santé

Ceci implique l'étude d'obstacles possibles au succès du projet. L'importance d'agir de la sorte avant de mettre le projet à exécution est de planifier l'action à suivre de façon plus réaliste.

Alors que vous vous familiarisiez avec la communauté, vous avez pu vous rendre compte des problèmes de santé. Vous avez observé que :

- de nombreux enfants sont petits et maigres et ont des gros ventres ;
- Les gens vivent principalement de riz ;
- Peu de familles ont des poulets, des cochons, des lapins ou des chèvres comme nourriture ;
- On peut faire pousser des légumes toute l'année mais peu de familles le font ;
- Le seul lait disponible est acheté ;
- Il y a quelques fruits sur le marché mais ils sont chers.

Vous avez parlé aux chefs et aux gens du village au sujet des problèmes de maladie, fatigue, et décès des jeunes enfants. Ils sont décidés à faire quelque chose à ce sujet. Vous avez demandé à un groupe de chefs et à quelques parents de se réunir pour discuter le problème et trouver des moyens de le résoudre. Dans vos réunions, vous amenez les gens à aborder la cause du problème.

Vous et le groupe décidez que les aliments nécessaires ne sont pas assez nombreux pour apporter une bonne santé et que les villageois ne connaissent pas ces aliments. Quels sont les obstacles, habitudes et attitudes qui empêchent les gens de cultiver des légumes verts et jaunes ? Vous trouverez probablement les raisons suivantes :

- manque de connaissances, d'information ou d'expérience
- manque de graines adéquates
- les graines ne sont pas facilement disponibles
- des problèmes avec les insectes

- pas assez d'eau
- pas de véritable intérêt
- Des traditions et croyances qui entravent l'acceptation de ces aliments
- manque de ressources communautaires partagées telles que la pompe d'irrigation
- aucune ressources bancaires
- dettes élevées

Les obstacles ou barrières à l'éducation pour la santé existent dans toutes les communautés et sont liées à de nombreuses choses. Il se peut qu'un intérêt existe pour d'autres choses que la santé (par exemple, les routes, les écoles, l'agriculture). En général, une communauté a vu peu de transformation quant à son statut sanitaire que le niveau de santé général soit élevé ou faible. Les gens de la communauté n'ont rien qui leur permette de comparer leur situation difficile à quoi que ce soit, et donc ne considèrent pas leur situation comme étant fâcheuse du tout. Donc, quand la santé est en concurrence avec d'énormes demandes telles que : gagner sa vie, avoir un abri, de la nourriture et des vêtements ; élever une famille ; elle peut être à la fin de la liste des priorités de la communauté. Si la communauté est satisfaite dans l'ensemble de son statut sanitaire, les changements de comportement rencontreront de la résistance car pour réaliser ces changements, il faudra déranger les habitudes des gens. Les grandes distances à parcourir pour recevoir des soins médicaux, les longues périodes d'attente, même les expériences douloureuses telles qu'une piqûre, peuvent aussi être des obstacles au changement de la communauté. Ils peuvent vouloir une aide dans un autre domaine, tels que ne plus avoir de punaises dans leur lit ou avoir la possibilité d'espaçer les naissances. De tels besoins créent les opportunités.

De nombreuses traditions culturelles, pratiques et croyances dans chaque société sont liées à la santé et peuvent aussi être des obstacles au changement des méthodes d'alimentation des enfants. Ce qui suit sont des exemples : la durée habituelle de l'allaitement au sein ; quand les premiers aliments sont introduits et leur nature ; si le lait ou ses produits sont habituellement employés ; l'utilisation traditionnelle d'autres sources de protéines en particulier les légumes, les oeufs, le poisson ; le côté courant de telles pratiques de "prestige" telles que l'alimentation au biberon, l'utilisation des boissons gazeuses et de la farine surmoulue ; et les pratiques alimentaires des femmes pendant la grossesse, la lactation et après la naissance.

Ces pratiques peuvent être transmises d'une génération à l'autre. Jusqu'à ce que l'acceptation du changement soit définitive, on assistera à un retour aux pratiques traditionnelles ou populaires dû au besoin très fort qu'a l'individu d'être accepté par son groupe social.

Les autres obstacles à l'éducation de la santé peuvent provenir des différences de langues. Il existe peut-être un dialecte indigène dans la région que vous ne connaissez pas. Trouvez un interprète et si possible, formez-le ou la pour qu'il ou elle travaille directement avec les gens. Rappelez-vous le traducteur est "un des leurs" et donc sera plus facilement accepté par la communauté.

Lié étroitement à l'obstacle de la langue est le problème de communication provoqué par l'analphabétisme ou les niveaux peu élevés d'instruction. Les concepts d'hygiène moderne, par exemple, n'ont peut-être aucune signification pour des gens qui n'ont jamais été exposés aux faits liés aux cellules, microbes et à l'utilisation d'un microscope. Dans ce cas, l'importance de savoir ce que sait la communauté devient évident.

D'autres choses à garder présentes à l'esprit quand on considère les problèmes et établit les objectifs sont : la capacité économique des gens (ont-ils l'argent, les ressources au point de vue temps permettant d'agir ?) et les attitudes de la communauté envers la résolution des problèmes.

Si leurs attitudes sont négatives, il existe des obstacles définitifs au changement. Que ressent la communauté en ce qui concerne les autres programmes du gouvernement et les fonctionnaires ?

Etape 3 (b) : L'évaluation des ressources potentielles et apparentes

Quelles sont les ressources que vous pouvez utiliser dans votre travail avec la communauté ? Chaque situation offre différentes possibilités mais n'oubliez pas que vous êtes une personne très importante et pleine de ressources dans votre domaine. Pour fonctionner de façon efficace alors, il est important que vous connaissiez votre communauté le mieux possible. Quelle est l'histoire de son implication dans les questions de santé par le passé ? Il vous faudra peut-être aller au fond des choses pour trouver une force de cohésion, mais toutes les communautés travaillent ensemble sous une forme quelconque.

Le terme "communauté" implique l'idée de solidarité et, si vous essayez, vous trouverez probablement que les voisins se sont aidés mutuellement dans le passé même si ce n'était pas sur une grande échelle. Peut-être une famille a-t-elle aidé une autre à construire une maison, ou à transporter un enfant malade à l'hôpital. Il se peut que l'église locale ait un groupe de jeunes qui se réunit et collecte des fonds pour différents projets. Regardez autour de vous ; vous trouverez des ressources potentielles.

Quels sont les organismes ou les organisations qui existent ? Quels sont leurs activités et leurs intérêts ? De nombreuses communautés ont des groupes officiels (gouvernementaux), bénévoles (privés) professionnels, religieux et civiques. Que font-ils ? S'intéressent-ils à la santé ? Quelle approche utilisent-ils ? Pouvez-vous travailler ensemble, en vous complétant l'un l'autre ?

Y-a-t-il d'autres agents de vulgarisation que vous dans la communauté ? Essayez de savoir et présentez-vous et expliquez ce que vous faites. Il se peut que vous puissiez travailler ensemble vers un but commun plutôt que de fragmenter vos efforts et faire le travail en double.

Essayez de connaître le milieu, la compétence et la force de ceux qui sont en communication avec la communauté. Ils peuvent être des enseignants, des guérisseurs traditionnels, des commerçants, des chefs religieux, les chefs d'organisations communautaires, et de clubs. Les gens impliqués dans votre projet spécifique - votre personnel - sont aussi disponibles. Il y a aussi les gens qui travaillent dans différents organismes gouvernementaux et privés aux niveaux local, national et même quelquefois international. Arrangez-vous pour savoir ce qui se passe au gouvernement local et dans les ministères nationaux, qui l'on peut contacter, et quels sont les autres organismes à contacter comme sources d'informations supplémentaires et comme appui. Familiarisez-vous avec l'existence et les services des organismes et organisations du pays où vous travaillez. Si possible rendez visite à ces organismes et emmenez avec vous un chef de la communauté.

Quel genre de fournitures, de matériel et d'équipement seront nécessaires pour le plan de santé ? Une campagne de vaccination nécessite des vaccins, probablement des moyens pour les garder au froid, des aiguilles, des seringues, un endroit pour stériliser le matériel, du papier pour établir les dossiers, un moyen de faire de la publicité pour la campagne, un endroit pour travailler, etc. Pour construire des latrines, vous aurez besoin de connaître la géographie de la région, de savoir où trouver du bois, du sable, du gravier et du ciment etc. Comment votre projet peut-il s'adapter aux matériaux disponibles ?

De quoi avez-vous besoin pour les fournitures éducatives ? Existe-t-il un système d'information de masse (radio, TV, journaux)? Où trouverez-vous du papier, des crayons, du scotch, des

punaises, un projecteur, un film ? Pouvez-vous fabriquer un panneau d'affichage, un tableau noir, un tableau réversible ? Décidez ce dont vous avez besoin et enquêtez auprès de vos organismes de ressources, des écoles, et des gens. Qui peut être responsable à part vous ? Cherchez les talents de la communauté. Utilisez le matériel pertinent déjà utilisé. Fabriquez votre propre matériel seulement lorsque c'est nécessaire de façon à ne pas gâcher du temps et des efforts.

Comment allez-vous maintenir vos fournitures ? Avez-vous besoin d'un endroit pour travailler ? Dans la plupart de projets, il est nécessaire d'avoir une source monétaire disponible. Où pouvez-vous trouver l'argent ? Pouvez-vous réunir des fonds ? Comment ? Qui va organiser un projet de collecte de fonds ? Qui va manipuler l'argent ? Ce sont des questions très importantes car on peut perdre la confiance des gens si les fonds sont mal gérés.

Au Nicaragua, des fonds furent collectés par le comité de santé local pour construire un dispensaire pour la communauté. Les représentants du comité firent don de leur temps et rendirent visite à de nombreux commerçants des communautés environnantes leur demandant de faire dons de certains articles. Des choses telles que des batteries de cuisine, du savon, du tissu, de la peinture, de la nourriture et des jouets furent obtenus et servirent de prix pour le gagnant de différents concours et jeux de la communauté organisés par le comité. Les participants achetèrent un billet pour le concours à un prix minimal et pratiquement tout le monde y participa. Un chef local qui fabriquait des lits fit don d'un lit pour une loterie. Le dispensaire provisoire perçu un honoraire facultatif pour les piqûres. Ce sont des possibilités pour des projets de collecte de fonds mais rappelez-vous de prévoir qui sera responsable de la garde des fonds et qui prendra les décisions concernant leur utilisation.

Vous ne travaillez pas seul dans cette enquête sur les ressources. Parlez aux chefs, à votre superviseur, aux chefs des organisations de la communauté. Obtenez des suggestions, expérimentez. Faites de la publicité. Mais, surtout, travaillez ensemble.

Etape 4 (a) : Le développement et la mise en oeuvre d'un plan de projet

Vous avez appris à connaître les gens du village et comment ils vivent. Vous les avez probablement déjà aidés à résoudre leurs simples problèmes. Vous avez peut-être fait quelques démonstrations et parlé des problèmes du village avec les gens. Le comité de santé a identifié un problème, défini un but, et rédigé des objectifs. Les obstacles et les ressources ont été évalués. Planifier au préalable pour savoir quoi faire, quand le faire, et comment le faire est essentiel dans n'importe quel genre de travail.

"Mais pourquoi a-t-on besoin d'un programme planifié ? Un plan de travail est une image ou une carte de ce qui est à faire. Si un ami et vous marchiez le long d'une route, vous auriez besoin de savoir où vous allez de façon à atteindre votre destination. Il peut y avoir différentes routes menant au même endroit, mais peut-être l'une présente des avantages par rapport aux autres. Vous devez décider laquelle suivre. Un programme planifié est un guide pour aider la communauté à parvenir où elle veut aller.

On ne peut jamais trop insister sur l'importance de la planification. Il doit y avoir une planification commune pour les problèmes communs par tous les groupes concernés. Les tentatives de coopération échouent trop souvent parce qu'une personne ou une organisation d'un plan à suivre et ensuite essaie d'amener les autres à suivre un plan à la conception duquel ils n'ont pas participé.

S'il y a une planification commune pour un problème commun, tous travaillent dans le même but. Les actions indépendantes provoquent une concurrence qui est fatale au succès d'un plan de santé parce qu'elles peuvent conduire à une compétition pour l'attention et les actions des gens, et créer des demandes ruineuses sur des ressources limitées.

Les gens doivent participer à chaque étape. Il faut qu'ils décident exactement ce qu'il faut accomplir et ce que sont leurs objectifs. Quand les gens sont tombés d'accord sur leurs buts, ils doivent décider comment les atteindre. Quelquefois, c'est plus difficile pour les gens de s'accorder sur la façon de faire quelque chose que sur la décision de le faire. Quelquefois, chaque personne pense que sa façon est la meilleure.

Les chefs pourront avoir besoin d'aide pour décider ce qui arrivera s'ils font une chose d'une certaine façon plutôt que d'une autre. Qu'est ce qui sera le mieux pour les gens ? Qu'est ce qui coûte le plus cher ? Ils doivent établir des priorités et décider ce qu'il y a de mieux pour la communauté à ce moment là. Il est bon d'impliquer délibérément le plus grand nombre de gens possible parce que cela veut dire qu'un plus grand nombre de gens sont au courant du problème et le comprennent. Tous ceux qui participent apprennent quelque chose. Hommes, femmes, enfants, jeunes gens, vieillards, commerçants, femmes d'intérieur, orateurs, fermiers ; tous ont une compétence qui peut être utilisée pour l'exécution d'un programme de santé communautaire.

Les chefs de la communauté ou le comité de santé peut faire un plan. Ce plan peut comprendre de nombreuses parties. Il faudra établir un programme. Que doit-on faire en premier, et quoi ensuite ? Combien de temps faut-il pour chaque tâche pour que chacune soit faite au bon moment ?

Les planificateurs doivent trouver ce qui est requis pour la tâche, combien cela coûtera et bien d'autres choses. Ils doivent trouver le temps, les gens, l'argent, l'équipement et tout ce qui est nécessaire. Les méthodes éducatives pour chaque étape du plan doivent être sélectionnées comme faisant partie du plan. Voir chapitres V et VI.

Une fois que les étapes à suivre ont été définies, le comité de santé ou le groupe de planification doit décider qui sera responsable de chaque étape. Pour certaines tâches, les travailleurs auront besoin de techniques et d'équipement spéciaux. D'autres tâches peuvent être accomplies par les gens du village sans aucune formation préalable. Il y aura de nombreuses choses à faire : planifier l'équipement, organiser les réunions, expliquer les procédures.

Chacun doit avoir l'impression qu'il/elle a la chance d'aider. Faire le travail est en fait l'étape pour laquelle vous avez établi un plan, que ce soit construire une route, ou planter un jardin potager, ou vacciner contre la rougeole. Cette étape donnera aux membres de la communauté une grande satisfaction et rapprochera le groupe plus étroitement encore.

Pour résumer, lors de la planification d'un projet avec la communauté, le comité de santé ou autre groupe de planification aura besoin de rédiger un plan d'action. C'est la "carte". Il servira de guide et aidera à mettre en oeuvre et évaluer le projet et à en planifier un autre.

Etape 4 (b) : Evaluation du projet

Ne vous arrêtez pas-évaluez ! La planification ne s'arrête jamais, donc chaque fois qu'un projet ou une étape du programme est terminée, le comité devrait vérifier ce qui a été fait pour être sûr que les choses progressent comme elles le devraient. Ceci s'appelle l'évaluation et est un

processus en cours, continu-tout comme la planification. Vous devez évaluer les efforts passés pour planifier les changements.

Développez un moyen d'évaluation lors de la définition du but et de la rédaction d'un plan d'action. Gardez présente à l'esprit votre enquête sur la communauté et toute réponse aux questionnaires et statistiques vous avez pu réunir comme sources possibles d'information pour l'évaluation.

En suivant chaque étape ou activité, posez des questions telles que :

- A-t-on réussi ?
- Les plans ont-ils marché ?
- Pourquoi a-t-on réussi ? ou
- Pourquoi a-t-on échoué ?
- Que doit-on faire maintenant ?
- Que fera-t-on ensuite ?
- Si nous faisons des erreurs, pouvons-nous éviter de les répéter ?

Encouragez les membres de la communauté à commencer à évaluer le projet tout de suite après son initiation. Les gens utilisent-ils les latrines qui ont été installées ? Prennent-ils soin de leur jardin potager et mangent-ils les récoltes ? Les enfants vont-ils vraiment à l'école ? Le groupe auquel vous destiniez vos activités est-il venu ?

Une fois que chaque phase du projet est terminée, vous devez la suivre pour déterminer si elle est couronnée de succès. A la fin, posez-vous vous-même toutes ces questions à nouveau.

Avez-vous fait le travail ? Qu'est ce qui peut être fait pour rendre vos efforts plus fructueux ?

Les genres de mesures possibles que vous pouvez utiliser pour évaluer votre projet, s'il est planifié depuis le début, sont :

1. Quantité ou montant

- a) Combien de personnes ont été touchées ?
- b) Combien d'affiches, de pamphlets, de visite à domicile ont été faites ?

2. Qualité - Que pensent les gens ?

- a) Les chefs ?
- b) Les participants, les villageois ?
- c) Les autres agents de santé ?
- d) les élèves ?

3. Changements dans les connaissances indiqués par :

- a) les questions posées
- b) les demandes d'opinions

4. Changements d'attitude

- a) Appui de la communauté pour le programme.
- b) Demandes de coopération supplémentaire par le ministère de la santé.
- c) Moins d'opposition de la part des groupes du village qui s'étaient opposés au projet au préalable.

d) Sondage d'opinion publique

5. Changements d'attitude tels que :

- a) Augmentation des visites au dispensaire ou chez l'agent de santé
- b) Amélioration des habitudes et des conditions remarquées à l'école
- c) Augmentation du nombre d'enfants immunisés
- d) Augmentation dans la vente de lait, viande, légumes ou autres aliments sains

- e) Augmentation du nombre de femmes enceintes recherchant des soins prénatals
- f) Augmentation du nombre de naissances à l'hôpital ou assistées d'une sage-femme ayant eu une formation
- g) Augmentation du nombre de nouveaux-nés sous supervision médicale
- h.) Augmentation du nombre de femmes qui nourrissent leur bébé au sein
- i) Mise en place d'installations sanitaires (latrines, fosses à ordures)

6. Changements dans le statut de santé comme indiqués par : a) La croissance des enfants b) Le nombre de personnes malades (comme indiqué dans l'enquête) c) Le nombre de décès signalés dans les statistiques publiques de la santé d) l'amélioration de la santé comme indiquée par les cas individuels e) Le taux d'accidents réduit f.) La diminution des renvois de l'école dûs à la maladie, au manque de vêtement, ou à une piètre hygiène (1)

[(1) Turner, Claire E. Community Health Educator's Compendium of Knowledge. International Journal of Health Education, Switzerland, 1964. pages 105-108.]

Dans le cas d'évaluation de l'approche éducative, vous trouverez difficile de mesurer les résultats. Le fait de donner des leçons ou de faire des démonstrations et la faculté des gens à les répéter n'est sûrement pas la seule mesure. Le changement de comportement est le but, toutefois, ces changements ne sont pas facilement évalués immédiatement car il se peut qu'ils se produisent sur une longue période.

Comme toujours, durant votre travail avec la communauté, il sera nécessaire d'enregistrer vos observations. C'est un formulaire d'enregistrement par écrit que vous avez déjà fait pendant votre enquête sur la communauté. Vous devriez discuter l'importance de garder des dossiers avec le comité de santé.

L'évaluation des progrès d'activités complexes telles que la santé publique n'est jamais simple, mais elle peut être rendue plus simple en définissant clairement les objectifs du projet de bonne heure et en liant votre plan d'évaluation directement à ces objectifs. Avec une planification soigneuse, les données d'évaluation aideront à s'assurer que le projet est mieux géré, et que ceux qui supportent le travail, et notamment les membres de la communauté, auront confiance dans les progrès en train d'être réalisés.

(D'après : World Education Reports, "Evaluation". pp. 5-10)

20B Fiche de planification d'un projet d'éducation pour la santé

Objectif	Stratégie	Activités	Délai	Ressources	Rubriques A contrôler	Critères d'évaluation

Développé par: CHP International, Under Peace Corps Contract Number PC 284-1011).

FICHE DE PLANIFICATION DE PROJET D'EDUCATION POUR LA SANTE

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES	Délai	RESSOURCES	RUBRIQUE A CONTROLER	CRITERES D'EVALUATIONS
Au bout de 4 mois, 10% de la communauté devront être capables de préparer et d'administrer les SRO et SSS comme prescrit par le MS et l'OMS	CO	- Avec les chefs de la communauté et le personnel de la santé				Procédés :
		1) Discuter les méthodes à utiliser pour informer la communauté de besoin d'utiliser la TRO	Semaine 1		# d'affiches et de pamphlets observés dans la communauté	Justesse d'avoir des chefs impliqués dans le choix de media à utiliser dans la communauté.
		2) Trouver, obtenir et/ou développer les affiches, les pamphlets et les messages à la radio pour informer la communauté de l'importance de la TRO, Annoncer le lieu, la date et l'heure des séances de démonstration de TRO. Former des comités pour arranger et coordonner les annonces à la radio.	Semaine 3	Affiches imprimées, pamphlets et autres matériel du MS, Panneau d'affichage, marqueurs pour faire les affiches et tracs	# de gens qui ont entendu parler des séances de démo à la radio	Efficacité d'utiliser les enfants des écoles pour distribuer les affiches et les pamphlets.
		- Avec les ASC, les instituteurs et les enfants plus âgés, organiser un système de distribution des pamphlets et	Semaine 5			

		des affiches.				
TR	- Mener une groupe de travail TOT pour former les ASC à préparer et administrer les SRO et SSS pour démontrer les techniques d'enseignement aux parents qui assistent aux séances de TRO.	Semaine 7	Pour démo, TOT, grand pièce à la clinique avec tableau, chaises, tables. Matériel TRO à la fois pour les TOT et les démos : Sachets de SRO, paquets de sucre et de sel pour les SSS récipient et ustensiles utilisés localement et eau de source	# de ASC qui ont terminé la TOT et sont prêts à organiser les séances de démonstration avec les parents. # de gens qui assistent et terminent les séances de démo. # de gens qui peuvent préparer correctement les SRO et SSS.	Nombre adéquat de ASC ayant reçu une formation pour organiser les séance de démo, Efficacité de la TOT. Efficacité des séances à enseigner aux gens à mélanger les SRO et SSS. Justesse d'utiliser les démos et la pratique des techniques.	
	- Les ASC dirigent des séances de TRO de deux heures avec enseignement aux parents par la démonstration et la pratique de techniques, comment préparer et administrer les SRO et les SSS.	Semaine 9-16 2 fois par semaine	Transport pour les enfants Affiches & pamphlets en paquets, punaises, clous. Station radio. Matériel pour enregistrer les annonces. Transport pour les ASC Pamphlets et sachets et SRO supplémentaires			
COM	- Les ASC et les enfants des écoles distribuent les pamphlets et les posters pour informer la communauté de besoin de TRO et des séances	Semaine 7-10-13				

		de démonstration de TRO qui vont avoir lieu.				
		- Les comités des de radio font des annonces à la radio.	Semaine 7-16		# de visites à domicile	Efficacité, effectivité, justesse d'utilisation d'affiches, de pamphlets et de la radio pour informer au sujet de la TRO. Justesse des visites à la maison comme suivi de la formation.
		- Les ASC rendent visites aux parents à domiciles qui ont assisté aux séances de démonstration de TRO pour les observer lorsqu'il préparent les SRO et SSS à la maison et fournissent les informations supplémentaires.	Semaine 10-17		#de gens qui peuvent démontrer la faculté de mélanger la solution	Critères des résultats : 10% des membres de la communauté peuvent préparer et administrer correctement les SRO et SSS.

(Développé par: CHP International, Under Peace Corps Contract Number PC 284-1011).

Annexe du moniteur :

20A L'activité du pont de bambou

Matériel à préparer :

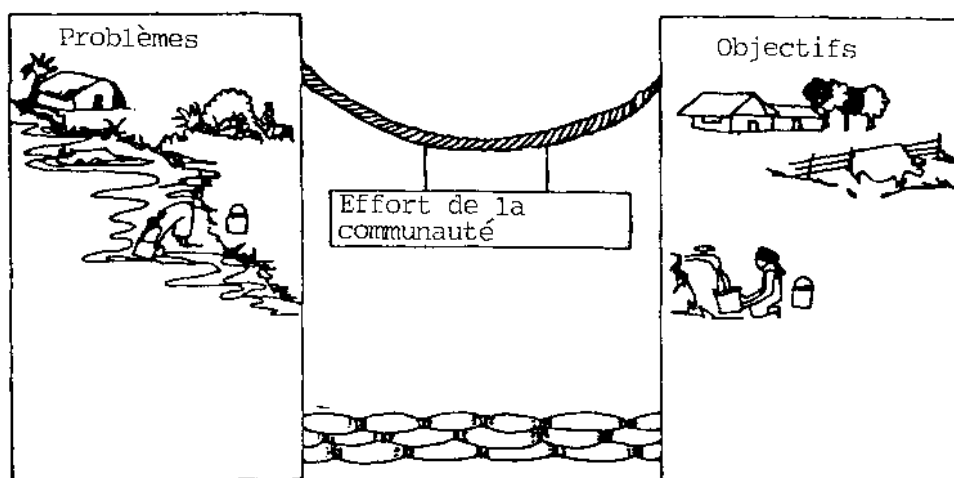
- un grand tableau en flanelle ou un tableau noir
- deux grandes affiches vierges
- 60 cm de fil ou de ficelle
- plusieurs bandes de papier de couleur (60 cm par 1cm)
- quatre longues bandes de papier (124cm par 8cm), une étiquetée "Etapes", une étiquetée "Obstacles", et une étiquetée "Effort de la communauté," et l'autre étiquetée "Ressources"
- 12-15 étiquettes en papier (24 cm par 8 cm.)
- plusieurs découpages en papier représentant des pieds nus, collez du coton ou du papier de verre sur le dos des étiquettes pour qu'elles collent au tableau en flanelle. Utilisez du scotch pour maintenir les étiquettes sur la tableau.

1. Avant la session, préparez une affiche illustrant le problème que votre groupe a identifié durant la session 17 (Comment identifier et analyser les problèmes de santé prioritaires) et une autre image illustrant l'objectif que vous avez développé dans la session 18 (Comment rédiger des objectifs d'éducation pour la santé). Etiquetez les images comme indiqué ci-dessous.

2. Invitez les membres de la communauté qui ont assisté à la session 17 à rendre visite à cette session si possible. Arrangez-vous pour avoir un traducteur, si nécessaire.

3. Accrochez les affiches et suspendez une ficelle entre les deux affiches. Attachez l'étiquette "Effort de la communauté" au milieu de la ficelle.

Affiches



4. Saluez le groupe et expliquez qu'ils vont participer à un simulacre de réunion de la communauté pour passer en revue les problèmes, les buts, les ressources et mettre au point un plan d'action pour atteindre les objectifs. Brièvement, rappelez comment votre groupe est arrivé aux problèmes et aux objectifs en question. Demandez aux autres participants d'imaginer qu'ils sont membres de la communauté participant à une véritable réunion de la ville.

5. Discutez des obstacles potentiels. Ecrivez le nom de chaque obstacle sur une étiquette et placez-le sous l'étiquette "obstacles" sous l'affiche des problèmes et des objectifs comme indiqué ci-dessous.

6. Discutez des ressources disponibles. Ecrivez le nom de chaque ressource, tel que "leadership du village", sur une étiquette et placez-la sous l'étiquette des "Ressources" entre les affiches des problèmes et des objectifs comme indiqué ci-dessous.

7. Demandez au groupe, "quelle est la première étape, utilisant les ressources, que vous pouvez prendre afin de résoudre votre problème et réaliser vos objectifs ?" Ecrivez leur réponse sur une étiquette et mettez-la sous "Etapes".

8. Mettez la feuille numéro lreprésentant des pieds sur le côté gauche du pont, dirigée vers l'objectif. Continuez à discuter le plan d'action étape par étape. Ajoutez chaque étape à la liste des "Etapes" et placez un autre pied sur le pont.

Le pont du bambou

Le pont du bambou



Obstacles	Ressources	Etapes

9. Demandez aux membres du groupe de résumer ce qu'ils ont accompli durant la réunion et fixez une date pour vous retrouver à nouveau et continuer à discuter du projet.

(Adapté de : Bridging the Gap. pp. 93-94.)

Session 21

Prospectus
Annexe du moniteur

Prospectus :

21A Contrôle et évaluation sur le terrain des campagnes de communication

Le contrôle sur le terrain des campagnes de communication, une fois qu'une campagne d'information a été lancée, questionne presque immédiatement les points suivants : "Est-ce que cela marche aussi bien que prévu ?", "La campagne est-elle faible ou échoue-t-elle d'une certaine façon ?", "Quels sont ses points forts et ses points faibles ?". "Quels sont les ajustements requis ?" Ceux qui commanditent le programme et paient son coût ne veulent pas attendre la fin de la campagne pour avoir les réponses à ces questions. Ils veulent (et méritent) les réponses à ces questions une fois que la campagne a commencé à fonctionner depuis quelques jours seulement. Les preuves factuelles qui peuvent faire économiser de l'argent et éviter les échecs (ou rendre le succès plus complet) sont requises de façon urgente à mi-chemin de la campagne de communication.

"Le contrôle sur le terrain" ou "l'évaluation à mi-chemin" est un sous-type spéciale de recherche dans le domaine des communications qui a la capacité de fournir des réponses à ces questions. Ce n'est pas un seul type d'activité de recherche mais un assemblage rapide de morceaux de preuves et de données qui, une fois rassemblés, donneront une image approximativement exacte de la façon dont le public à qui cette campagne est destinée réagit à la campagne. Ce n'est pas nécessairement quelque chose qui est fait une seule fois au cours de la campagne. Il est peut-être souhaitable de procéder à des "sondages" toutes les semaines, toutes les quinzaines, tous les mois ou tous les trimestres. La quantité de détails, la fréquence de la prise de sondages, et la quantité et le type d'analyses réalisées doivent dépendre de la nature du projet et du contexte dans lequel il doit être réalisé. Les notes qui suivent sont destinées à servir de guide général, devant être amplifié et modifié pour s'adapter aux projets individuels.

De façon à être utile et effectif, chaque épisode ou sondage par contrôle sur le terrain doit présenter les caractéristiques suivantes :

1. Il doit être fait rapidement - l'information est requise maintenant ;
2. Il doit être fait à bon marché - la plupart des campagnes de communications ne possèdent aucune ligne budgétaire pour le contrôle ;
3. Il doit focaliser sur quelques questions spécifiques ayant une importance critique pour le succès du projet;
4. Il doit fournir des données sûres et valables dans les limites de la tolérance d'exactitude nécessitées par les décisions à prendre.

Etablir une procédure de contrôle conforme aux spécifications ci-dessus n'est pas aussi difficile qu'il le paraît au départ. Heureusement, pour la plupart des programmes, les statistiques ou les données qui sont correctes dans les 10 à 15 pour cent des mesures vraies seront adéquates pour prendre les décisions nécessaires en ce qui concerne le besoin de changer le programme, ou de continuer avec les plans originaux.

Données "écrites" contre données "visuelles". Une controverse qui s'élève immédiatement de toute discussion sur le contrôle est de savoir si oui ou non il est suffisant d'interviewer de façon informelle quelques personnes et d'écrire ou de faire un rapport verbal sur les impressions générales recueillies grâce à l'exercice. La recherche "visuelle" de ce genre suffit grandement vous diront certains. D'autres insisteront sur la collecte de données statistiques "écrites" à partir d'un échantillon entièrement représentatif de la cible visée. Les défenseurs des données "visuelles" déclareront que les listes de vérification ou les questions à choix multiples sont inadéquates (même si elles donnent des statistiques impressionnantes), car le contrôle exige que

les gens aient la possibilité de critiquer les messages de manière inhibée- en utilisant des mots de leur propre choix. La position prise ici est que les deux philosophies ci-dessus sont correctes. Une méthodologie de contrôle efficace implique la prise des meilleures idées et techniques de chacune pour les associer en une procédure de recherche qui produira des données "écrites" là où les données "écrites" sont essentielles et des données "visuelles" là où elles sont essentielles. Cela permet aussi d'éviter les pièges de chacune de ces méthodologies comme elles sont généralement pratiquées. Parce que les données visuelles interviewent souvent un échantillon biaisé de personnes, pris généralement à un seul endroit, il y a sérieux danger de négliger la grande variation des réponses que la campagne suscite. Le contrôle doit tenir compte des observations d'un nombre de différents sites et développer un système quelconque pour s'assurer que les interviewés à chaque site ne sont pas sélectionnés parce qu'ils sont d'accès facile, co-opératifs, ou pour toute autre raison qui puisse déformer leur réaction. Parce que les méthodes de données écrites empêchent les gens d'exprimer leurs pensées avec leurs propres mots, une bonne procédure de contrôle réclame l'utilisation généreuse des questions ouvertes qui encouragent l'expression d'opinions franches d'une manière inhibée. Les techniques de l'analyse du contenu peuvent être utilisées pour coder ces réponses.

Taille de l'échantillon

Comme dans toute recherche, la précision des sondages du contrôle dépendra principalement de la taille de l'échantillon tiré et des procédures par lesquelles les interviewés sont sélectionnés.

Prendre d'énormes échantillons par des procédures d'échantillonnage demande énormément de temps et augmente les coûts. Dans la mesure où les données doivent provenir d'une mini-enquête, réalisée sur un petit échantillon d'interviewés dans une brève période de temps, la taille de l'échantillon est une considération principale. En général, un échantillon rapide de 50 cas, pris dans 10 localités différentes largement réparties et dont les caractéristiques varient à travers la gamme entière des communautés (cinq interviews étant faites à chaque point) fournira une preuve suffisamment exacte pour faire savoir au commanditaire s'il a réussi ou échoué et de combien et où et pourquoi. Avec un questionnaire court et un petit échantillon, il est possible de se conformer aux quatre spécifications clés prescrites dans la déclaration du début. Si une plus grande précision s'avère nécessaire, on peut prévoir un échantillon plus grand avec davantage de points d'échantillonnage si le temps, la main d'oeuvre et les fonds sont disponibles.

Coût et temps d'exécution

Si on prescrit une mini-enquête portant sur 50 cas, comme source principale de données de contrôle, les coûts définitifs et l'emploi du temps peuvent être estimés avec une assez petite marge d'erreurs.

(a) Temps d'interview Avec un court questionnaire et un bon moyen de transport, un enquêteur devrait pouvoir compléter cinq interviews en un jour. Pour 50 interviews, un total de dix jours/personnes est nécessaire. Si on utilise un total de 5 enquêteurs, la procédure d'interviews complète peut être terminée en deux jours. Le codage peut commencer aussi rapidement que les interviews commencent à arriver, ainsi le codage peut être terminé une demie journée après la fin des interviews.

(b) Le codage des interviews Les rubriques des "données écrites" des interviews seront auto-codées (pré-codées). Les rubriques des "données visuelles" (extensibles) ne nécessiteront qu'un codage très large de contenu d'analyse. Une personne peut coder 50 interviews en deux jours. Le codage peut commencer dès que les interviews commencent à arriver en provenance du terrain, de

façon que le codage soit complètement terminé dans la demi-journée qui suit la fin des interviews.

Classification

Les statistiques requises pour produire des "données écrites" sont simplement des comptes simples de fréquence ou des classifications croisées. Les 50 cas peuvent être notés à la main par une seule personne travaillant un jour. Si une trieuse compteuse est disponible, il sera plus rapide et plus sûr de perforer les cartes et de faire la classification par machine en une heure ou moins. Mais la classification par machine n'est pas importante à moins de vouloir explorer des points précis utilisant des procédures statistiques sophistiquées, (Certaines des procédures statistiques les plus puissantes et les plus compliquées impliquent tirer des conclusions utiles à partir de très petits échantillons de données. Donc, si un ordinateur est disponible, il est possible de suivre le premier contrôle préliminaire de façon plus complète et plus précise.)

Temps d'exécution total

Un exercice complet de contrôle peut être exécuté en une semaine comme suit :

Lundi (premier jour). Finalisez le questionnaire, faites-le en double et donnez vos instructions aux enquêteurs. Donnez les affectations sur le terrain.

Mardi (deuxième jour). Commencez le travail sur le terrain. Les enquêteurs doivent être transportés jusqu'aux sites échantillons et transférés d'une interview à l'autre rapidement. Idéalement, chaque enquêteur devrait conduire son propre véhicule de façon à minimiser le temps passé.

Mercredi (Troisième jour). Terminez les interviews. Si les interviews ont pris du retard le premier jour, ajoutez des enquêteurs supplémentaires ou arrangez-vous pour travailler plus longtemps pour terminer la tâche. Commencez le codage. Au fur et à mesure que chaque interview est codée elle peut être remise entre les mains de la personne chargée de la classification pour être classifiée.

Jeudi (quatrième jour). Terminez le codage et la classification à la main. Aussi rapidement que la dernière interview est codée et classifiée, les données devraient être remises à un analyste. L'analyste cependant a étudié les résultats préliminaires de la classification à la main au fur et à mesure qu'ils arrivaient, il sait déjà ce que seront les résultats. Il commence à écrire son rapport. En travaillant le soir, il arrivera à finir.

Vendredi (cinquième jour). Le rapport n'a besoin d'être que de quelques pages avec quelques résumés statistiques simples et des tableaux. Il peut être entièrement tapé à la machine (les tableaux peuvent être les doubles des fiches de travail) vers midi. L'après-midi du cinquième jour peut être consacré à une présentation des résultats au directeur du programme et à une discussion générale des implications qu'ils ont sur la campagne. On peut commencer à arriver à des décisions en vue du changement et à des révisions.

Dans la plupart des cas, il y aura suffisamment de temps pour exécuter ces étapes à une cadence moins rapide. L'emploi du temps mentionné ci-dessus est présenté uniquement pour montrer l'esprit et la vitesse possible lors d'une bonne recherche de contrôle.

Coût total du contrôle

Le coût total d'un épisode de contrôle est inférieur à US \$1.000. Le coût dans les sites outre-mer doit être considérablement moindre. Ce qui suit est le décompte des coûts pour une mini-enquête de 50 cas :

Enquêtes - 10 jours/personnes à \$25 par jour	\$250
Dactylo - 2 personnes par jour pour taper le questionnaire, le rapport	50
Codage et classification à la main - 3 personnes par jour associées	75
Supervision des interviews et du codage	100
Transport des enquêteurs	200
Salaire de l'analyste, du directeur d'études	150
Dépenses imprévues	50
Coût total du contrôle des "sondages"	875

Les coûts mentionnés ci-dessus couvrent tous les frais. Si on obtient la main d'oeuvre simplement en transférant le personnel du projet qui est déjà sur le livre de paye, les débours sont pratiquement zéro comprenant seulement le transport et les faux frais.

Vu que la plupart des campagnes de communication s'élèvent à des milliers de dollars, les dépenses des fonds mentionnées ci-dessus pourraient être un investissement précieux. Le coût modeste permet plus facilement de justifier deux tournées de contrôle ou plus si la campagne se prolonge.

L'interview de contrôle sur le terrain. Le secret d'un contrôle effectif est de limiter l'enquête à seulement quelques questions d'une importance cruciale pour la campagne. Ce n'est pas le moment pour l'enquêteur d'exercer sa curiosité scientifique générale. A la place il doit justifier chaque rubrique figurant au questionnaire selon la façon dont elle est directement liée aux questions soulevées quant au côté inadéquat de la campagne. Dans la plupart des cas cela limitera les questions à cinq catégories de rubriques :

1. Est ce que la cible visée reçoit le message ?
2. Est-ce que la cible visée comprend le message et se souvient de son contenu ?
3. Est-ce que la cible visée accepte ou rejette le contenu du message ?
4. Est-ce que la réaction du public envers la campagne est favorable ou défavorable ? Que trouve-t-il offensif ?
5. Est-ce que la cible visée répond au message en changeant son comportement de la façon souhaitée par les directeurs de la campagne ?

Les interviews de contrôle contiendront des questions qui permettront d'obtenir des données valides sur chacun des points ci-dessus mentionnés. Cela sera limité à ces catégories de questions, plus quelques questions "démographiques" concernant les caractéristiques de base des enquêtés, requises pour interpréter les résultats.

De façon à illustrer un questionnaire de contrôle type, on a mis au point un prototype grossier qui est présenté à l'Appendice A. Le libellé exact des questions doit être rédigé dans la langue locale ou dialecte. Le libellé donné est destiné à transmettre un sens. On utilise un exemple nutritif mais le sujet peut porter sur l'une des nombreuses variétés des programmes qui sont le sujet des communications de développement.

Une interview de contrôle est si brève qu'elle peut être terminée en 20 minutes ou moins dans la plupart des cas. En accordant 10 minutes pour établir le contact et amener la conversation sur le sujet en question et pour clôturer la conversation, un total de 2,5 heures de temps réel d'interview sont requises par jour pour obtenir 5 interviews. Les 5,5 heures restantes pourraient être utilisées pour les voyages entre les interviews. Cela donne une généreuse heure de voyage entre les interviews.

Analyse des données. Les réponses au questionnaire peuvent être classifiées afin de remplir la feuille de données suivante.

1. Pourcentage de personnes enquêtées recevant des messages par le truchement des médias suivants :

	Pour cent :
Visites à domicile	-----
Discussions de groupes	-----
Programmes à la radio	-----
Affiches	-----
Tract ou imprimé	-----
Autres médias	-----
N'a reçu aucun message, quel que soit le medium	-----
A reçu le message par contact personnel seulement	-----
A reçu le message par médias de masse seulement	-----
A reçu le message à la fois par contact personnel et par les médias de masse	-----

2. Pourcentage capable de se souvenir des messages. (Développer les résultats) :

	Pour cent :
Se souvient d'une grande partie	-----
Se souvient moyennement	-----
Se souvient très peu	-----
A reçu le message ne peut se souvenir de rien	-----
N'a pas reçu le message du tout	-----

3. Pourcentage aimant la présentation du message (parmi ceux qui le reçoivent) :

	Pour cent :
Visites à domicile	-----
Discussions de groupes	-----
Programmes à la radio	-----
Affiches	-----
Tracts	-----

4. Pourcentage rejetant le message (parmi ceux qui le reçoivent) :

	Pour cent :
Visites à domicile	-----

Discussions de groupes -----
 Programmes à la radio -----
 Affiches -----
 Tracts -----

5. Niveau de connaissance des enquêtés, selon la réception du message :

Niveau de connaissance	N'ont pas reçu de message	Ont reçu le message par		
		Média de masse seulement	Contact personnel seulement	A la fois masse & pers.
Elevé				
Moyen				
Faible				

6. Changement dans les pratiques d'alimentation et de nutrition :

Oui				
Non				

7. Parle aux autres au sujet de la nutrition :

Oui				
Non				

Si le temps le permet, on peut préparer une feuille avec les classifications mentionnées ci-dessus en séparant les hommes des femmes, les jeunes des vieux, les instruits des non instruits, en séparant les races ou les groupes ethniques, par tranches de revenus, etc.. Dans chaque cas la division doit être une simple dichotomie à cause du nombre restreint de cas. Si une machine à compter les résultats est disponible, la préparation de ces classifications croisées supplémentaires n'en sera que plus facile.

Analyse du contenu des réponses textuelles aux questions ouvertes

Aucun effort ne devrait être fait pour procéder à une analyse statistique des réponses textuelles aux questions ouvertes en plus de ce qui est exigé d'après le résumé ci-dessus. A la place, une dactylo devrait transcrire rapidement sur une seule série de pages les réponses à chaque question, séparément. Ces réponses devraient être lues et discutées dans l'évaluation, autant qu'elles le seraient dans n'importe quelle interview s'appuyant sur la collecte de données "visuelles". Ces commentaires spécifiques peuvent être très précieux pour la compréhension et l'interprétation de la réaction à l'enquête - ce qui va et ce qui ne va pas.

Planification à l'avance

De façon à être efficace, la recherche de contrôle sur le terrain doit être planifiée bien avant que la campagne de communication commence. Parce qu'une action rapide est nécessaire, le questionnaire doit être rédigé et pré-testé au préalable. Les enquêteurs devraient être identifiés et instruits auparavant. Les lieux d'échantillonnage et le plan de transport des enquêteurs sur ces lieux devraient être préparés à l'avance. Le plan de codage et de classification devrait être

préparé et essayé auparavant. En d'autres termes, il devrait y avoir répétition générale de l'étape de contrôle avant le lancement de la campagne de communication. Si c'est le cas, on fera l'expérience de tous les retards et difficultés qui seront découverts et corrigés. Si les enquêteurs attendent que la campagne soit commencée avant de développer un questionnaire et d'élaborer les plans de recherche, la recherche de contrôle va rencontrer de nombreux retards, et il est à craindre que les données soient pauvres et qu'elles arrivent trop tard pour être d'une utilité quelconque. La planification à l'avance est donc absolument obligatoire.

Appendice A

Une interview prototype pour contrôle sur le terrain d'une campagne de communication

A. Est-ce que le public reçoit le message ?

1. Avez-vous récemment vu ou entendu ou parlé à quelqu'un au sujet de la (nutrition) ?

Oui _____ Non _____

Posez les questions suivantes à quiconque quelle que soit la réponse à la question précédente :

- a) Est-ce que quelqu'un est venu vous rendre visite à domicile et en parler ?
- b) Vous êtes vous joint à une discussion de groupe où ceci était discuté ?
- c) Avez-vous entendu quelque chose à ce sujet à la radio ?
- d) Avez-vous vu une affiche ou un panneau à ce sujet ?
- e) Avez-vous vu un pamphlet ou une brochure à ce sujet ?
- f) Avez-vous (vu) ou (entendu) (parlé).. d'autres média utilisés dans la campagne ?
- g) Avez-vous parlé de cela à un ami ou un voisin ?

B. Est-ce que la cible visée comprend le message et se souvient de son contenu ?

Les questions 2,3 et 4 doivent être posées pour chaque rubrique de la question 1 dont la réponse est affirmative.

2. Pouvez-vous me dire s'il vous plaît tout ce dont vous vous souvenez de ce qui a été dit au sujet de la (nutrition) dans le (médium) ? Enregistrez la réponse mot pour mot aussi proche de la réalité que possible pour l'analyse du contenu.

Coups de sonde

- a) Est-ce qu'ils voulaient vous faire essayer quelque chose de nouveau ?
- b) Est-ce qu'ils voulaient que vous arrêtiez de faire quelque chose que vous faisiez ? Qu'est-ce qu'ils voulaient que vous arrêtiez de faire ?
- c) Quelle raison vous ont-ils donnée pour vouloir que vous fassiez ces choses là ?

C. Est-ce que la réaction du public est favorable ou défavorable ?

3. Que pensez-vous de ce (médium) ? Est-ce que vous avez aimé ou détesté (l'entendre)(le voir)(y participer) ?

Si détesté: Qu'est-ce qui ne va pas avec le (médium)? Pourquoi ne l'aimez-vous pas ? Enregistrez mot pour mot.

D. Est-ce que le public accepte ou rejette le contenu du message ?

4. Est-ce que vous avez pensé que l'information ou le conseil qui vous a été donné était correct ou incorrect? Est-ce en partie correct et en partie incorrect ?

Si incorrect (en tout ou en partie) : Que vous ont-ils dit qui n'est pas correct selon vous ?

Coup de sonde

Que vous ont-ils dit qui n'est pas correct selon vous ?

Enregistrez mot pour mot.

E. Est-ce que la cible visée répond au message en acquérant des connaissances et en changeant son comportement ?

5. Développez et insérez un test de connaissance comportant quatre rubriques. Exemple :

a) Quand un bébé est sevré, vaut-il mieux lui donner surtout une alimentation (à base de féculents) ou un mélange (alimentation équilibrée) ?

b) Supposez que vous êtes en train de préparer un repas pour les enfants. Quel repas suivant serait le meilleur pour qu'ils deviennent forts et pleins de santé : un repas comprenant (repas traditionnel) ou un repas comprenant (alimentation équilibrée recommandée) ?

c) Avez-vous entendu parler de protéines ?

Oui _____ Non _____

Lequel parmi les aliments suivants a le plus de protéines ?

Mais ou haricots ?

Pain ou fromages ?

Carottes ou poulet ?

Oranges ou bananes ?

Quels aliments parmi ceux mentionnés ci-dessus facilitent le développement de muscles forts chez les enfants ?

d) Avez-vous entendu parlé de "vitamines" ?

Oui _____ Non _____

Lequel des aliments suivants a le plus de vitamines ?

Oranges ou maïs ?

Bananes ou carottes ?

Choux ou haricots ?

Boeuf ou pain ?

Quel aliment est le meilleur parmi ceux mentionnés ci-dessus pour empêcher les enfants de tomber malades ?

F. La cible visée change-t-elle son comportement ?

6. Depuis que vous avez entendu ces messages au sujet de la (nutrition), avez-vous changé la façon dont vous nourrissez vos enfants ?

Oui _____ Non _____

Si "oui", quels changements avez-vous faits ?

Si "non", qu'est ce qui vous a empêché de faire des changements ?

a) Est-ce parce que vous n'avez pas cru les messages ?

b) Est-ce parce que vous pensez que ce n'est pas important ?

c) Est-ce parce que vous ne pouvez vous procurer les aliments nécessaires ?

sur le dossier du patient				
COMPREHENSIONS DE MERES:				
Des signes et symptômes				
de la déshydratation				
De la prévention de la déshydratation à domicile				
De la façon de préparer et de donner les SRO				
D'alimenter pendant et après la diarrhée				

LOGISTIQUE	Satisfaisant	Non-satisfaisant
Disponibilité des stocks de SRO		

Description des problèmes identifiés, s'il y en a _____

Commentaires (par exemple, travail spécialement bien fait; raisons possibles pour les réponses non-satisfaisantes; changements dans la performance depuis le dernier contrôle)

Recommandations : _____

Signature du superviseur _____

Fiche de travail pour contrôler la performance d'un agent de santé lors de la prestation des services de traitement de la diarrhée

RUBRIQUE A CONTROLER	RUBRIQUES LES PLUS IMPORTANTES	LA RUBRIQUE PEUT ETRE CONTROLEE PAR :					QUAND DOIT-ON CONTROLER LA RUBRIQUE		
		L'Observation des agents de santé ou du cadre des soins de santé	La conversation avec les agents de santé	La révision des dossiers	La conversation avec les mères au moment du traitement	Les visites à domicile pour observer et parler avec les patients et les mères	Chaque mois	Chaque Trimestre	
Activités des agents de santé	Evaluation de la déshydratation								
	Préparation des SRO								
	Provision du traitement								
	Instructions aux mères sur ce qu'il faut faire à la maison								
	Enregistrement du traitement sur le dossier du patient								

		Utilisation des cartes de stock								
Résultats des activités des agents de santé	Compréhension des mères	Mères comprenant les causes et les risques de la déshydratation								
		Mères comprenant les symptômes et les signes de la déshydratation								
		Mères comprenant la prévention de la déshydratation à la maison								
		Mères comprenant comment								

21C Exemples de rubriques à contrôler

Comment les mères comprennent-elles la diarrhée

- Compréhension des causes et des risques de déshydratation
- Compréhension des signes et des symptômes de déshydratation
- Compréhension de la prévention de la déshydratation à la maison
- Compréhension de la façon de préparer et de donner les SRO
- Compréhension de l'alimentation pendant et parès la diarrhée

Résultats

- Guérison, renvoi pour traitement ultérieur, ou décès
- Pratiques alimentaires des mères pendant et après la diarrhée
- Pratique des mesures de prévention de la diarrhée
- Satisfaction des mères vis-à-vis du service

Activités des agents de santé

- Evaluation de la déshydratation
- Préparation des SRO
- Provision du traitement
- Instructions aux mères sur ce qu'il faut faire à la maison
- Enregistrement du traitement sur le dossier du patient

Notez que cette liste comprend des exemples de rubriques à contrôler pour le traitement de la diarrhée. Il se peut que vous souhaitiez modifier cette liste pour votre utilisation propre selon le temps que vous pourrez passer à contrôler et votre rôle dans le programme de contrôle des maladies diarrhéiques. Souvenez-vous que vous n'aurez pas toujours besoin de consulter toutes ces rubriques sur vos listes chaque fois que vous faites un contrôle.

(Adapté d'après : WHO Supervisory Skills "Monitoring Performance". p.3.)

Session 22

Prospectus :

22A Critères d'évaluation des stratégies

22B Fiche d'évaluation

22A Critères d'évaluation des stratégies

De façon à comparer la performance du projet planifié vous devez concevoir des mesures qui vous donneront les informations dont vous avez besoin pour faire des comparaisons. Lorsque vous considérez quelle stratégie mettre en oeuvre vous devriez appliquer l'un ou tous les critères suivants.

1) Suffisance : Etant donné la taille du problème, est-ce que cette stratégie fera vraiment une différence pour être valable ? Par exemple, supposez qu'il y a 1.000 étudiants ayant de graves problèmes de famille et des problèmes personnels, et votre stratégie fera un travail fantastique en aidant 10 d'entre eux. Cela vaut-il la peine ?

2) Applicabilité : Est-ce que c'est "bien" pour vous d'utiliser ce genre de stratégie ? Cette question porte sur le fait si oui ou non la stratégie est applicable au but général de l'organisation et aussi si la stratégie est appropriée pour être utilisée par quiconque. Un exemple extrême : La plupart des gens seront d'accord probablement sur le fait que l'élimination propitiatoire n'est pas une stratégie appropriée pour éliminer le problème des délinquents .

3) Effectivité : Quelles sont les chances de réussite de cette stratégie à atteindre l'objectif fixé ? Par exemple, si l'objectif est de résoudre les problèmes personnels et familiaux de 100 étudiants, est-ce que la stratégie qui consiste à donner des consultations aux étudiants leur permettra à tous de résoudre leurs problèmes ? Si l'objectif est d'améliorer la compétence des secrétaires en sténo, est-ce que la stratégie qui consiste à donner une formation en prenant des notes sous la dictée et en transcrivant ces notes leur permettrait de faire un meilleur travail ? Est-ce que la pratique de la sténo sur le tas serait tout aussi effective ou plus effective ?

4) Efficacité : Est-ce que la stratégie est coûteuse par rapport aux avantages obtenus ? Est-ce que les avantages obtenus valent l'argent dépensé et les autres ressources utilisées ? Est-ce que vous en avez pour votre argent ? Par exemple, si le coût des consultations est inférieur au coût résultant de la future délinquance, alors c'est une stratégie "efficace". Si le coût de formation de la force de ventes est supérieure au montant des revenus futurs prévus provenant d'une augmentation des ventes, alors c'est une stratégie "inefficace."

(D'après : HIP Pocket Guide to Evaluation)

22B Fiche d'évaluation

CRITERES D'EVALUATION	METHODES DE COLLECTE DES INFORMATIONS	QUI EST IMPLIQUE	QUAND

(Développé par: CHP International, Under Peace Corps Contract Number PC 2841011).

FICHE D'EVALUATION

CRITERE D'EVALUATION	METHODES DE COLLECTE DES INFORMATIONS	QUI EST IMPLIQUE	QUAND
Critères du processus:			
Justesse d'avoir les chefs impliqués dans le choix des media à utiliser dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> Interviews avec les membres de la communauté sur la réaction à comprendre les messages des media Discussions de groupes avec les chefs 	Les chefs, le personnel de santé les ASC, les membres de la communauté	Semaines 8 et 12
Efficacité d'utiliser les enfants des écoles pour distribuer les papiers et les pamphlets.	Enquête sur le placement et le nombre d'affiches et de ménages qui ont reçu des	Les ASC, les instituteurs, les enfants, les membres de la	A la suite des activités de distribution

	pamphlets.	communauté	
	• Réunion avec l'instituteur		
	• Faire du porte à porte pour savoir combien de gens ont entendu parler des SRO et des séances de démo		
Nombre d'agents sanitaires adéquat ayant suivi une formation pour faciliter les séances de démonstration	• Quotient ASC/Participants dans les séances de démo	Les coordinateurs de TOT	Continu durant la TOT et les séances de démo
	• Interviews avec les ASC	Les ASC	
Efficacité de la TOT lors de la préparation des AS de la communauté.	• Fin des évaluations des groupes de travail		
	• Retour démo	Les participants aux séances de démo	Continu durant les
	• Visites à domicile		
Justesse d'utiliser les démos et la pratique des compétences.			
Effectivité et efficacité et justesse des affiches, pamphlets et radio pour informer sur les SRO	• Enquête sur le nombre de gens atteint	Personnel de santé, ASC, Chefs, Enseignant, membres de la communauté	A la fin des semaines 8, 12 & 16
	• Interview avec les membres de la communauté		
	• Discussion de groupe avec les chefs et le personnel de santé		
Justesse des visites à domicile comme suivi de la formation	• Rapports des visites	ASC, Personnel de santé et participants	Deux fois par mois durant les visites à domicile
	• Interviews avec les ASC et les participants		
Critères des résultats:	• Révision des données de base	Personnel de santé, ASC, Membres de la communauté	Au milieu et à la fin du projet
10% des membres de la communauté peuvent mélanger et administrer correctement les SRO et les	• Révision des dossiers de la clinique pour déterminer la diminution des cas de déshydratation		

SSS.	signalés.		
	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête auprès des ménages pour évaluer la connaissance et les compétences en matière de SRO 		

(Développé par: CHP International, Under Peace Corps Contract Number PC 284-1011)

Session 23

Prospectus Annexe du moniteur

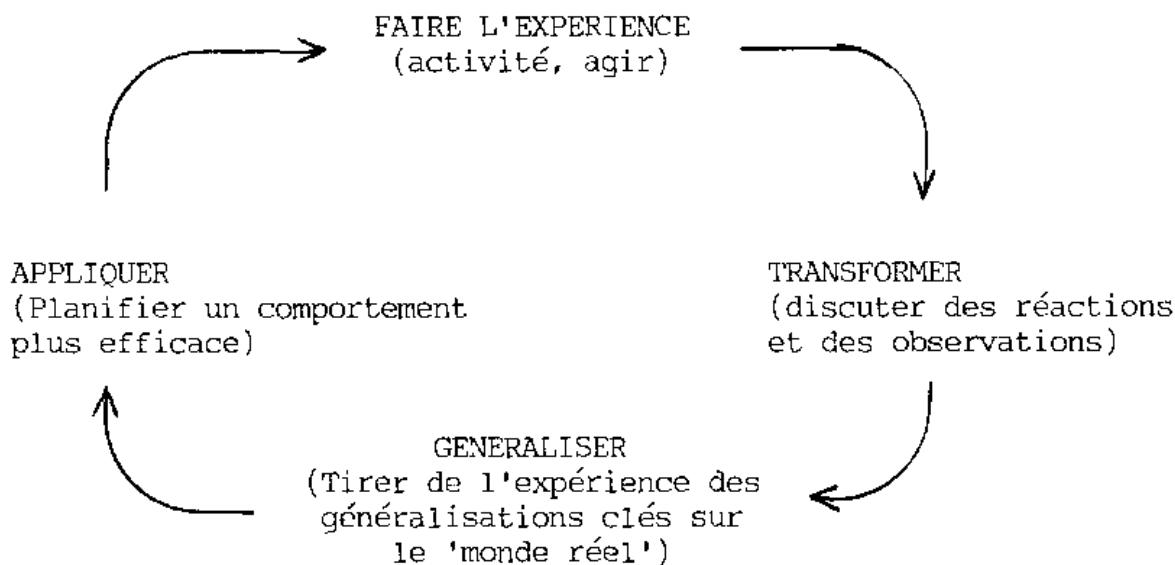
Prospectus :

- 23A Le cycle d'enseignement expérimental**
- 23B L'utilisation d'images pour stimuler la discussion**
- 23C Directives pour utiliser la discussion de groupe**
- 23D Directives pour la démonstration**
- 23E Les techniques de formation**

23A Le cycle d'enseignement expérimental

Le cycle d'enseignement expérimental est basé sur la façon dont les gens résolvent leurs problèmes grâce aux expériences journalières ("faire l'expérience"), interprètent ces expériences ("Transformer"), en tirent des généralisations (généraliser), et déterminent comment utiliser l'enseignement dans la vie de tous les jours. ("appliquer").

Exemples de la vie quotidienne



- Faire l'expérience : Une femme observe son enfant malade ranimé par les SRO donnés d'abord par l'agent de santé et puis par elle une fois que l'agent de santé lui dit comment faire le mélange et l'administrer.
- Transformer : La femme pense à la ranimation de son enfant, comme c'est difficile de payer pour les sachets et de se rappeler comment faire pour les mélanger. Elle pense aussi à l'enfant qui est mort l'année passée de la même maladie. Elle discute de cela avec sa soeur.
- Généraliser : Les deux femmes arrivent à la conclusion que la boisson SRO vaut bien le coût et l'effort parce qu'elle peut sauver la vie de leurs enfants.
- Appliquer : Elles prévoient d'aller au dispensaire chercher des sachets SRO à nouveau la prochaine fois que leurs enfants sont malades. L'utilisation des sachets SRO à nouveau représentera une autre expérience, recommençant le cycle à nouveau.

23B L'utilisation d'images pour stimuler la discussion

Il y a différentes façons d'utiliser des images avec des discussions. Quelques-unes sont données ci-dessous. Vous trouverez d'avantage d'idées dans les sections intitulées : Comment aider les agents de santé à apprendre et combler les lacunes.

L'image à problèmes

Montrez une image illustrant les problèmes de santé en général dans la communauté comme une façon anodine d'identifier les problèmes locaux et de discuter ce qui peut être fait à ce sujet. Montrez une image comme celle indiquée ci-dessous et demandez aux gens :

- Qu'est-ce qui se passe ici ?
- Pour quelles raisons ?
- Est-ce que cela peut se passer où vous habitez ?
- Que pouvons-nous faire ensemble à ce sujet ?

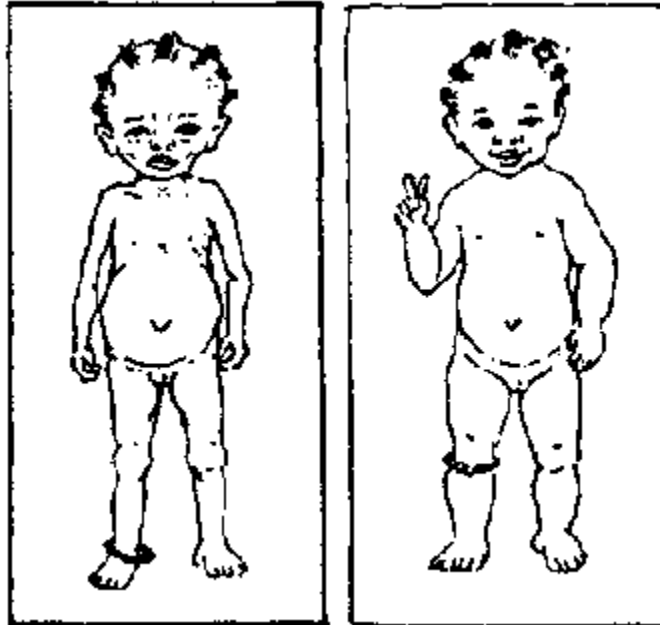
L'image à problèmes



Images de comparaison

Deux images, telles que celles ci-dessous, peuvent être utilisées pour faire le contraste entre des situations désirables et non désirables ou entre des pratiques dangereuses et des pratiques salutaires. Ceci fournit un moyen pour aider les communautés à analyser quels sont les problèmes de santé qui existent et considérer d'autres possibilités spécifiques.

Images de comparaison



Histoire à images avec une lacune

Ceci est une histoire avec un problème de santé dans la communauté qui se termine avec le problème résolu. La partie de l'histoire qui explique la façon dont le problème est résolu est créée par les membres de la communauté. Cela les force à analyser leur propre situation et les aide à établir des objectifs.

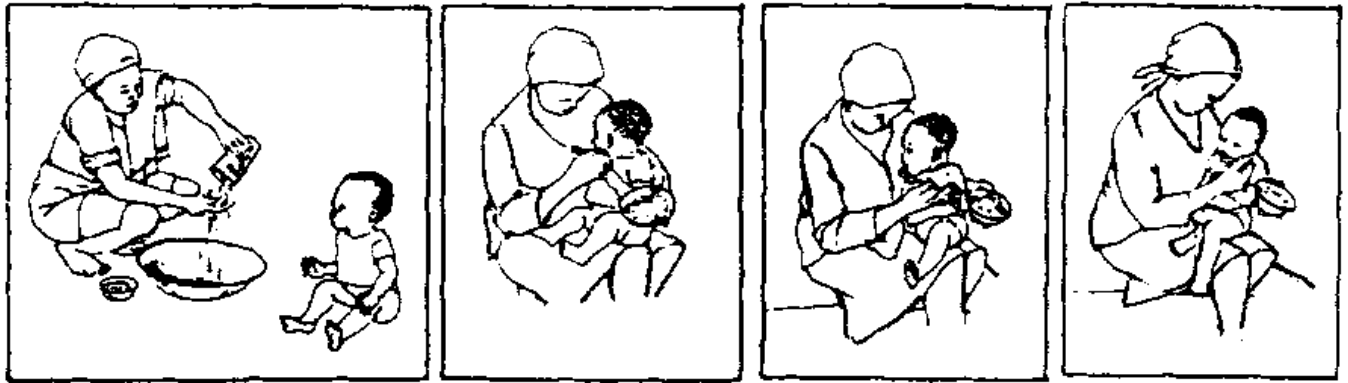
Histoire à images avec une lacune



Une série d'images

Une série d'images peut être utilisée par un éducateur de santé pour raconter une histoire de santé. Donnée aux villageois, les images fournissent une façon d'exprimer leurs sentiments, leurs inquiétudes et leurs idées en créant leur propre histoire racontée par des images.

Une série d'images



Une série d'images

Images dessinées par les membres de la communauté Dessiner des images sur les problèmes de la communauté et les objectifs est une façon dont les membres de la communauté de s'exprimer et d'examiner leurs perceptions, leurs besoins, leurs options.

(Adapté d'après : Teaching and Learning with Visual Aids)

23C Directives pour utiliser la discussion de groupe

Préparer

- Décidez de votre objectif pour la discussion.
- Préparez quelques questions ouvertes que vous pouvez poser pour démarrer la discussion.
- Réunissez les aides visuelles que vous allez utiliser pour commencer la discussion.
- Entraînez-vous à utiliser les aides visuelles si nécessaire.
- Essayez d'en savoir le plus possible sur les participants.
- Allez voir le lieu où la discussion va se tenir.
- Disposez les sièges de façon à augmenter l'interaction.

Mener la discussion.

- Commencez à l'heure.
- Essayez de mettre le groupe à l'aise
- Énoncez le but général de la discussion. (On suppose que vous avez des objectifs d'enseignement spécifiques et que cette technique est appropriée.)
- Demandez si cela répond à leurs besoins.
- Demandez aux participants quels sont leurs objectifs et expliquez comment ils seront couverts au cours de la discussion.
- Introduisez le sujet clairement et de façon concise.
- Expliquez les procédures de discussion et définissez ses limites.
- Encouragez la participation de tous les membres.
- Contrôlez le membre qui parle trop.
- Faites sortir le membre timide de sa coquille.
- Ne permettez pas à un membre ou plusieurs de monopoliser.
- Traitez avec beaucoup de tact les contributions sans rapport avec le sujet.
- Évitez les arguments personnels.
- Continuez à faire progresser le sujet.

- Maintenez la discussion sur le sujet.
- Résumez fréquemment.
- Utilisez les aides visuelles si possible.
- La meilleure discussion est souvent celle où le moniteur ne parle que 20 pour cent du temps.

Résumer la discussion

- Passez en revue les points importants de la discussion.
- Passez en revue les conclusions qui ont été atteintes.
- Clarifiez ce qui a été accompli par la discussion.
- Ré-énoncez le point de vue de n'importe quelle minorité.
- Parvenez à un accord pour toute action proposée.

Evaluer

- Observez les élèves pendant la discussion pour être sûr qu'ils continuent à s'intéresser au sujet et ne s'ennuient pas et ne tiennent pas en place.
- Demandez aux élèves dans quelle mesure ils pensent que l'objectif de la discussion a été réalisé..
- Dans quelle mesure pensez-vous que l'objectif de la discussion a été accompli ?

(Adapté d'après : Teaching and Learning with Visual Aids)

23D Directives pour la démonstration

Types de démonstrations

Démonstration de la méthode : Montre comment exécuter une technique et explique chaque étape telle qu'elle est réalisée.

Démonstration du résultat : Promouvoit l'intérêt et l'acceptation d'une nouvelle pratique en indiquant les résultats (avantages) réels.

Démonstration de la méthode-résultat : Associe le quoi, le pourquoi, le quand et le comment d'une pratique améliorée avec la preuve physique des avantages.

Comment mener des démonstrations

Préparer

- Soyez certain que le sujet soit à propos et se rapporte à la situation.
- Dressez la liste de toutes les étapes de la procédure.
- Réunissez et organisez tout le matériel dont vous aurez besoin. Utilisez le même genre de matériel et d'équipement que ce que vos élèves utiliseront.
- Pratiquez la démonstration, de préférence devant des amis qui savent aussi comment exécuter la tâche. Demandez-leur ce qu'ils pensent de votre langage, de votre crédibilité et si on vous comprend facilement. Si vous avez des problèmes avec la langue, vous voudrez peut-être utiliser un interprète.
- Arrangez l'endroit où vous allez faire la démonstration de façon que chacun puisse voir ce que vous faites.

Démontrer la procédure

- Faites que la démonstration soit aussi brève et rapide que possible.
- Etablissez un rapport avec le public avant de commencer réellement la démonstration. Il se peut

que vous vouliez leur parler de façon informelle avant la séance.

- Présentez-vous et énoncez le sujet de la démonstration. Expliquez immédiatement en quoi elle concerne le public.
- Montrez la procédure lentement, une étape à la fois et expliquez chaque étape au fur et à mesure que vous la terminez.
- Faites participer vos élèves à la démonstration autant que possible. Les questions que vous pouvez poser sont :
 - Que dois-je faire ensuite ?
 - Pourquoi est-il nécessaire de procéder ainsi plutôt que d'une autre façon ?
 - Soyez certain que chacun peut voir la démonstration. Encouragez les questions et arrêtez-vous pour y répondre.

Passer en revue la procédure

- Demandez à l'un des participants de répéter la procédure tandis que les autres observent pour voir si elle est suivie correctement, et critiquez la performance quand c'est terminé.
- Donnez à chacun la possibilité de pratiquer la technique.
- Complimentez une performance correcte et corrigez les erreurs en plaisantant.
- Il se peut que vous vouliez préparer un prospectus qui résume les étapes de la procédure soit avec des mots et/ou des images selon ce qui semble le plus approprié pour vos élèves.

Evaluer

- Est-ce que les élèves peuvent répéter la procédure correctement ?
- Est-ce que chacun peut voir toutes les étapes de la procédure ?
- Est-ce que les questions des élèves suggèrent que la démonstration prêtait à confusion d'une manière ou d'une autre ?
- Si possible arrangez-vous pour assurer la continuation avec la séance d'un autre groupe ou des visites à domicile pour être certain que les participants se souviennent de la façon d'exécuter la procédure correctement et de l'utiliser en fait dans leur travail ou à la maison.

Suggestions pour les sujets de démonstration

- Comment mélanger la solution de SRO (voir session 41, Thérapie de réhydratation orale).
- Comment faire et utiliser un bébé fait avec une gourde pour enseigner la réhydratation orale (voir : Comment aider les agents de santé à apprendre)
- Comment mélanger des aliments de sevrage (voir session 31, L'allaitement et les aliments de sevrage).

Comment évaluer l'état de santé d'un nouveau-né en utilisant un ruban à mesurer (voir Comment aider les agents de santé à apprendre et session 29, Comment reconnaître la malnutrition).

(Adapté d'après : Teaching and Learning with Visual Aids. pp. 356357 et Peace Corps Draft Materials.)

23E Les techniques de formation

TECHNIQUE	DESCRIPTION	RAISON
Discours magistral	Cours dispensé par l'enseignant à un groupe	a) Présenter une matière b) donner des informations c) Encourager l'enthousiasme pour un sujet
Démonstration	Une présentation qui montre aux gens ce qu'il faut faire	a) Démontrer une technique, procédure ou processus

		b) Donner des informations
Pratique	Exercice par lequel on apprend à travers la pratique	a) Développer et évaluer les habiletés b) Développer confiance en exécutant certaines tâches
Discussion/Débat	Interaction au sein d'un groupe où les participants offrent leurs opinions sur des sujets spécifiques ou simulée	a) Etude d'un problème ou question b) Analyse ou évaluation d'une expérience réelle
Etude de cas	Description d'une situation spécifique (écrite ou dramatisée) discutée par le	a) Discussion des problèmes dans un contexte b) Stimuler discussion des groupe similaires liés à une étude de cas
Aides Visuelles	Utilisation d'un stimulant en vue d'inciter la discussion des situations réelles	Pièces ou images utilisées à présenter les problèmes auxquels font face les participants. Les deux rendent plus objective la situation afin que les Ps puissent prendre du recul et regarder la situation d'un oeil critique
Jeu de rôle	On demande à deux ou plus d'individus de réagir spontanément à une situation donnée, en jouant les rôles tel qu'ils conçoivent leur personnage	a) Permet aux personnes de se mettre dans la peau des autres et d'éprouver leurs sentiments, émotions, etc. b) Identification des solutions alternatives aux problèmes
Simulation	On demande aux Ps de s'impliquer dans une situation réelle demandant une réponse et la recherche d'une solution alternative	a) Permet aux individus d'expérier une situation de prise de décision sans avoir la nécessité d'en assumer les conséquences. b.) Etude des problèmes potentiels et les solutions dans le contexte des situations quotidiennes
Lancement d'idées	Au lieu d'attaquer un problème logiquement, cette technique encourage les Ps de lancer beaucoup d'idées sans les évaluer. Plus tard, chaque idée sera évaluée	a) La collecte de beaucoup d'idées en vue d'une discussion/débat. b) Stimuler beaucoup d'idées c) Obtenir des solutions spontanées aux problèmes

(De: How to Run a Radio Learning Group Campaign, David Crowley, et al., p.114).

Annexe du moniteur :

23A Jeu de rôle sur la façon dont les adultes apprennent le mieux

23B Comment décider quand utiliser l'enseignement expérimental

23C Le théâtre de marionnettes peut-il communiquer un message de façon efficace ?

23D "Aime-le et fais-le apprendre"

23E Quelques pensées sur l'utilisation de l'enseignement non-formel dans le monde réel

23F Comparaison entre approche de l'enseignement centrée sur l'enseignant et approche centrée sur l'élève

23A Jeu de rôle sur la façon dont les adultes apprennent le mieux

But

Ce jeu de rôle fournit une expérience immédiate concrète à utiliser comme base pour identifier les éléments de base à inclure dans la conception de bonnes séances d'éducation sur la santé. Parce que plusieurs étapes de la session s'appuient sur le jeu de rôle comme centre de discussion, il est particulièrement important de travailler avec les joueurs de rôle avant la séance et de s'assurer qu'ils sont prêts à inclure tous les aspects nécessaires à leur rôles.

Le décor

Une communauté rurale dans le pays où les participants ont été affectés. Les villageois ont de faibles revenus, peu d'instruction et une hygiène généralement pauvre. Leur expérience avec les éducateurs de santé à ce jour a été que les éducateurs disent aux villageois ce qu'il faut faire pour améliorer la santé dans la communauté mais n'encouragent aucune suggestion de la part des villageois sur les besoins et les solutions.

Educateur de santé numéro un, l'expert: Ce rôle montre l'approche condescendante envers l'éducation pour la santé. Les actions du joueur de rôle devront réfléchir à la perspective suivante.

- L'éducateur de santé sait ce qui est bon pour les villageois.
- Les villageois sont considérés comme des ignorants.
- Les informations s'écoulent de l'éducateur vers le village
- L'éducateur fournit des réponses, des solutions aux problèmes du village.
- Selon cet éducateur de santé, "un villageois qui refuse de suivre les pratiques recommandées est comme un homme malade. Vous devez le forcer à manger et il vous remerciera quand il ira mieux."
- L'éducateur assume que la connaissance peut être versée dans les élèves adultes comme une tasse de thé.
- Les villageois doivent être manipulés pour changer de comportement afin d'accomplir les objectifs de santé.

Educateur de santé numéro deux: l'organisateur. Ce rôle illustre l'approche du dialogue de la communauté envers l'éducation pour la santé. Les actions du joueur de rôle devraient refléter la perspective suivante.

- L'éducateur assume que les villageois savent quelque chose au sujet de la santé et ont des raisons justifiant leurs pratiques basées sur l'expérience.

- L'éducateur partage la connaissance.

- L'éducateur aide les villageois à identifier et réfléchir de façon critique sur leurs problèmes.

- L'éducateur montre le rapport entre ce qui est connu et ce qui est appris.

Les deux joueurs de rôle peuvent se référer à "Comment aider les agents de santé à apprendre", chapitre 1 pages 1-3, 17-23 pour avoir des idées sur la façon d'interpréter leurs rôles.

Demandez au participant qui joue le rôle de l'organisateur d'inclure une ouverture et une clôture à la séance (Comme décrit à l'étape 3). Aussi demandez à cette personne d'utiliser les techniques d'évaluation indiquées dans "Comment aider les agents de santé à apprendre" chapitre 9 pages 13-21.

Les villageois

Demandez au reste des participants de jouer le rôle des villageois utilisant la description du décor comme guide.

Message échantillon

Demandez aux joueurs de rôle de présenter un bref message simple sur la santé, de préférence en utilisant des images. Par exemple, l'expert pourrait présenter le message : "Nettoyons les ordures dans nos cours pour rendre la communauté plus saines", comme un ordre, montrant l'image d'un village sale et une autre d'un village propre. L'organisateur pourrait utiliser les deux mêmes images pour stimuler la discussion sur ce qui se passe sur les deux images et l'application que cela peut avoir sur la communauté locale, pour aider la communauté à identifier leur problème et décider quelle action suivre.

23B Comment décider quand utiliser l'enseignement expérimental

Les questions suivantes fournissent des directives pour décider quand utiliser l'enseignement expérimental et quand l'associer avec un enseignement davantage orienté vers les conférences pour une situation en particulier.

1. Comment l'élève va-t-il utiliser ce qui est appris ? Si l'élève a besoin d'appliquer ce qu'il a appris pour résoudre les problèmes ou faire quelque chose, une approche plus expérimentale est nécessaire. S'il a seulement besoin de se rappeler les informations, on peut utiliser une approche orientée davantage vers les conférences.

Exemple : Si l'élève a besoin de mélanger correctement les sels de réhydratation orale, il est nécessaire d'avoir recours à une démonstration et une pratique supervisée. Si l'élève veut savoir comment fonctionnent les SRO, une présentation avec des aides visuelles peut être efficace.

2. Est-ce que l'élève utilisera ce qu'il a appris souvent ? Plus il l'utilisera souvent, plus l'enseignement doit être expérimental.

Exemple : Si les agents de santé doivent enregistrer la taille et le poids des enfants sur un tableau de croissance chaque jour, ils ont besoin d'une démonstration, et d'une pratique supervisée pour apprendre à le faire. Si les agents de santé aident l'infirmière en chef une fois par an à préparer les chiffres pour le rapport annuel de surveillance des maladies, une causerie passant en revue le formulaire de rapport suivie d'un temps de questions et réponses préparera les infirmières à la tâche qui consiste à remplir un rapport de surveillance.

3. Est-ce que l'élève aura besoin d'adapter ce qu'il a appris à différentes situations ou utilisera-t-il l'enseignement tel quel ? Si une utilisation flexible de l'enseignement est nécessaire, une approche plus expérimentale est requise.

Exemple : Un agent de santé qui a besoin d'être capable de conseiller différentes femmes de différentes façons sur les méthodes de planning familial a besoin de pratiquer ses conseils dans une situation où elle peut obtenir des informations en retour de la part des autres. Un agent de santé peut apprendre comment remplir un formulaire standard d'antécédents médicaux par une brève causerie, démontrant comment remplir le formulaire et le carnet qui résumant les informations requises pour chaque réponse sur le formulaire.

4. Est-ce que l'enseignement risque d'être déconcertant ou de prêter à confusion pour l'élève ? Si oui, il est nécessaire d'avoir recours à une activité plus expérimentale. Décider ce qui est déconcertant et ce qui prête à confusion implique bien connaître la communauté.

Exemple : Dans une communauté qui accepte déjà l'importance de la vaccination chez les enfants, mais résiste à l'idée d'espacer les naissances, le dernier sujet nécessiterait une approche plus participante telle que l'utilisation de séries d'images pour stimuler la discussion sur les problèmes associés aux familles nombreuses. Les informations sur le programme de la prochaine visite de l'équipe mobile d'immunisation peuvent être annoncées par le crieur du village et durant une réunion du village.

5. Est-ce que l'instruction est complètement nouvelle, étrangère, nécessitant d'oublier ce qui a été appris au préalable ? Si oui, alors un enseignement plus expérimental est nécessaire.

Exemple : Dans de nombreuses communautés, l'idée de donner des liquides à un bébé qui fait des crises de diarrhée est contraire aux pratiques traditionnelles d'arrêter la consommation d'eau pour arrêter la diarrhée. Une technique de participation, telle que de faire dessiner aux mères ou aux enfants un "bébé" sur un sac en plastique ou une gourde et faire un trou dedans et y verser de l'eau comme base permettant de discuter de ce qui arrive au bébé si vous ne continuez pas à lui donner de l'eau, peut aider les gens à "désapprendre" la pratique qui consiste à ne pas donner d'eau. Si l'allaitement au sein est couramment poursuivi quand un bébé est malade, il est suffisant généralement de faire des compliments à la mère et de l'encourager à continuer cette pratique.

6. Ajoutez d'autres exemples tirés de votre propre expérience et encouragez les participants à en ajouter également.

(Adapté de : C. R. Bell and R. Margolis, "Blending Didactic and Experimental Learning Methods")

23C Le théâtre de marionnettes peut-il communiquer un message de façon efficace ?

Soins de santé primaires et développement de la communauté par les média populaires... Une expérience faite dans les taudis de Colombo. par Carol Aloysius

"C'est une nouvelle expérience qui est tentée pour répandre le message des soins de santé primaires (SSP) parmi la population qui a quelques connaissances sur la santé et l'hygiène."

Cette approche originale des communications de support du programme, qui utilise les formes d'art traditionnelles pour transmettre des messages de santé à la population cible, vise à apporter son appui à un projet en cours d'amélioration des taudis- le projet de Développement communautaire et de santé environnementale lancé il y a trois ans par le gouvernement de Sri Lanka et l'UNICEF. C'est la première fois qu'un tel projet de communication a été formulé pour être exécuté de façon systématique et exhaustive à Sri Lanka.

Un comité composé de dix membres vient d'être établi et comprend les représentants des départements du gouvernement tels que le conseil municipal de Colombo, le "Common Amenities Board," et le "Urban Development Authority, pour contrôler le projet qui sera inauguré officiellement sous le nom de "Jana Udava" (Le réveil du peuple).

Est-ce que le théâtre peut être considéré comme un moyen efficace d'élever la qualité de vie en général d'un peuple vivant dans la misère ? Est-ce qu'un objet inanimé tel une marionnette peut jouer le rôle du communicateur de messages de santé ?

Simon qui est consultant de l'UNICEF dans cette expérience originale, répond par l'affirmative à ces questions. "Le théâtre aide à faire passer n'importe quelle sorte de message, en particulier auprès d'un public sans instruction, de façon beaucoup plus tangible et significative que n'importe quelle discussion ou film le ferait." Mais pourquoi le théâtre populaire ? Pourquoi pas une forme plus moderne de théâtre ? "parce que", explique-t-il, "ce genre de théâtre appartient à la catégorie de gens à qui s'adressent nos messages et qu'ils comprennent et apprécient. Quant à l'utilisation de marionnettes dans ce but, c'était juste une expérience faite pour coïncider avec les théâtres de marionnettes traditionnelles mis en scène à Vesak. Le fait que ce fut un énorme succès prouve que les marionnettes peuvent être un moyen de communication efficace."

Les deux théâtres de marionnettes mis en scène à Vesak cette année étaient basés sur les contes de Jataka qui ont pour sujet central la vie de Bouddha. Leur qualité unique était que c'était la première fois que ces histoires religieuses étaient re-écrites dans un contexte moderne pour donner un aperçu des conditions de vie et des innombrables problèmes de la population des bidonvilles de Sri Lanka.

"Patachara", la première pièce était basée sur le conte religieux populaire de la femme infortunée qui est mise au banc de la société et est finalement sauvée par Bouddha . Dans la ré-interprétation de cette histoire, une jeune fille riche tombe amoureuse de son chauffeur et finit dans un taudis semblable au jardin du bidonville dans lequel la pièce est jouée. Elle subit des épreuves semblables à celles des gens des taudis de ce jardin. Le script décrit de façon poignante l'extrême pauvreté et les peines qu'elle endure et le décès de plusieurs de ses enfants dus à de nombreuses maladies qui sévissent dans les bidonvilles à cause de l'ignorance et de la mauvaise hygiène. Finalement elle se prostitue pour gagner sa vie. Elle attrape une maladie vénérienne et il s'en faut de peu qu'elle ne meure mais est sauvée par une nonne bouddhiste qui l'aide à rentrer dans les ordres et à trouver la tranquillité de l'esprit.

Durant toute la pièce l'attention est focalisée sur les problèmes courants de la population du jardin-sa misère, la malnutrition, les conditions de vie insalubres, son manque d'instruction, l'ignorance des soins de santé de base, et pratiquement le manque total d'opportunités d'améliorer

sa condition. Elle attire aussi l'attention sur l'exploitation constante de ces gens infortunés par la société qui les entoure.

"Kisa Gothami", la deuxième pièce tourne autour de l'histoire d'une mère qui est incapable d'accepter la mort de son enfant jusqu'à ce que Bouddha lui montre la vérité, quand il l'envole chercher une maison dans son village où aucun jeune enfant n'est mort. Elle revient avec la triste connaissance que chaque mère du village a enduré la même tragédie.

Dans la version re-interprétée de cette pièce populaire de Vesak, les auteurs ont cherché à souligner la prévalence de la mortalité et morbidité infantile parmi la population des taudis.

Le fait que les pièces aient été re-écrites par les membres de la cible visée, qui ont été aussi responsables de l'entière production, était considéré très encourageant car ce geste bénévole de la population du jardin indiquait qu'une certaine conscience avait été créée

Les pièces n'avaient demandé que trois semaines de préparation intensive. Dans cette brève période, le consultant de l'UNICEF a pu réunir les jeunes ayant le plus de talent, habitants du jardin et de son voisinage immédiat, les guider à écrire les scripts, les laisser présenter leurs propres idées et problèmes dans les pièces, et puis leur montrer comment monter les marionnettes et les manipuler.

Cette équipe de "dramaturges en herbe" non seulement a préparé d'excellents scripts complets avec les voix enregistrées d'environ 25 personnes du jardin qui prêtèrent leurs voix aux différents personnages des pièces, mais ils construisirent la scène et montèrent les décors.

Figure



(D'après : UNICEF. Population Communications Support Newsletter. Volume 7, number 3, (December 1983). pp 1,4-6.)

23D "Aime-le et fais-le apprendre"

Les enfants à l'école sont un public attentif. Dans la paroisse de Saint Thomas à la Jamaïque, on leur apprend comment aider à élever leurs plus jeunes frères et soeurs. Parents, enseignants et enfants réagissent bien.

St. Thomas est considérée depuis longtemps comme l'une des paroisses de la Jamaïque la plus réceptive à la mauvaise santé et aux éruptions de maladies. De nombreuses familles vivent dans la misère avec de pauvres normes d'habitat et font face à d'autres problèmes de l'environnement qui affectent le développement mental et physique de leurs enfants.

Depuis février 1982, un programme commun impliquant l'UNICEF, les ministères de la santé et de l'éducation et l'unité de recherche sur le métabolisme tropical (TMRU) de l'Université des Antilles a agi sur ces conditions. Les enfants des écoles primaires sont au coeur du programme, prenant part en tant qu'agents du changement dans une approche d'enseignement différente de la tradition habituelle de l'école primaire.

Jennifer Knight, le directeur du projet, décrit les résultats obtenus au bout d'une année comme très encourageants : "nous y arrivons lentement mais sûrement." L'histoire du projet de St. Thomas est en grande partie le résultat de son dur labeur et de son dévouement. Bien sûr, son enthousiasme infatigable semble finalement attirer l'attention du ministère de l'éducation qui détient l'avenir à long terme du programme entre ses mains. Selon Jennifer Knight : "Nos objectifs à long terme consistent à intégrer la santé et le développement de l'enfant et améliorer la compétence des parents dans tout le pays."

Le projet est basé sur l'hypothèse que tous les aspects du développement de l'enfant- social, émotif, intellectuel, de la santé et de la croissance-sont fortement influencés par son environnement, y compris la qualité de la façon dont il est élevé. La pratique chez les parents de l'hygiène, de l'alimentation des enfants et l'interaction adulte-enfant à la maison, tout cela affecte le développement de l'enfant.

Les enfants sont considérés comme des agents permettant d'affecter les pratiques sanitaires à domiciles (Nos enfants peuvent nous apprendre beaucoup en ce qui concerne l'hygiène et la santé)

Nos enfants peuvent
nous apprendre
beaucoup en ce qui
concerne l'hygiène et
la santé.



À St. Thomas, les parents des enfants très pauvres n'ont pas la connaissance qu'il faut sur l'hygiène et l'alimentation des enfants. Ils n'arrivent pas non plus à apprécier l'importance du jeu. Donc les enfants ne parviennent pas à développer leurs facultés mentales et physiques au maximum. De plus, les services de santé et les services sociaux sont souvent inadéquats à l'heure actuelle, notamment dans les régions rurales éloignées.

Selon Jennifer Knight, le projet de St. Thomas utilisa une nouvelle approche pour résoudre ces problèmes en utilisant les enfants des écoles primaires. Au départ, le programme porta sur sept écoles primaires dans la partie ouest de la paroisse et plus tard inclut la partie est, et petit à petit enveloppant toutes les écoles primaires de la paroisse. On apprit aux enfants les pratiques les plus élémentaires de puériculture, en focalisant sur l'hygiène, l'alimentation, et le développement de l'enfant.

Un autre objectif est d'aider les enfants des écoles à devenir de bons parents à leur tour, et d'améliorer les soins reçus à l'heure actuelle par leurs frères et soeurs plus jeunes. Même les connaissances et la compétence des parents peuvent être améliorées par leurs enfants. Et le programme vise aussi à améliorer les connaissances des enseignants.

L'idée est d'utiliser les services éducatifs pour promouvoir la santé de la communauté.

LES ENFANTS EUX-MEMES SONT LES AGENTS DU CHANGEMENT

Dans la plupart des pays des Caraïbes, l'instruction primaire est gratuite. Les écoles pour la plupart ont été utilisées seulement dans des buts éducatifs traditionnels. Toutefois, les écoles primaires sont une filière naturelle pour des services visant à améliorer la santé et le développement des jeunes enfants. Elles présentent un public attentif d'enfants plus âgés qui peuvent être utilisés comme agents du changement. Les familles nombreuses ont généralement des enfants dont les âges s'étalent sur une vaste gamme, et les enfants plus âgés doivent s'occuper des plus jeunes. De plus, la Jamaïque a récemment introduit l'instruction obligatoire, ce qui a contribué à augmenter la présence dans les écoles. Les instituteurs sont des membres très respectés de la communauté.

Au départ, en travaillant avec les enfants du cours moyen (9-11 ans), le programme se concentra sur l'enseignement de trois sujets principaux : la nutrition des jeunes enfants, la promotion d'un environnement sain et sûr, et le développement de l'enfant.

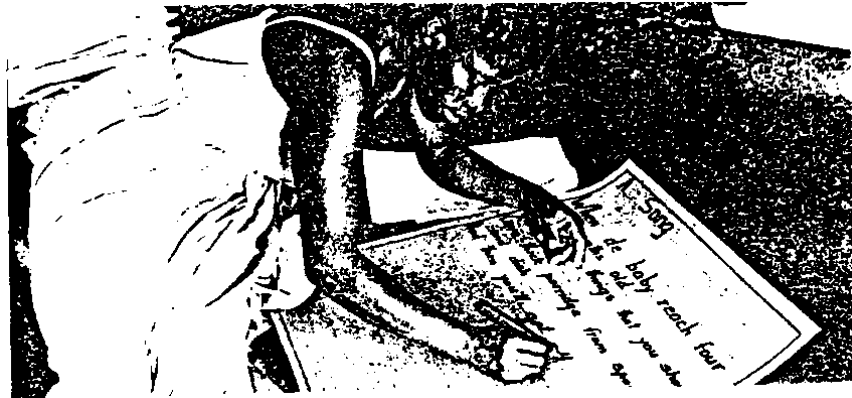
Des groupes de travail par semaine furent organisés avec 14 instituteurs du cours moyen I et II, pendant toute une année. On donna aux instituteurs des plans de leçons détaillés avec des idées et des activités. Ils furent encouragés à développer cela et à discuter les réactions des enfants lors de leçons. On fit des modifications pour s'assurer que les leçons étaient facilement comprises et agréables. La plupart des discussions portèrent sur les problèmes de santé et les mesures qu'ils pouvaient utiliser pour les résoudre.

L'approche insiste sur les activités collectives pour les enfants plutôt que sur une forme didactique d'enseignement, pour stimuler l'intérêt des enfants, et pour les motiver à ramener à la maison des messages de santé pour leurs parents et pour prendre soin de leurs jeunes frères et soeurs avec plus de compétence.

Une série de chansons a été compilée, utilisant la musique du folklore et le dialecte de la Jamaïque, en mettant l'accent sur les thèmes importants du développement et de la santé de l'enfant. Des images furent conçues que les enfants coloriaient et ramenaient à la maison. Tenant compte du fait que le niveau de lecture à la fois des parents et des enfants était peu élevé, les messages furent largement picturaux quoique quelques mots simples furent ajoutés.

Jennifer Knight rapporte que les personnes chargées de la mise en oeuvre du projet ont découvert un niveau d'analphabétisme plus élevé qu'ils n'anticipaient dans les écoles mais ont trouvé une vaste gamme de facultés chez les enfants. En conséquence, seulement des messages très simples sur le développement et la santé des enfants furent utilisés dans le curriculum, en focalisant sur les activités de prévention.

L'instruction à participation active avec chansons et rengaines enseigne aux enfants la santé et le développement



ALIMENTS NECESSAIRES A LA CROISSANCE

Durant le premier semestre, on apprend aux enfants l'importance de la nourriture pour la croissance des jeunes enfants, notamment durant les premières années quand les jeunes enfants grandissent rapidement. Les phrases suivantes d'une des chansons accentuent le point :

- "Quand le bébé atteint l'âge de quatre mois
Vous devriez savoir certaines choses
Lui donner du porridge avec une cuillère et une assiette
Et alors vous aurez ce que vous désirez"

Les valeurs de l'allaitement au sein au bon moment furent aussi soulignées. Le refrain de la même chanson délivre le message :

"Elle a le lait de sa mère
(jour et nuit)
Elle l'a pendant un an
(Oh oui)
Elle n'est jamais malade
(Oh non).

On leur apprend quand commencer à donner le porridge, comment servir la nourriture aux jeunes enfants et quand commencer à faire manger l'enfant à la table familiale.

- Elle peut manger des aliments
- (à six mois)

Tous les légumes, fruits et viande
(un, un)
Tous les aliments écrasés, poisson et pois
(Oh oui)
Soyez sûrs qu'ils soient beaux et propres
(Oh oui)."

Durant le second semestre les enfants apprennent comment rendre l'environnement sûr et sain pour vivre. Ces leçons soulignent que les germes provoquent les maladies, que certains insectes et animaux les transmettent, et montrent comment les moustiques peuvent être contrôlés.

Les rengaines mettent l'accent sur l'hygiène personnelle et la préparation correcte de la nourriture :

Les germes aiment la saleté
Et les ordures aussi
Les germes vous rendent malades
Ne laissez pas les germes entrer
Les germes aiment la nourriture
Les mains sales aussi.

(D'après : UNICEF News Issue 119, 1984, pp. 12-14.)

23E Quelques pensées sur l'utilisation de l'enseignement non-formel dans le monde réel

Susan Emrich

Durant ces dernières années, un intérêt énorme s'est manifesté pour l'utilisation de techniques d'éducation pour la formation d'agents de santé et de développement. Le terme est souvent mal défini et mal compris, mais dans la pratique, cela signifie généralement l'utilisation de techniques qui encouragent la participation active des membres d'un groupe à apprendre grâce à un procédé d'identification d'un problème réel, de l'examen de ce problème en tant que groupe et de la découverte des actions possibles que le groupe peut prendre pour résoudre le problème. Le "quelque chose" d'appris est fréquemment une information ou une compétence technique, mais la méthode de résolution d'un problème est enseignée en même temps.

L'instruction non formelle utilisée en tant que technique pour enseigner plus ou moins de compétences techniques a ses applications, mais en pratique il est difficile de tirer une ligne droite entre ses origines dans le domaine des philosophies de l'enseignement en tant que libération ou conscience politique, et l'enseignement conventionnel. Le résultat provenant de l'utilisation de ces techniques dépend en grande partie de la composition du chef de groupe, et du climat socio-politique qui l'entoure

L'utilisation des techniques non formelles, quand elles fonctionnent, fait disparaître rapidement la relation officielle enseignant-élève et établit une relation d'égalité et de responsabilité mutuelle pour l'enseignement. Ceci semble être une étape évidente et souhaitable, mais dans un contexte de répression politique ou raciale, c'est une situation littéralement explosive. Le simple fait de traiter les gens opprimés avec respect, écouter, les écouter et leur fournir un endroit où ils peuvent travailler ensemble est un message bien plus fort que le sujet abordé en classe est sensé être quel qu'il soit. Ceci s'avère particulièrement vrai dans le cas de groupes n'ayant aucune instruction.

Les groupes de paysans sans instruction ne font guère la différence entre percevoir la solution à un problème et l'action de mise en oeuvre de la solution. Ils peuvent être lents à convaincre, mais ils passent à l'action concrète très rapidement, et c'est là qu'ils entrent en conflit avec les contraintes du système socio-politique prévalant. Des groupes plus sophistiqués, d'autre part, peuvent travailler par le truchement d'un exercice non-formel sans problème et arriver à toutes les conclusions correctes, mais il y a moins de chance pour qu'ils passent à l'action et donc n'entreront vraisemblablement pas en conflit avec les plus dures réalités de leur situation.

Le chef de groupe qui utilise des techniques non-formelles peut trouver que les techniques le conduisent à un territoire qu'il n'a pas prévu d'explorer ou aux conclusions qui ne faisaient pas partie de son curriculum. Ce style d'enseignement est un procédé de groupe que le chef peut

trouver difficile à contrôler. Ce qui suit sont quelques exemples parmi de nombreux tirés d'une expérience personnelle.

Un promoteur de santé indien était en train d'essayer une nouvelle aide pédagogique avec un groupe de femmes indiennes. Le matériel était composé de photos sur les soins prénatals. Elle montra la première photo au groupe. C'était une photo quelconque montrant un docteur homme avec une blouse blanche, en train de parler à une femme indienne. Le promoteur demanda au groupe ce qu'il voyait sur cette photo. La réponse s'est faite hésitante au début, puis s'est déchaînée : "Il est en train de la gronder", "Il lui dit qu'elle est en retard", "il lui dit qu'elle doit aller dans une clinique privée et payer beaucoup d'argent", "Il ne veut pas la toucher", "Elle est triste et veut rentrer chez elle", "Elle ne comprend pas son espagnol".

A ce point le promoteur avait le choix entre parler de la réalité ou continuer la fiction en parlant des soins prénatals qui en pratique sont inaccessibles pour la plupart des gens à cause des installations inadéquates, de la corruption et des attitudes racistes.

Une autre fois, j'enseignais la nutrition à un groupe de promoteurs de santé dans une région du pays qui est notoire pour ses bas salaires. Il y avait des gens qui avaient l'air vraiment pauvres dans le groupe y compris un jeune homme dont la peau et les cheveux montraient des signes de manque de vitamines. J'utilisais un jeu de marché pour enseigner la comparaison des prix et la valeur nutritive des aliments. Chaque personne "achète" les aliments qu'il pense être les meilleurs avec la somme d'argent qu'elle dépense normalement chaque jour pour la nourriture. Les aliments peuvent être réels ou en images mais ils doivent être courants, locaux et pas chers. Le groupe évalue les achats de chaque personne et décide si elle a bien utilisé son argent. Le jeu se passa bien avec beaucoup de plaisanteries et un minimum d'informations techniques de ma part. Quand ce fut le tour du jeune homme, il dit qu'il ne pouvait acheter aucun de ces aliments courants et en fait n'en avait pas acheté depuis des années. Il gagnait 60 centimes par jour comme main d'oeuvre dans une plantation et n'avait pas d'autres ressources. Ses deux premiers enfants étaient morts du Kwashiorkor et le troisième qui était né petit était mort rapidement. Il dit que sa femme ne menstruait plus bien qu'elle ne soit pas enceinte et il voulait savoir quel genre de conseil nutritif je pouvais lui donner à son sujet. J'ai dû lui dire que je n'avais pas de conseil à lui donner mais que lui et sa femme devaient quitter la plantation et chercher quelque chose d'autre ailleurs s'ils ne voulaient pas mourir de faim. Alors un autre jeune homme dit que la seule réponse est de changer le système qui engendre une telle pauvreté. J'ai dit oui mais cela était hors des limites de ce que je pouvais permettre au groupe de discuter lors d'une réunion publique. La classe s'est terminée après cela : la plupart n'avait pas appris grand chose sur la nutrition et tous étaient amers et frustrés en voyant la situation du jeune promoteur de santé et envers moi pour avoir refusé de parler de la situation ce qu'ils considéraient comme une hypocrisie.

Dans ces deux exemples, le pouvoir intrinsèque de la méthode d'enseignement associé à la réalité des gens avait dépassé les intentions du contenu ou le sujet lui-même. L'enseignement non-formel ne peut pas être facilement divisé en techniques de formation d'une part et en conscience politique d'autre part. Cela est probablement vrai de l'enseignement en général mais le pouvoir particulier de l'enseignement non-formel est que c'est un procédé collectif qui promouvait la cohésion et la coopération au sein du groupe. Le groupe dans son ensemble découvre ses problèmes, arrive à des conclusions et des actions souhaitées, qui ont plus ou moins de répercussions politiques. Le même nombre de gens atteignant les mêmes conclusions, un par un de façon isolée, si cela était possible, n'aurait pas le même impact ou visibilité de groupe et ne transformerait pas les conclusions en action. A cause des choses que le groupe est en mesure

d'accomplir, les gens du groupe deviennent visibles et peuvent devenir les cibles de la répression politique.

Une éducation pour la santé couronnée de succès va vraisemblablement conduire à une action visible. L'un des buts de l'éducation pour la santé est d'amener les gens à renoncer à leur point de vue magique des causes des maladies pour en comprendre la cause et l'effet, et l'utilisation de techniques de groupe non-formelles est très efficace dans ce domaine. Toutefois, le fait que la plupart des gens aient un point de vue magique sur les maladies est l'une des pierres angulaires du système socio-politique dans son ensemble. Si grâce à une éducation pour la santé couronnée de succès, les gens parviennent à accepter l'explication de la cause à effet de la maladie, ils vont commencer à ressentir le besoin d'avoir recours à des actions que le système n'est pas du tout prêt à permettre et à des services que le système ne peut ou ne veut fournir. En fait le point de vue magique de la cause des maladies peut être considéré comme une adaptation de la culture de la situation d'abandon maintenue depuis si longtemps. Cela peut être le seul moyen pour les gens d'éviter des conflits frustrants et dangereux avec le système. Quand un agent de santé est efficace à aider les gens à découvrir les relations de cause à effet et à abandonner leur point de vue magique sur les maladies, il est alors considéré comme un chef et devient hautement visible.



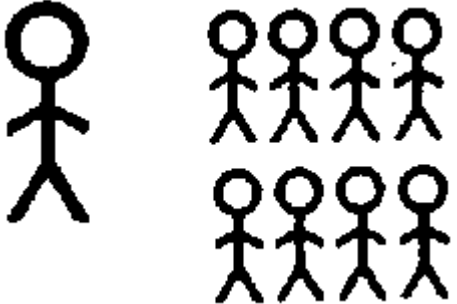
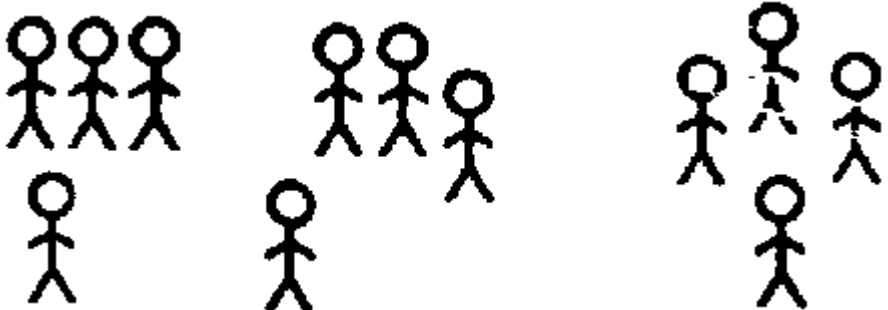
Le promoteur de la santé et du développement utilise souvent des techniques qu'on lui a appris à utiliser dans la sûreté relative d'un cours approuvé officiellement, donné par les employés du gouvernement ou par des bénévoles étrangers. Dans ce contexte, il est protégé par le statut de l'institution qui a au moins l'appui tacite des autorités ; et par la composition du groupe qui sera vraisemblablement composé de gens éduqués qui ont l'habitude de jouer avec les idées et ne seront pas enclins à agir directement de quelque façon que ce soit. Quand il utilise les mêmes techniques avec les paysans illettrés du village, toutes ces conditions changent et il peut se trouver dans une situation très vulnérable.

Quand les techniques non-formelles sont utilisées comme instrument politique, le chef de groupe sait probablement ce qu'il fait et sait se protéger mais quand elles sont utilisées à d'autres fins, le chef est souvent naïf quant aux implications de ce qu'il fait. Si l'attitude du promoteur est parfois naïve, l'attitude des organismes est plus que naïve, elle est irresponsable. A la fois les organismes du gouvernement et les organismes privés établissent et financent des programmes de formation de promoteurs avec d'étroits objectifs à court terme à l'esprit. La formation à l'enseignement non-formel est un moyen permettant d'avoir un nombre X de latrines installées en un nombre Y de mois, ou une augmentation ou diminution du pourcentage de malnutrition.

Mais l'utilisation d'un enseignement non-formel et la formation de groupes cohésifs, actifs dans la communauté ne vont pas disparaître une fois les latrines construites. Les gens qui apprennent à analyser ce qui ne va pas dans leur système d'alimentation en eau, vont vraisemblablement passer à l'étape suivante et analyser ce qui ne va pas dans leur système politique. Et tandis que les organismes ont peut-être bien préparé les gens à s'occuper de leurs système d'alimentation en eau mais, ils ne les ont probablement pas préparé à s'occuper de leur système politique. Les organismes et les gens qui travaillent pour eux devraient être prêts à admettre que leur projet, quel qu'il soit, existe dans un contexte historique et va inévitablement influencer cette histoire. Dans le contexte du changement socio-politique, il n'y a pas d'actions neutres. Ils doivent aussi réaliser que les gens qu'ils forment vont devenir des participants au processus historique et ont besoin d'être préparés à une compréhension et une action politiques au moins autant qu'ils ont besoin d'être préparés à des questions techniques. Ne pas faire cela est irresponsable et lors d'époques difficiles est synonyme de sacrifice humain.

(Emrich. The Training and Support of Primary Health Care Workers. pp. 68-71).

23F Comparaison entre approche de l'enseignement centrée sur l'enseignant et approche centrée sur l'élève

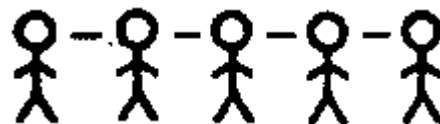
CENTRE SUR L'ENSEIGNANT	CENTREE SUR L'ELEVE
<p>1. Expérience de l'enseignant évaluée en tant que ressource d'enseignement primaire.</p>	<p>L'expérience de tous évaluée en tant que ressources pour l'enseignement.</p>
<p>2. Enseignants en tant que gardiens de la connaissance du passé. (Figure 2a)</p> 	<p>Equipes chargées de trouver les problèmes/de les résoudre (Figure 2b)</p> 
<p>Groupement et classification des informations en sujets pour être étudiés maintenant et utilisés "un jour".</p>	<p>Apprendre en travaillant sur les problèmes d'aujourd'hui</p>
<p>3. Les élèves sont groupés par catégories et classes. (Figure 3a)</p> 	<p>Les élèves se groupent eux-mêmes selon leurs intérêts. (Figure 3b)</p> 
<p>Les enseignants prennent les décisions concernant le</p>	<p>L'organisateur aide les élèves à diagnostiquer les besoins pédagogiques.</p>

curriculum des élèves.

4. Communication à sens unique donnée par - **(Figure 4a)** -
L'enseignant à l'élève



Multicommunication partagée par tous - **(Figure 4b)** - Une communauté
d'élèves et d'enseignants



Enseignant dominant - Elève dépendant **(Figure 5a)**



Réciprocité dans la transaction Enseignant/élève **(Figure 5b)**



Une relation dirigeante

Une relation aidante

(D'après : Ingalls, John D., A Trainers Guide to Andragogy. Waltham : Data Education, Inc.)

Session 24

Prospectus Annexe du moniteur

Prospectus :

24A Comment les aides visuelles aident les gens a apprendre et a retenir

24B Pourquoi les images ne parviennent pas toujours à transmettre les idées

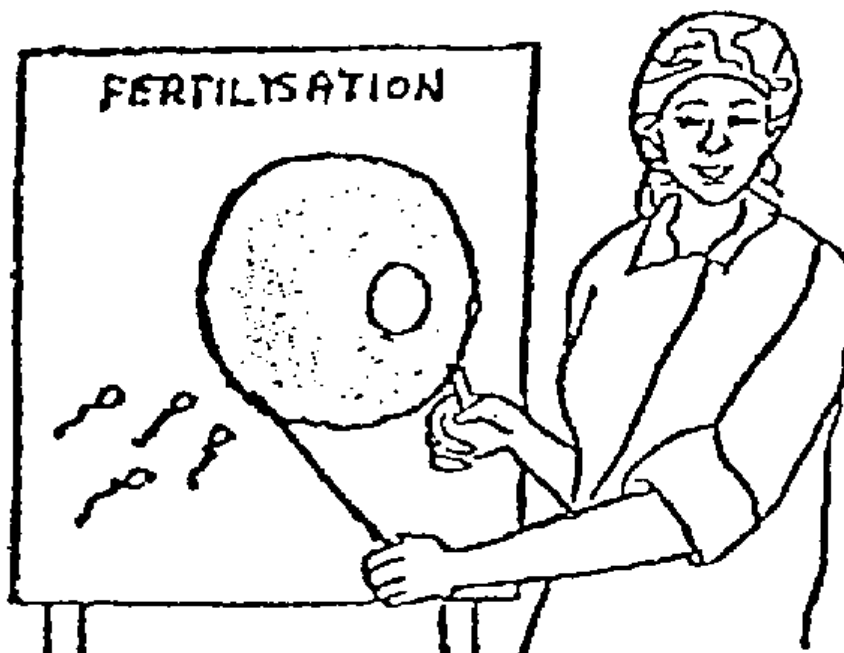
24C Idées à retenir concernant la conception des aides visuelles

24D L'utilisation des images pour communiquer avec efficacité

24A Comment les aides visuelles aident les gens a apprendre et a retenir

1. Les aides visuelles peuvent agrandir quelque chose de petit. Une grande photo de l'oreille interne peuvent aider les étudiants à en étudier les petites parties. Un dessin ou une affiche représentant un oeuf et du sperme aideront les élèves à comprendre à quoi ressemblent ces choses. Parce que les images sont bien plus grandes que la réalité, les élèves peuvent les étudier soigneusement.

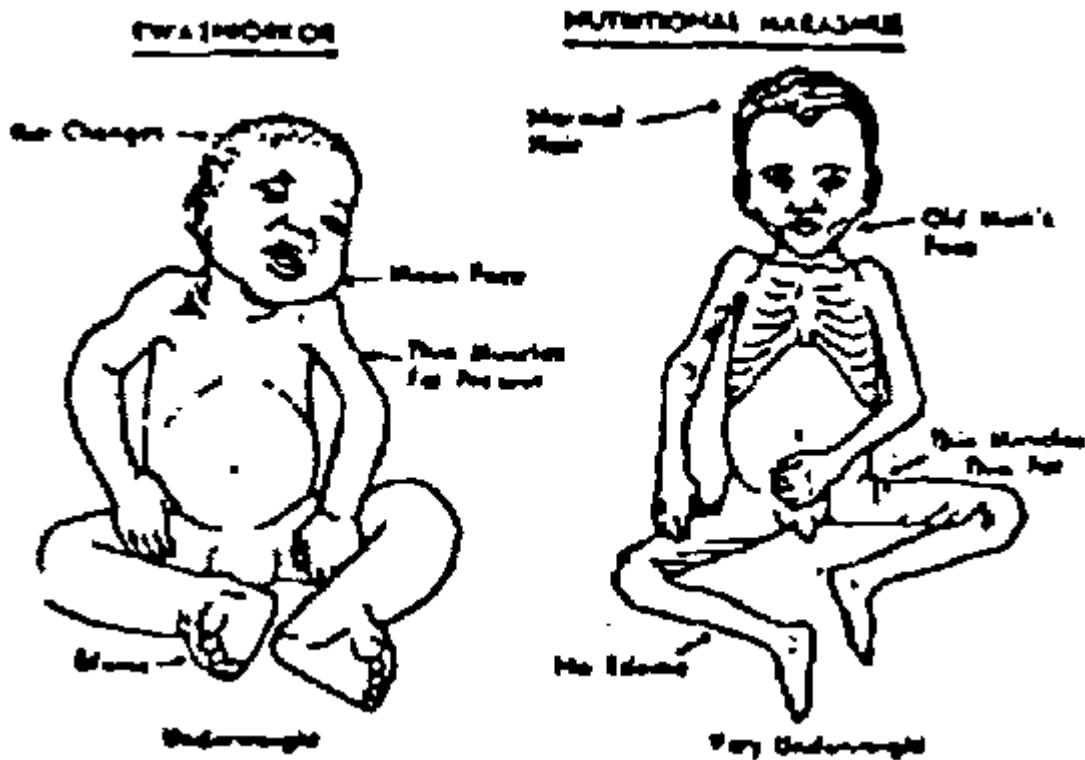
Les aides visuelles peuvent agrandir quelque chose de petit



2. Les aides visuelles nous aident à comparer les similitudes et les différences entre deux choses. Montrez à vos élèves des images de deux objets semblables l'un à côté de l'autre et ils peuvent regarder les images et identifier quelles sont les choses qui sont semblables et celles qui sont différentes.

L'illustration ici montre les dessins dont se sert un instructeur d'une école d'infirmières pour enseigner à ses étudiantes les différences en apparence entre les enfants souffrant du kwashiorkor et les enfants souffrant d'athrepsie. Elle utilisa les images pour les aider à apprendre les informations de base, et ensuite elle les emmène au dispensaire pour voir de vrais enfants souffrant de ces conditions.

Les aides visuelles nous aident à comparer les similitudes et les différences entre deux choses



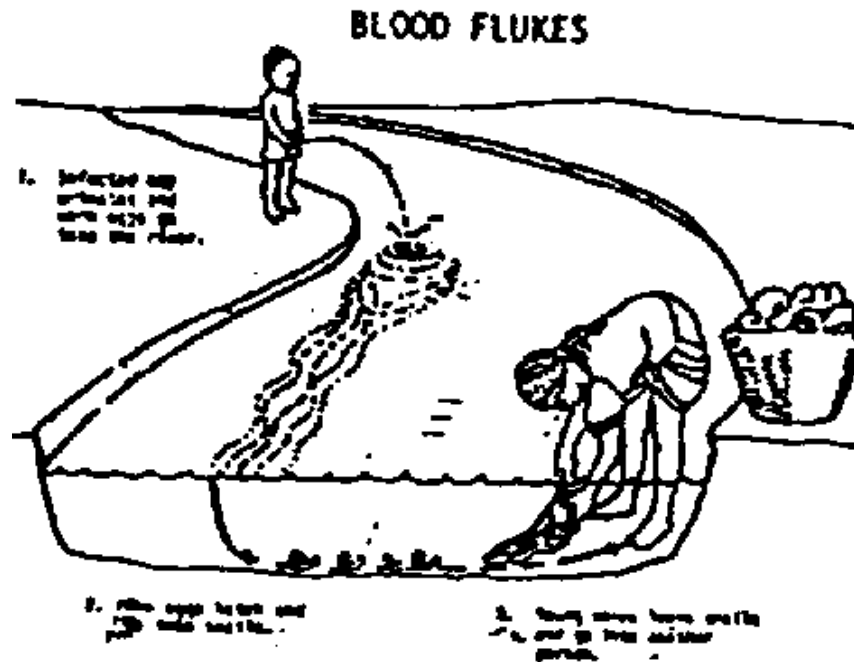
3. Les aides visuelles sont un excellent moyen de montrer les étapes à suivre pour l'exécution d'une tâche. Mr. Kamwengu, un infirmier enseignant, utilise une série d'images comme celles qui sont ici pour apprendre à ses étudiants comment prendre la température.

Les aides visuelles sont un excellent moyen de montrer les étapes à suivre pour l'exécution d'une tâche



4. Les images peuvent montrer comment quelque chose change ou pousse. Une image peut montrer comment les choses se produisent. Ce genre d'image est bon pour indiquer comment se passent les choses. L'exemple ici montrent comment les trématodes du sang répandent le schistosoma.

Les images peuvent montrer comment quelque chose change ou pousse



5. Les aides visuelles peuvent aider à apprendre en fournissant une matière de débat. La plupart du temps, vous voulez vous assurer que chaque personne regardant votre aide visuelle comprendra le même message. Mais quelquefois il est utile d'utiliser une aide visuelle qui peut être interprétée de plusieurs façons.

Les aides visuelles peuvent aider à apprendre en fournissant une matière de débat



Vous pouvez utiliser cette image comme matière à débat en demandant, "Quel est le sujet de cette image ?" Souvent c'est la seule question que vous avez besoin de poser. Pour continuer le débat, vous pourrez poser d'autres questions telles que celles mentionnées ci-dessous.

- Qui sont ces gens ?
- Que se passe-t-il sur l'image ?
- Qu'en pensent les gens ?

Vous pouvez utiliser d'autres images que celle-ci pour démarrer les discussions durant lesquels les élèves explorent leurs propres besoins, leurs sentiments, leurs attitudes, et leurs espérances. Pour les élèves qui vont prodiguer des conseils, cette connaissance et discussion de leurs préjugés et sentiments sont très importantes.

Des images comme celle-là sont aussi utiles pour le travail de santé de la communauté. Une discussion de groupe vous aide à apprendre rapidement ce que pensent les villageois de beaucoup de choses, et quels sont les problèmes à résoudre dans la communauté.

Discuter leurs interprétations des images encourage les gens à observer, penser et questionner soigneusement et de façon critique.

6. Vous pouvez aussi utiliser les aides visuelles pour revoir ou faire passer un examen à vos élèves, pour voir s'ils ont bien compris. Après l'instruction vous pouvez demander à vos élèves d'identifier ou d'expliquer certaines parties de l'image ou d'une autre aide visuelle.

Vous pouvez aussi utiliser les aides visuelles pour revoir ou faire passer un examen à vos élèves



Des tableaux en flanelle sont très bons pour ce genre de révision, et les élèves semblent apprécier cette activité. L'agent de santé communautaire sur l'image ici utilise une couverture pliée et enroulée autour d'un morceau de bois comme tableau en flanelle. Elle a enseigné la nutrition aux femmes du village en utilisant le tableau en flanelle alors qu'elle parlait des groupes d'aliments. Ensuite, elle demanda à ses élèves de venir au tableau placer chaque aliment dans son groupe propre.

7. Les aides visuelles peuvent aussi fournir des informations en l'absence du moniteur. Vous ne pouvez pas toujours être présent quand les gens ont des questions à poser. Quelquefois vous avez un autre travail à faire ou vous devez être ailleurs.

Les aides visuelles peuvent aussi fournir des informations en l'absence du moniteur



Par exemple, Madame Macalou dirige un dispensaire communautaire. Elle a une aide infirmière qui travaille à plein temps avec elle. Madame Macalou avait besoin de réserver une partie de son temps pour voir davantage de patients au dispensaire.

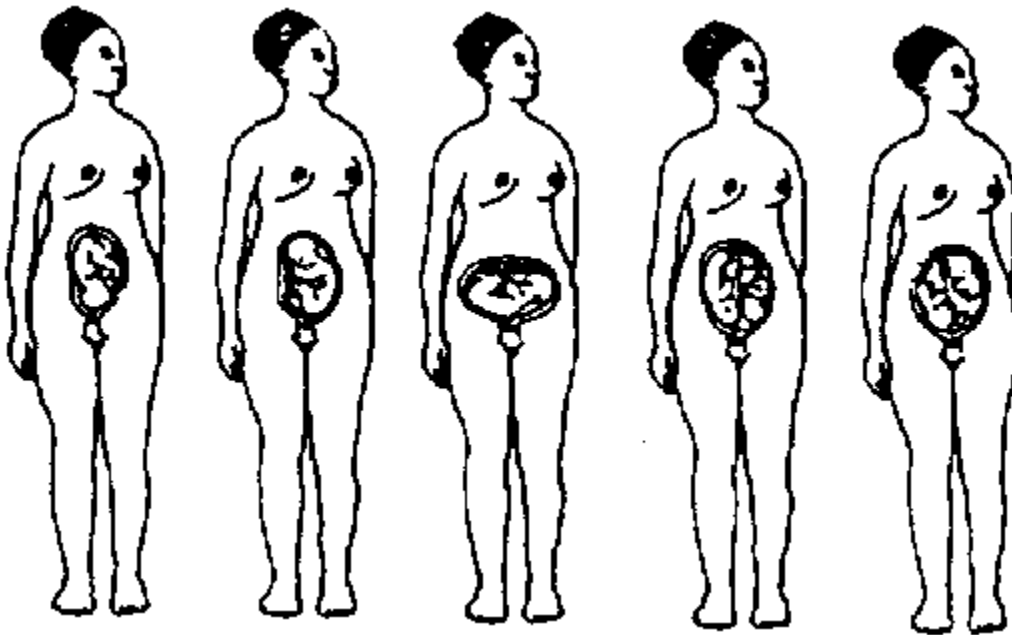
Madame Macalou a fait une affiche pour mettre sur la table quand les patients viennent s'inscrire au dispensaire. L'affiche montre les étapes que doit suivre son assistante pour prendre note des antécédents de la patiente et enregistrer ses plaintes.

Désormais quand son assistante vient travailler, elle peut aider madame Macalou en voyant tous la patients d'abord. Si Madame Macalou n'est pas disponible, son aide peut quand même prendre en note les antécédents du patient et enregistrer ses plaintes.

Madame Macalou peu revenir au dispensaire, consulter les antécédents et décider rapidement quels patients elle doit voir en premier.

8. Les aides visuelles peuvent aussi montrer aux gens ce qu'ils ne voient pas dans la vie réelle. La section sur la façon dont les aides visuelles peuvent agrandir les petites choses mentionne que les aides visuelles aident les élèves à voir des choses telles que les cellules, qu'il est impossible de voir à moins d'utiliser un microscope parce qu'elles sont trop petites.

Les aides visuelles peuvent aussi montrer aux gens ce qu'ils ne voient pas dans la vie réelle



Quelquefois il est impossible de voir les choses dans la réalité pour d'autres raisons également.

Quelquefois une aide visuelle est utile pour montrer quelque chose qui ne peut être vu parce qu'il se trouve à l'intérieur du corps.

Madame Hasan est un agent de santé communautaire. Elle utilise des diagrammes comme ceux qui sont ici pour apprendre aux accoucheuses traditionnelles les différentes positions que le bébé peut avoir dans l'utérus.

Elle discute les images avec les accoucheuses traditionnelles. Puis elle leur montre comment palper l'utérus d'une femme enceinte pour situer la tête et les fesses du bébé.

Vous pouvez aussi utiliser les aides visuelles pour montrer à vos élèves les choses impossibles à visiter dans la vie réelle. Vous pouvez leur montrer des images d'une certaine activité dans un village qui est trop éloigné pour qu'ils s'y rendent. L'infirmière sur l'image ici a utilisé des dessins pour faire un tableau qu'elle utilisera lors des présentations au dispensaire.

Vous pouvez aussi utiliser les aides visuelles pour montrer à vos élèves les choses impossibles à visiter dans la vie réelle

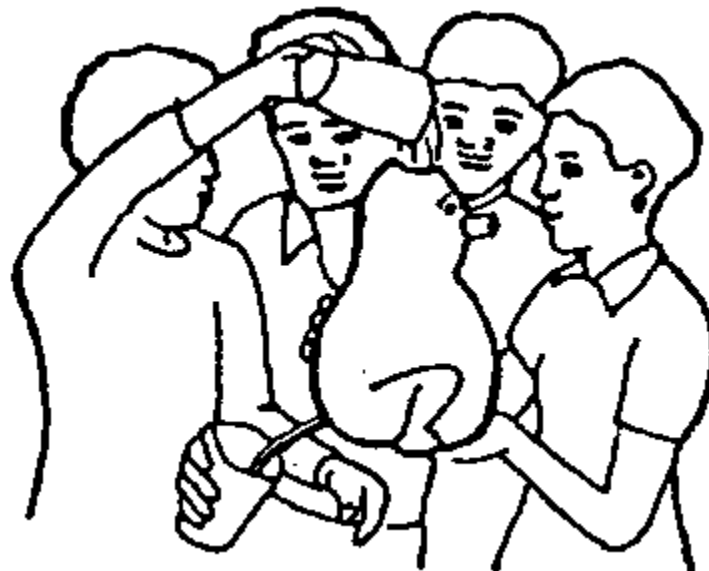


D'autres exemples sur la façon dont les aides visuelles peuvent nous montrer des choses qu'il est impossible de voir en réalité sont :

- une infirmière-instructeur utilise une série d'images lorsqu'elle explique la croissance du fœtus
- une infirmière/sage-femme utilise des découpages qu'elle met contre elle pour montrer aux mères à quoi ressemble l'utérus et où il est situé dans le corps.

9. La fabrication de leurs propres aides visuelles est très utile également pour aider les élèves à découvrir les solutions aux problèmes. Quand les élèves fabriquent leurs propres aides et découvrent les réponses d'eux-mêmes, apprendre devient une aventure. Quand les gens s'amuse tout en apprenant, ils se souviennent de ce qu'ils apprennent.

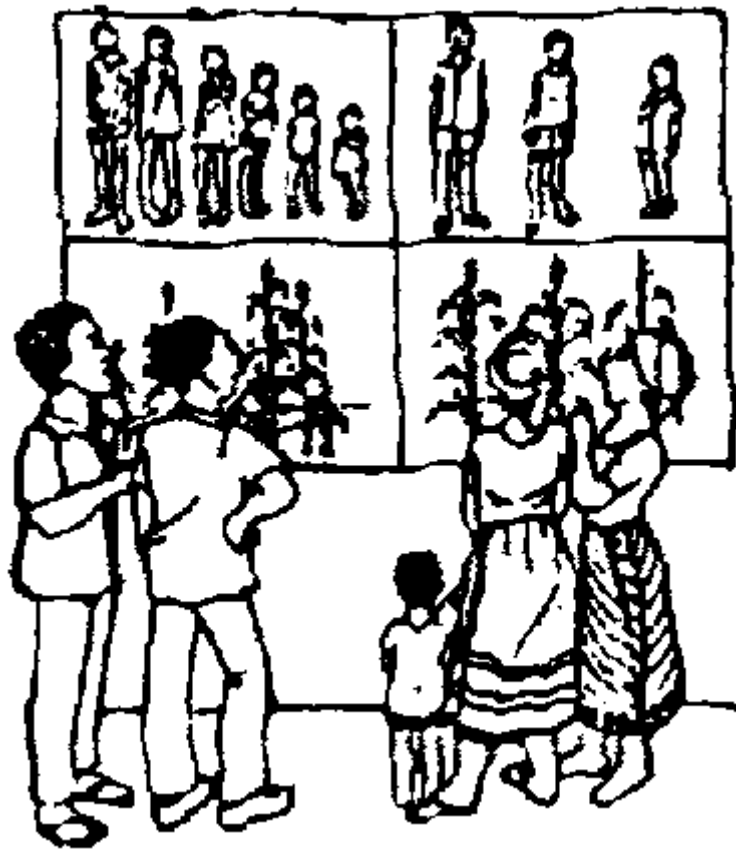
La fabrication de leurs propres aides visuelles est très utile également pour aider les élèves à découvrir les solutions aux problèmes



Les mères et les enfants peuvent en savoir plus sur la diarrhée et la déshydratation en fabriquant leur propre "bébé" avec de l'argile, des boîtes en fer, des bouteilles en plastique ou des gourdes. Ils peuvent faire l'expérience du principe de réhydratation en versant de l'eau dans le "bébé" et en bouchant les différents trous avec de la "nourriture".

10. Les aides visuelles peuvent faciliter la compréhension d'une idée complexe. Ils font cela en montrant des gens et des objets familiers qui illustrent l'idée.

Les aides visuelles peuvent faciliter la compréhension d'une idée complexe



Par exemple, supposez qu'une infirmière soit en train de conseiller une famille sur les avantages d'espacer les naissances. Elle explique à la famille comment l'espacement des enfants signifie une meilleure santé pour la mère et pour les enfants. Mais c'est une idée nouvelle pour la famille. C'est difficile à comprendre parce qu'ils ne connaissent pas d'autres familles qui utilisent l'espacement des naissances.

Donc l'infirmière montre à la famille quelques images qui compare l'espacement des enfants à l'espacement des récoltes. Alors la famille commence à comprendre. Ils savent par expérience que les récoltes grandissent mieux quand elles ne sont pas plantées trop près les unes des autres.

(D'après: Teaching and Learning with Visual Aids, pp. 29 - 41.)

24B Pourquoi les images ne parviennent pas toujours à transmettre les idées

1. Les villageois qui n'ont pas l'habitude de regarder des images peuvent trouver difficile de voir les objets représentés sur l'image.

Figure



Il est plus facile de "lire" des images que de lire des mots mais les gens doivent apprendre à "lire" les images. Cette image destinée à montrer comment le liquide de réhydratation orale est fabriqué à la maison est montrée à 410 villageois. Seulement 69 réalisent que c'est une image de mains mettant quelque chose dans un pot. Quarante-vingt dix neuf autres pouvaient voir les mains mais ne pouvaient suggérer ce qu'elles faisaient. Et le reste des villageois (242 personnes) ne voyaient même pas les mains --82 d'entre eux pensaient que c'était une image de fleurs ou de plantes.

2. Les villageois ne s'attendent pas à recevoir des idées à partir d'images, et il faut leur apprendre que les images peuvent instruire.

Les membres du personnel du projet des Honduras, PROCOMSI voulait mettre au point un ensemble d'instructions visuelles pour rappeler aux mères comment préparer une solution de sels de réhydratation orale avec un sachet. La question était de savoir si le mode d'emploi suffirait sans l'enseignement. On donna le sachet de sels aux mères avec le mode d'emploi visuel.

Mode d'emploi



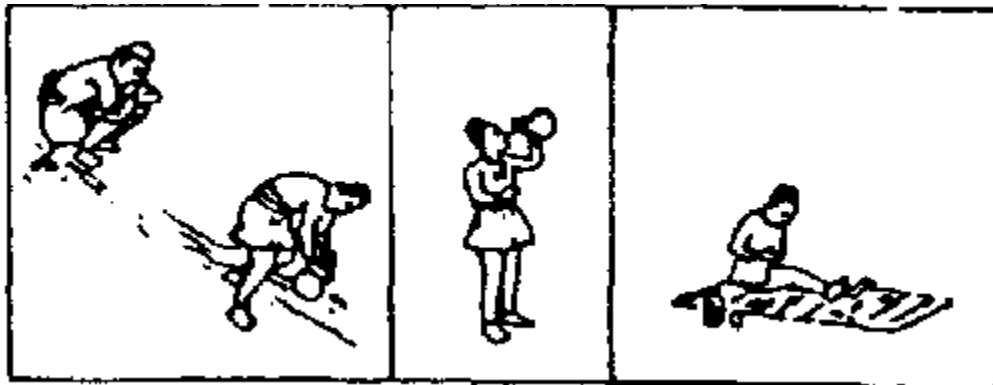
Aucune des mères n'avaient réalisé que la série de dessins correspondait au "mode d'emploi". Elles semblaient penser que les images étaient simplement l'étiquette du produit. Plusieurs femmes essayèrent de lire le mode d'emploi imprimé au dos du sachet mais ne furent capables de comprendre que quelques mots. Au bout de quinze secondes à peine, après avoir regardé le sachet, la plupart des mères l'ouvrirent et commencèrent à mélanger les sels dans de l'eau qui était disponible près du lieu du test.

Un stade ultérieur du test consistait à montrer aux mères que les aides visuelles étaient destinées à transmettre des informations et à leur "enseigner" ce que signifiait la série de dessins. Cela s'avéra très facile, et les mères comprirent pratiquement toute de suite.

3. Les villageois ont tendance à "lire" les images littéralement. C'est-à-dire que même s'ils reconnaissent les objets ou les gens représentés sur l'image, il n'essaieront pas de voir un lien entre les objets, ou une signification derrière l'image.

4. Les villageois ne regardent pas nécessairement une série d'images de la gauche vers la droite ou ne supposent pas qu'il y a une relation entre les images de la série. Cette série de dessins est destinée à montrer un des moyens de propagation des maladies diarrhéiques. Elle a été testée lors d'une enquête au Népal.

Une série d'images



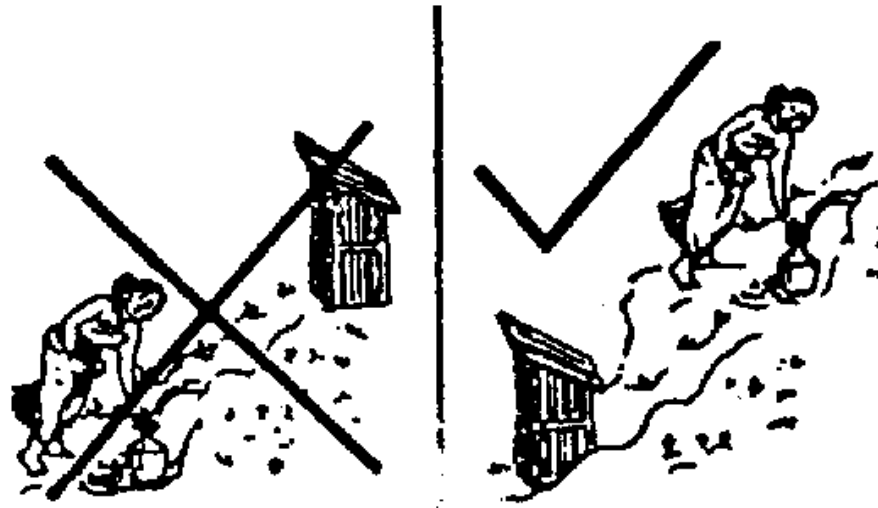
Moins de la moitié des 410 villageois de l'enquête ont regardé cette image de la gauche vers la droite (37% ont commencé par l'image du milieu). Pratiquement aucun des villageois n'a pensé que les images étaient liées les unes aux autres.

Les gens visuellement "illettrés" ne "remplissent" pas les étapes manquantes. Chaque message ou étape doit être transmise par une autre image.

5. Les images qui essaient de transmettre des idées ou des instructions utilisent souvent des symboles qui ne sont pas compris par les villageois.

Par exemple, les villageois n'ont peut-être jamais appris qu'une marque cochée peut vouloir dire "Juste" ou "bien" et qu'un "X" signifie "Faux" ou "mauvais". C'est pourquoi des symboles tels que ceux-ci sont souvent mal compris ou simplement ignorés.

Les images qui essaient de transmettre des idées ou des instructions utilisent souvent des symboles qui ne sont pas compris par les villageois



6. Les symboles représentant un concept dans une culture ne transmettent pas forcément la même idée à un autre groupe de gens.

La perception visuelle varie énormément d'une culture à l'autre. Trouver la bonne image pour transmettre une idée est souvent plus difficile et plus compliqué que de trouver le bon mot.

Par exemple, en cherchant un symbole visuel pour représenter la "menstruation", les créateurs de PIACT ont essayé un certain nombre de symboles : Au Mexique une Boîte Kotex (marque de serviettes hygiéniques) a été testée à l'origine, mais s'est avérée être un symbole satisfaisant uniquement chez les citadines ; un dessin représentant un rouleau de coton eut plus de succès pour suggérer la menstruation. Au Bangladesh, un point rouge sur le dos du sari d'une femme est reconnu par tout le monde comme le symbole de la menstruation ; aux Philippines, un point rouge sur le devant de la robe d'une femme avec un calendrier indiquant une date encadrée transmettaient bien l'idée.

Mexique : Rouleau de coton et Calendrier.



Bangladesh : Point rouge au dos du sari de la femme



Au Philippines: un point rouge sur le devant d'une robe de femme.



(D'après : Population Communication Services, "Print Materials for Non-Readers").

24C Idées à retenir concernant la conception des aides visuelles

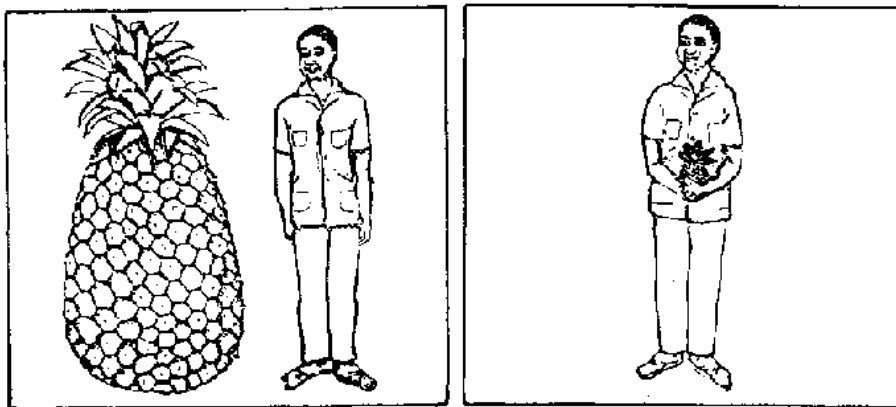
1. Images et paroles faciles à voir?

Should be:	Instead of:
LARGE	SMALL
THICK	THIN
SIMPLE	COMPLEX
VISIBLE	INVISIBLE

2. Symboles ou mots inconnus? Images faciles à comprendre?



3. Personnages et objets à la même échelle?



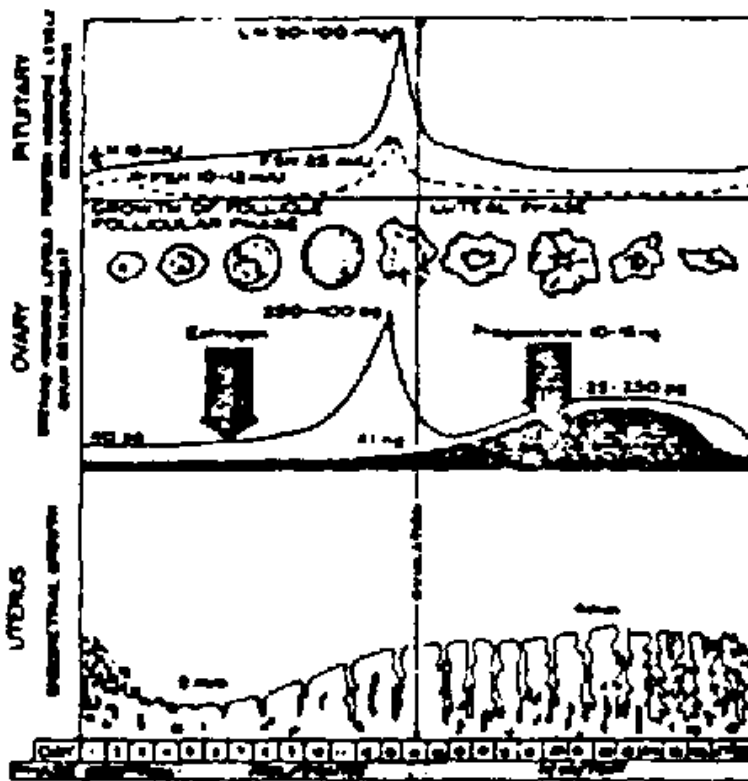
4. Personnage montrés entièrement avant d'en montrer les parties?



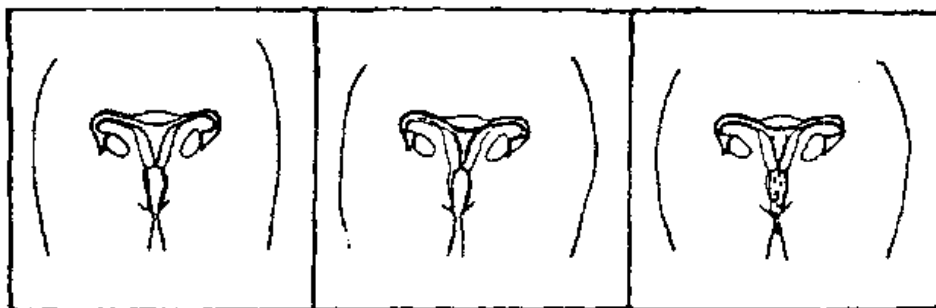
5. Les informations exposées d'une façon claire et simple? Détails supplémentaires ou superflus?



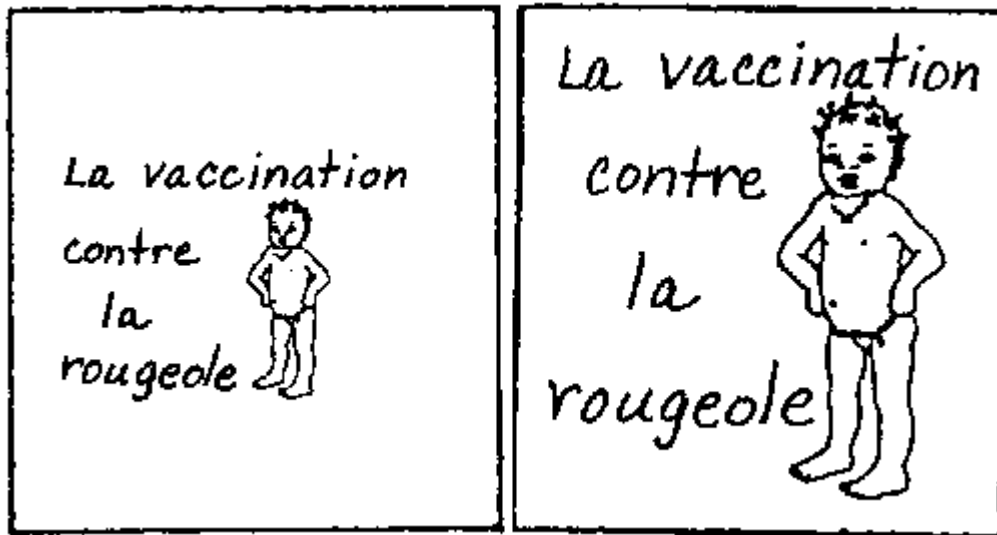
6. Une idée pour chaque image?



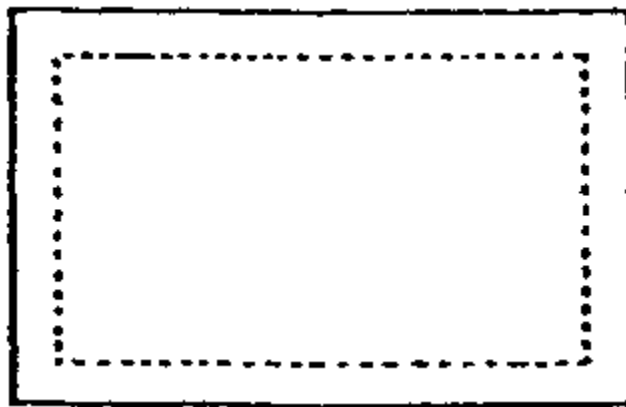
Le cycle menstruel



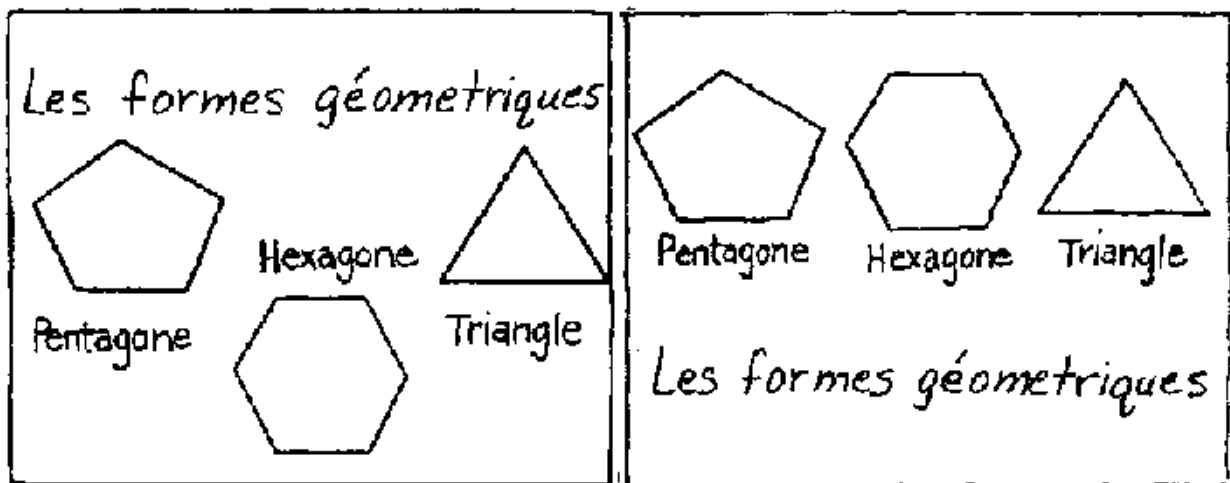
7. La mise en page? L'image remplit-elle la page?



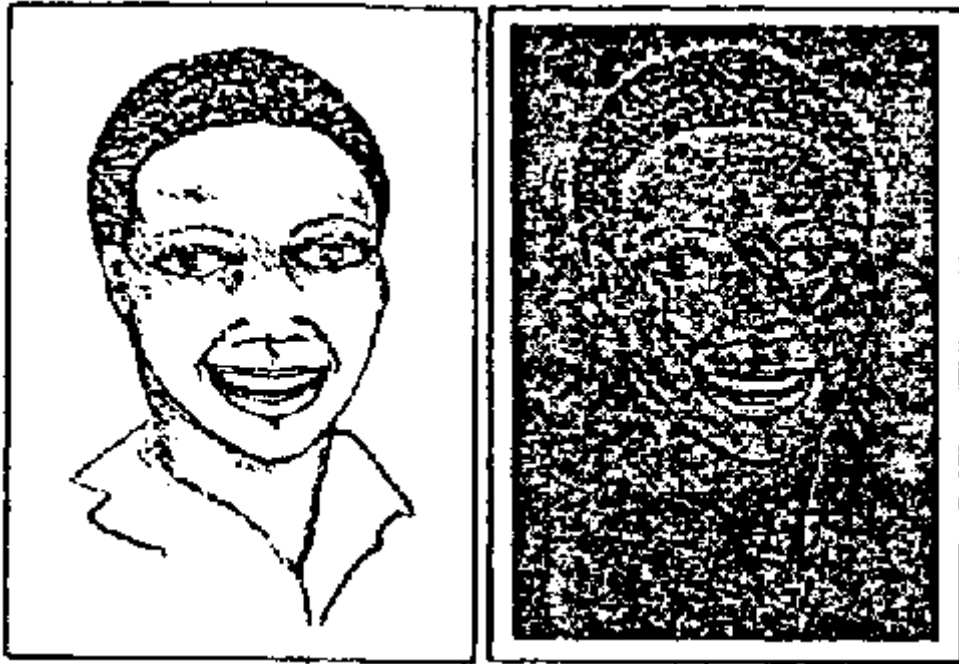
8. Marge blanche autour de l'image?



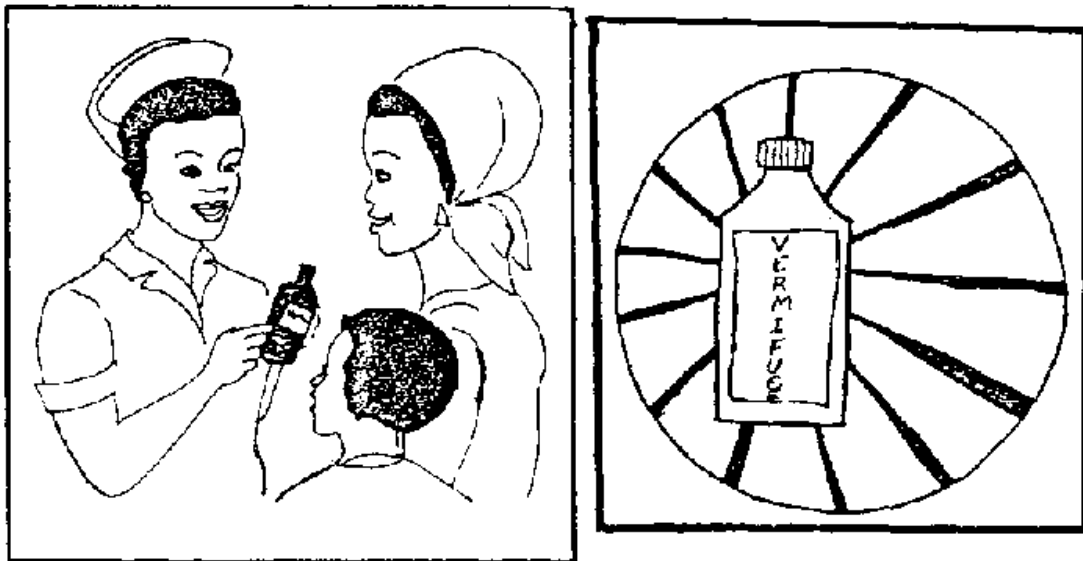
9. S'il y a des mots, est-il évident quels mots vont avec quelle image?



10. Est-ce que l'attention du spectateur est attirée vers les informations importantes? Pour ce faire: le contraste.



11. L'objet le plus important doit être au centre d'attention.



12. L'image est-elle intéressante pour les personnes à qui elle est destinée?

Est-ce que les objets et les personnages sont appropriés sur le plan culturel?

Est-ce que la conception et le style s'accordent avec les idées locales de ce qui est attrayant?

Est-ce que le sujet est important?

(D'après: Wileman: "Pretesting and Revising Instructional Materials", pp. 26-36 and Teaching and Learning with Visual Aids, pp. 85-103.)

24D L'utilisation des images pour communiquer avec efficacité

LE DEVELOPPEMENT DES MESSAGES VISUELS NECESSITE UNE CERTAINE TECHNIQUE.

- La conception et l'essai de matériel non verbal sont beaucoup plus compliqués et demandent beaucoup plus de temps que le développement de matériel verbal comparable. Simple ne veut pas dire facile.

LES IMAGES DOIVENT RESTER SIMPLES

- Gardez les images aussi simples que possible. Il vaut mieux montrer un centre de planning familial dans un cadre simple plutôt que sur un fond représentant une rue de la ville. Une rue pleine de monde va seulement distraire du message que l'on est en train de transmettre.

- Si les détails superflus et excessifs empêchent de saisir le message, la compréhension peut aussi être réduite par la suppression de tous détails.

- Chaque image sur chaque page devrait avoir une signification unique et évidente. Mettre plusieurs messages sur une page prête à confusion.

- Une seule page d'une brochure ne devrait pas inclure trop d'objets. Il vaut mieux avoir plusieurs dessins avec un ou deux objets sur chacun d'entre eux plutôt que d'essayer de mettre trop de choses sur un seul dessin.

- La compréhension de l'image est meilleure quand le corps entier d'une personne est représenté plutôt que simplement une partie.

PLUS C'EST REALISTE MIEUX C'EST.

- Pour une compréhension maximum, les symboles des images doivent être aussi réalistes que possible.

- Les images d'objets, de gens, et d'actions devraient ressembler aux objets, aux gens et aux actions dans le secteur spécifique où ces images sont utilisées. Des choses telles que les différents styles de vêtements ont tendance à laisser supposer aux villageois que cette image ne s'applique pas à leur propre village ou à leur propre vie.

- Le matériel produit pour une distribution nationale ne sera peut-être pas également approprié pour toutes les régions du pays, puisqu'il y a des variantes dans les styles, et les coutumes d'une partie du pays à l'autre.

LES IMAGES SERONT "LUES" LITTERALEMENT

- Rappelez-vous que les villageois vont vraisemblablement interpréter vos dessins de façon littérale. Par exemple, si vous dessinez quelque chose de plus grand que la réalité (tel que dessiner une mouche de six pouces de haut) les gens vont supposer que vous voulez signifier vraiment que c'est une mouche énorme, ou il se peut qu'ils pensent que c'est un type étrange d'oiseau.

COULEUR

- Si le matériel préparé utilise plus d'une couleur d'encre, le choix des couleurs devra être pré-testé de la même façon que les illustrations. Gardez présent à l'esprit que certaines couleurs ont différentes significations dans différentes sociétés. Choisissez les couleurs dont la signification dans la culture correspond aux idées que vous voulez transmettre. L'utilisation de la couleur augmente aussi le coût de production. Les tests ont prouvé que la couleur n'améliore pas seule la compréhension.

LES GENS NE VONT PEUT-ETRE PAS SUIVRE LA SEQUENCE VOULUE

- Les gens qui n'ont pas appris à lire ou à écrire ne regardent pas forcément les images dans le sens voulu. Il s'avère souvent utile lorsque les messages sont testés, de demander à plusieurs groupes de gens de disposer les messages individuels selon une séquence qui leur semble la plus logique.
- Si une affiche, ou un panneau mural ou un ensemble de directives ou un prospectus consiste en une série d'images, en numérotant les images, vous pouvez indiquer aux villageois l'ordre dans lequel les images doivent être "lues". Toutefois, les tests faits aux Honduras portant sur les instructions visuelles pour mélanger les sels de réhydratation orale montrent que cette technique ne marche pas toujours. Mettre des numéros à l'intérieur de la boîte avec les dessins laisse entendre à certaines mères que les chiffres correspondent au nombre de sachets à mélanger, plutôt qu'à la séquence de directives à suivre.

LES IMAGES SEULES NE SUFFISENT PAS

- Ne vous attendez pas à ce que les villageois apprennent beaucoup à partir de dessins seulement. Utilisez les dessins pour captiver l'attention des villageois, pour renforcer ce que vous dites, et pour leur donner une image dont ils se souviendront, mais donnez toujours une explication claire, complète et orale de votre sujet en plus des dessins.
- Il faut dire aux gens de la campagne de façon explicite que "les images indiquent comment mélanger les sels" ou "comment regarder les images et suivre les instructions".
- Les gens qui aident les villageois à comprendre le message représenté par les affiches et les images devraient expliquer la signification des signes conventionnels et des symboles utilisés par l'artiste. Il est vraisemblable que si cela se poursuit pendant une certaine période dans un village donné, les villageois vont commencer à "lire" les messages que les images essaient de transmettre. Les tests longitudinaux des Honduras indiquent que les femmes de la campagne n'oublieraient pas facilement un symbole une fois qu'elle l'avait appris.
- Il n'est pas possible de transmettre toutes les catégories d'information principalement par le truchement d'illustration. On peut utiliser des images probablement pour enseigner à quelqu'un comment changer le pneu d'un tracteur, mais elles ne seront sans doute d'aucune utilité pour apprendre à cette personne comment conduire ce tracteur.

LE PUBLIC DECIDE QUELLE EST L'IMAGE QUI CONVIENT LE MIEUX

- Le public visé devrait avoir le dernier mot en ce qui concerne le contenu, les illustrations et les séquences utilisés. Les administrateurs et les autres personnes indirectement liées au projet en général auront une foule de suggestions sur les révisions ou déclareront qu'ils ne comprennent pas le message. Mais le matériel n'a pas été conçu pour ce groupe !

D'après : Population Communication Services. "Print Materials for Non-Readers.")

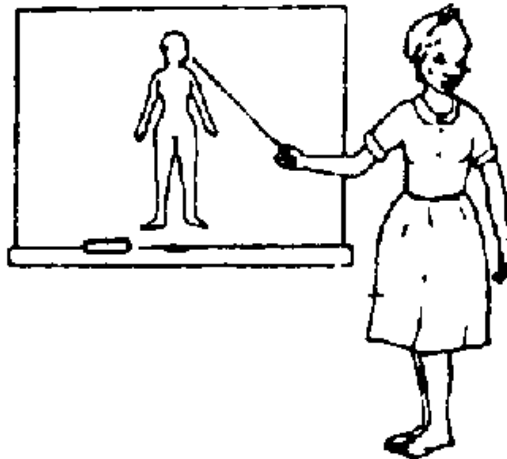
24E Les aides visuelles

Soyez certain que tout le monde peut voir l'aide visuelle :

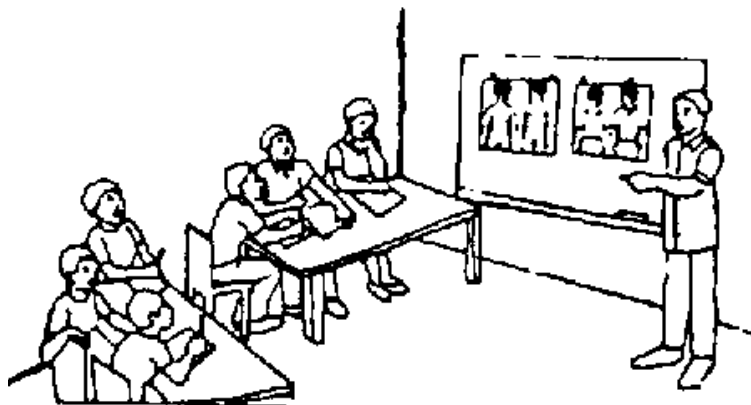


- est-elle assez grande pour être vue par tout le monde?
- êtes-vous debout devant votre aide visuelle?
- y a-t-il quelque chose qui empêche le groupe de voir l'aide visuelle?

Indiquez les parties de l'aide visuelle pendant que vous en parlez.



Soyez certain que l'aide visuelle est bien attachée (1 attacher au mur). Si vous la déplacez, cela pourrait provoquer de la confusion ou de la distraction chez votre audience.



Montrez au groupe l'aide visuelle pendant que vous en discutez :



- assez longtemps pour que tout le monde aura l'occasion de la bien regarder
- mettez à côté l'aide visuelle à la fin de la discussion du sujet.

Expliquez les images, les symboles ou les mots inconnus. Ceci est très important avec les personnes n'ayant pas l'habitude d'apprendre à travers les images.



Encouragez votre assistance à manipuler et à expérimenter avec les aides visuelles et d'en faire eux-mêmes.



- pendant la discussion/débat, faites circuler l'aide visuelle
- montez une exposition des aides visuelles

- élaborez des activités où les participants fabriquent et se servent des aides visuelles eux-mêmes.

(D'après: Teaching and Learning with Visual Aids, INTRAH)

Annexe du moniteur :

24A Titre : pourquoi utiliser les aides visuelles ?

24B Les villageois nous apprennent à leur enseigner (Tanzanie)

24C Exemples de situations d'instruction

24A Titre : pourquoi utiliser les aides visuelles ?

DUREE : 20 minutes

OBJECTIF : Les élèves vont reconnaître et énoncer que les aides visuelles sont quelquefois nécessaires pour une compréhension claire de nouvelles informations.

MATERIEL REQUIS : Du papier et des crayons pour chaque participant. Image de l'aardvark (ou tout autre animal ou objet devant être décrit durant l'activité). Si vous avez plus de 15-20 participants, il vous faudra un plus grand dessin. Voir Unité 2 sur la façon d'agrandir les images.

INSTRUCTIONS

1. Soyez sûr que chacun a un crayon et du papier.
 2. Expliquez que cette activité est comme un jeu qui va mener à une discussion de l'enseignement. Expliquez que vous allez demander aux gens de dessiner un animal basé sur la description d'une encyclopédie que vous allez leur lire deux fois. Soulignez bien que la façon dont ils dessinent n'a pas d'importance. Demandez-leur de penser à leurs réactions à l'activité au fur et à mesure qu'ils dessinent.
 3. Lisez la description doucement et clairement. Ne vous inquiétez pas si les gens expriment une certaine confusion. Demandez à vos élèves dessiner le genre d'image que les mots leur suggèrent.
- Si les élèves veulent entendre la description à nouveau, lisez-la leur une fois de plus.
- Dites-leur qu'ils ont 5 minutes pour terminer le dessin. Laissez-les travailler sur le dessin pendant 5 minutes.
4. Demandez aux élèves ce qu'ils pensent de cette activité. Dressez la liste de leurs réponses sur le tableau noir pour vous y référer par la suite. Les réponses auxquelles vous pouvez vous attendre sont : "pas clair", "pas assez d'informations", "j'ai perdu le fil après la première phrase."
 5. Demandez à quelques personnes de deviner quel genre d'animal elles ont dessiné. Montrez aux participants la photo de l'aardvark. Lisez la description à nouveau, en montrant du doigt chaque partie de la photo au fur et à mesure de la description.
 6. Demandez aux gens de résumer ce qu'ils ont appris au cours de cette activité. Ils devraient énoncer certaines versions de l'objectif de cette activité. S'ils ont des difficultés, donnez leur

quelques indications telles que : "Qu'est-ce que cela vous a montré sur la façon d'apprendre de nouvelles informations avec des mots et des images ?

7. Demandez aux élèves d'imaginer qu'ils sont des élèves infirmiers et qu'un instructeur vient de leur donner une description verbale sur la façon de poser un stérilet mais ne leur a pas montré à quoi ressemblait le stérilet ou l'appareil pour le poser! Montrez la liste des frustrations exprimées tandis qu'ils étaient en train de dessiner l'animal. Demandez-leur comment ils peuvent appliquer ce qu'ils ont appris au cours de cette activité à leur propre travail.

8. Résumez l'activité en énonçant l'objectif (vous avez déclaré que les aides visuelles...). Répétez leur liste de frustrations en notant la similitude avec les frustrations souvent énoncées par les étudiants.

ADAPTATIONS POSSIBLES :

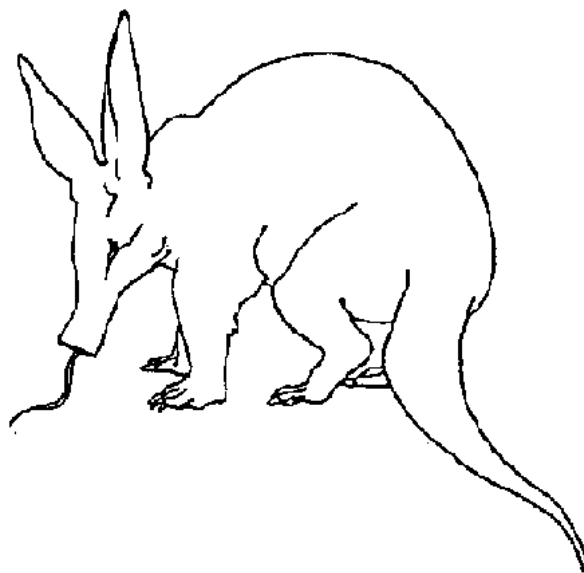
1. L'aardvark semble bien marcher. Mais vous voulez peut-être utiliser un autre exemple qui soit plus intéressant pour vos élèves. Choisissez n'importe quelle description d'un animal ou d'un objet qui prête à confusion quand il est décrit avec des mots.

2. Si le temps le permet, dans l'instruction 5 ci-dessus, vous pouvez demander aux élèves d'afficher leurs images une fois qu'ils ont deviné ce que c'était, mais avant que vous ne montriez l'image de l'aardvark.

3. Cette activité peut être associée avec une partie de l'activité 3, LES CHOSES QUE NOUS AVONS APPRISES PAR LES IMAGES). A la suite de l'instruction 7, ci-dessus, demandez au grand groupe d'effectuer les étapes 1-3 de l'activité 3.

"Le corps est trapus, avec un dos courbé ; les membres sont courts, armés de fortes griffes pointues ; les oreilles sont longues ; la queue est épaisse à la base et se rétrécit petit à petit. La tête allongée est posée sur un cou court, épais, et à la fin du museau se trouve un disque dans lequel s'ouvrent les narines. La bouche est petite, tubulaire, fournie d'une très longue langue mince.

Figure



(D'après : Teaching and Learning with Visual Aids. pp. 45-48)

24B Les villageois nous apprennent à leur enseigner (Tanzanie)

Tendre un appareil photo à des femmes illettrées du village pour photographier des activités familières du village mènent à d'intéressantes découvertes sur la façon dont les gens de la campagne voient les choses et comment ils apprennent.

Par John Sicheloff *

[* John Sicheloff a travaillé dans les communications et le développement en Afghanistan, au Pérou et en Tanzanie et travaille sur un livre à ce sujet.]

Le photographe louche à travers la visionneuse. Puis des mouvements d'une femme tenant un bébé pour le mettre dans le bain. Le bébé crie "Click".

La scène semble évoquer des souvenirs semblables. Mais ici dans ce village de Tanzanie, il y a une différence : le sujet est une femme du village ainsi que le photographe. Mais encore plus nouveau que la scène est le travail entrepris par le photographe : elle prenait des photos de l'activité familière d'un village qu'elle avait choisi de façon à utiliser le résultat pour enseigner aux autres comment réaliser cette activité le plus facilement et le plus économiquement.

L'utilisation d'illustrations graphiques pour communiquer les idées sur le développement a été extensivement recherchée. Le but central de la plus grande partie de cette recherche a été de comprendre comment les gens de la campagne illettrés réagissent aux aides visuelles telles que des croquis, des photos, des diapositives, et des affiches. Mon but était de faire ressortir cette compréhension mais de le faire d'une façon qui donne aux gens un contrôle virtuel du matériel qui doit être produit et évalué. J'ai donc décidé de remettre l'outil- la caméra aux villageois pour qu'ils filment leur propre activité. Leur choix de perspective, le "montage" et le "cadre" du sujet, donneraient, d'après moi, des indications significatives sur la façon dont ils perçoivent les choses visuellement.

Sur une période de deux ans au Pérou puis en Tanzanie, deux cent villages délégués coopèrent de façon enthousiaste à l'exercice. Chacun apprend comment utiliser un appareil photo instantané, et à prendre et expliquer leurs séries de photos sur la façon de biner, de moissonner, de faire la cuisine, de nourrir un bébé, et de nombreuses autres activités journalières. Et il est devenu apparent très rapidement que les photos pouvaient être un outil précieux dans l'éducation d'un village. J'ai encore vu maintes fois les photos susciter l'intérêt des villageois et leur fournir des images détaillées de choses et d'endroits familiers et non-familiers.

Lors du processus j'ai appris une grande quantité de choses sur l'utilisation efficace de séries de photos parmi les villageois, en particulier les femmes, et aussi pourquoi les villageois ne comprenaient pas très bien l'histoire ou le message des photos en général, et les films faits par des "experts". Les films qui ont spécialement prêté à confusion sont les films conçus pour communiquer de nouvelles techniques dans les activités essentielles. Donc mettre la caméra entre les mains des villageois était revenir à la base pour trouver comment les villageois voyaient leur propre travail productif sur le plan visuel.

Les séries de photos prises par les villageois pourraient être groupées en gros en deux catégories. Dans le premier groupe, l'accent est mis sur l'action ; chaque étape est indiquée par une image séparée. Les photographes de ce groupe étaient surtout des hommes. Et c'étaient des hommes qui

vivaient dans des villages i proximité des routes principales nu dans ces bidonvilles près des centres urbains.

Les photos prises par les femmes et par les hommes de villages plus isolés étaient bien différentes Leurs photos mettaient l'accent sur les gens qui faisaient le travail et non pas sur chaque étape du travail. De grands blocs d'activité étaient souvent montrés sur une seule photo.

Ces photographes conçurent une série de photos "comment faire" dans un sens très large. Ils montrent des gens qui partent travailler, des gens au travail, qui se reposent, et souvent qui boivent. L'accent est mis sur la "façon dont on travaille", non pas une présentation étape par étape d'une activité. C'était un style ce communication avec des images qui était descriptif, personnel et "entier", montrant comment les villageois enseignaient et apprenaient les uns aux autres dans leurs vies de tous les jours.

"POURQUOI" et non pas seulement "COMMENT"

Ceci fournit un aperçu du genre de séries de photos qui est nécessaire pour introduire de nouvelles idées dans les régions rurales. Pour les hommes du premier groupe, les photos conventionnelles "comment faire", avec chaque étape indiquée par une photo séparée, auront vraisemblablement l'effet voulu. Mais pour la plupart des femmes du village et pour les hommes des villages isolés, les séries de photos devraient suivre certaines directives :

- La narration, nu la description écrite qui accompagne les images est très importante. Les photos elles-mêmes ne transmettent pas grand chose si l'on ne souligne pas de qu'on voit sur l'image et pourquoi c'est important.

- Il ne faut pas s'attendre à ce qu'une série de photos enseigne aux villageois comment exécuter une activité spécifique. Ceci peut être accompli seulement avec quelqu'un sur place. La série de photos "comment faire" ne conviendrait vraisemblablement pas dans ce cas.

- Les séries de photos pourraient très bien encourager les villageois à adopter de nouvelles idées.. allant de l'amélioration des techniques de binage à l'amélioration de l'alimentation des bébés. Au lieu des séries "comment faire cela", il vaut mieux avoir ""pourquoi faire cela".

- Une série de photos "Pourquoi faire cela " devra être présentée dans un style descriptif et personnel.

- Les séries de photos devraient présenter l'expérience, pas seulement l'information. Cela veut dire qu'il faudra montrer quelque chose qui s'est en fait passé au village et qui a marché.

Je me suis débattu avec plusieurs façon de réaliser ces directives. J'ai trouvé qu'il était difficile d'écrire sous une série de photos qui devrait parler aux villageois sur un ton personnel. Le problème venait de l'écart énorme qui existe entre la situation réelle des villageois et ma propre situation - nu en fait celle de n'importe quel employé des communications travaillant dans un centre urbain.

Finalement, J'ai trouvé que la meilleure façon était d'impliquer directement les villageois dans la planification et la production des séries de photos.

Ma méthode consistait à choisir un village où une idée de développement avait été appliquée avec succès, puis de sélectionner un groupe de villageois et de leur demander de dire avec des images pourquoi ils avaient adopté cette idée. Ils rédigeaient le sujet de l'histoire et composèrent

les photos que je pris. La narration était écrite en commun et enregistrée par les villageois. Le produit final devint un témoignage d'un groupe à un village à d'autres sur les raisons pour lesquelles ils avaient adopté une idée particulière, allant des charrues de boeufs aux latrines sanitaires.

L'étape finale consistait à créer une méthode efficace d'utilisation de séries d'images dans les villages. Je me suis décidé pour une série de diapositives avec une narration enregistrée comme format. J'ai alors conçu un moyen de distribution qui dépendait des villageois eux-mêmes. C'était un ensemble prêt à monter audiovisuel qui peut être porté sur le porte-baggage d'un vélo et qui comprend un projecteur à 12 volts et un magnétophone à cassettes, tous deux alimentés par des générateurs montés sur le vélo. Pas besoin d'essence ni de piles. L'avantage de cet ensemble était de pouvoir rester au village pendant des semaines de suite. Un employé du village payé à mi-temps, peut montrer la photo et répondre aux questions. De nombreuses petites projections peuvent être prévues à des heures qui conviennent aux gens au village.

RAPPORT SUR LES RESULTATS CONCRETS

A la suite de la production de séries de photos avec ces villageois, j'ai trouvé que j'ai développé une nouvelle attitude envers le rôle des employés des communications du développement. J'ai commencé à considérer les spécialistes des communications du développement principalement comme des journalistes, pas des producteurs. La première exigence d'une série de photos à succès est d'après moi un projet de village qui marche comme base.

Cela signifie, par exemple, que pour enseigner aux femmes du village un régime équilibré, la première étape consistait à trouver un village où cela s'est vraiment passé. Cela peut être un village où une coopérative a commencé à faire l'élevage des poulets et où un groupe de femmes a planté des haricots. Si un revers quelconque s'était produit comme par exemple le trésorier s'enfuyant avec l'argent, cela serait rendu dans une série de photos avec l'action réparatrice à prendre. La caractéristique essentielle du village sélectionné pour les séries serait que les résultats au projet soient visibles. Les séries de photos sont efficaces pour les villageois seulement si elles sont basées sur des événements réels, pas seulement sur les conseils et la promotion.

La signification de cela est que les employés des communications doivent être des journalistes efficaces s'ils veulent être des pédagogues efficaces. Avant de prendre la première photo ou dessiner le premier tableau anecdotique, ils doivent être en mesure de voir comment un projet fonctionne sur le terrain. est seulement à ce moment là qu'ils pourront utiliser des aides audiovisuelles ou autres représentant des options réalistes, actuelles, concrètes pour motiver les villageois et évaluer à nouveau leurs propres pratiques en faveur de davantage de possibilités productrices.

Photos (a)



Ces photos ont été prises par Nabula Njoba, une femme vivant au village de Ngeme en Tanzanie. Madame Njoda n'a jamais été à l'école et a été au cinéma deux fois. Son sujet était: "La ferme" et sa conception est large, comprenant non seulement les cultures mais le manger et les fêtes. Chaque photo a été préparée de façon élaborée pour montrer plusieurs activités différentes liées entre elles. La photo no 5 : "Elles étaient en train de faire la cuisine", montre une femme apportant du bois pour le feu, une autre tenant une cruche à eau, une autre mélangeant, et une autre avec un pot sur le feu.

Photos (b)



(D'après : UNICEF NEWS, Issue 14, Number 4. pp. 18-19)

24C Exemples de situations d'instruction

CAS 1 : COMMENT ENCOURAGER LES MERES A AMENER LEURS ENFANTS AU DISPENSAIRE POUR LA VACCINATION

L'agent de la santé d'un petit dispensaire de campagne est inquiet parce que de nombreux bébés dans la région sont en train de mourir de maladies évitables par la vaccination. Elle est inquiète parce que les mères de la région n'amènent pas leurs bébés au dispensaire pour les faire vacciner. Son assistante qui habite au village, lui a dit que les femmes craignent que les vaccinations empoisonnent leurs bébés. Elles ont entendu des rumeurs d'enfants mourant après de telles vaccinations et elles préfèrent utiliser leurs propres remèdes à base de plantes pour les maladies. L'agent de santé remarque que les femmes se réunissent chaque semaine sous un arbre du village pour piler leur grain, parler et chanter. Les femmes sont occupées à maintes tâches et restent sous l'arbre environ une heure ou moins.

Que peut-elle faire pour encourager les femmes à amener leurs bébés au dispensaire pour les vaccinations ? Elle a du papier et de la peinture qu'elle a ramenés de la capitale régionale. Le village n'a pas d'électricité.

Les réponses suivantes sont des réponses possibles aux 6 questions d'instruction de cette étude de cas.

1. QUI : des femmes avec des bébés
2. QUOI : amènent leurs enfants au dispensaire pour se faire vacciner
3. OU et PENDANT COMBIEN DE TEMPS : sous l'arbre du village où les femmes viennent piler leur grain ; 15 minutes.
4. METHODES D'ENSEIGNEMENT: chansons, histoires, ou discussion sur les vaccinations des bébés.
5. AIDES VISUELLES :
 - a. matériel existant : papier et peinture, les mères des enfants qui souffrent d'une maladie infantile.
 - b. du matériel qu'elle peut fabriquer :
 - (1) des images pour illustrer ses chansons ou anecdotes sur la vaccination
 - (2) croquis d'enfants présentant les symptômes de chacune des maladies qui peuvent être évitées par la vaccination.
6. EFFICACITE :
 - a. Observez si les femmes sont attentives à la présentation et posent des questions ou offrent leurs propres histoires sur les maladies ou la vaccination.
 - b. Comptez le nombre de femmes qui amènent leurs bébés au dispensaire pour les vaccinations avant et après la séance.

CAS 2 : COMMENT APPRENDRE A LA COMMUNAUTE A CONSTRUIRE UNE LATRINE

Le comité de santé local a demandé à l'agent de santé du dispensaire régional de rendre visite à leur communauté et d'apprendre aux bénévoles locaux à construire une latrine. Le village est situé dans une région éloignée accessible seulement à pied, ou à dos d'âne, ou par bateau. La plupart des villageois n'ont jamais vu de latrines. Le comité de santé récemment nommé a entendu un agent de santé qui était en visite dire que les nombreux maux de ventre et problèmes de diarrhée de la communauté diminueraient si on construisait et utilisait des latrines. Le bois est disponible localement. Les villageois ont des outils pour creuser. En un jour, un agent de santé peut en général démontrer comment construire une latrine.

Quelle est la meilleure façon pour un agent de santé d'enseigner aux bénévoles comment construire une latrine effective et qui dure ?

Les réponses suivantes sont des réponses possibles aux six questions de cette étude de cas.

1. QUI : Les bénévoles du village
2. QUOI : Construire une latrine dans un lieu acceptable
3. Où et COMBIEN DE TEMPS : dans la communauté ; une activité de démonstration d'un jour.
4. METHODES D'ENSEIGNEMENT :
 - a. Cours/démonstration (cours sur les matériaux requis pour construire les latrines, où les construire, et les étapes à suivre pour la construction)
 - b. Aider les villageois à construire une latrine dans un endroit acceptable

5. AIDES VISUELLES :

a. matériaux existants : bois, outils pour creuser et travailler le bois, papier, crayons

b. matériaux à fabriquer:

(1) croquis de gens construisant des latrines, indiquant les différentes étapes permettant de situer et de construire la latrine

(2) Modèle en bois du type de latrine qui convient le mieux à ce village.

6. EFFICACITE :

a. pendant la construction :

1. pour voir si votre explication était efficace, comptez le nombre et le genre de demandes que font les villageois pour la re-explication des étapes à suivre dans la construction d'une latrine.

2. comptez le nombre et le genre de fautes faites durant la construction

b. après avoir construit la première latrine, retournez au village à des intervalles réguliers pour voir si les nouvelles latrines sont en train d'être construites ; vérifiez aussi s'ils les construisent correctement et s'ils les placent dans des lieux acceptables.

CAS No. 3 : COMMENT RENSEIGNER LES MERES DE JEUNES ENFANTS SUR LA NUTRITION

L'agent de santé est dans un petit dispensaire d'une région pauvre en bordure d'un grand centre urbain. Elle s'inquiète du nombre important de cas de malnutrition infantile qu'elle voit dans la communauté. Elle parle à certaines des mères. Elles n'ont pas beaucoup d'argent pour la nourriture. Elles donnent des macaroni et du pain à leurs bébés ainsi que du bouillon provenant des ragoûts que mangent les adultes. La plupart des mères ne savent pas lire. Elles ne connaissent pas le lait en poudre ni la farine de soja distribués gratuitement dans un dispensaire à proximité. Les mères qui ont entendu parler de cette nourriture gratuite n'ont même pas été au dispensaire pour en chercher. Elles n'ont jamais préparé de tels aliments. Elles ne savent pas comment les faire cuire. Certaines pensent que ce sont des aliments pour les animaux et pas faits pour les humains.

L'agent de santé a du papier et du matériel à dessin. Comment peut-elle renseigner ces mères sur la nutrition pour les aider à améliorer la santé de leurs enfants ?

Les réponses qui suivent sont des réponses possible aux 6 questions d'instruction de cette étude de cas.

1. QUI : les mères dans les communautés pauvres en bordure d'un grand centre urbain

2. QUOI : améliorer la nutrition de leurs bébés grâce à l'utilisation de lait en poudre et de farine de soja

3. OU et COMBIEN DE TEMPS : dans la communauté ; dans les dispensaires ; démonstrations de 15 minutes.

4. METHODES D'ENSEIGNEMENT : expositions dans la communauté ; préparation et dégustation de la nourriture au dispensaire.

5. AIDES VISUELLES :

a. matériel existant : papier et matériel de dessin, échantillons de lait en poudre et de farine de soja

b. matériel à fabriquer :

(1) panneaux d'affichage avec des croquis qui montrent que a) de la nourriture est distribuée gratuitement au dispensaire, b) des démonstrations de cuisine sont données au dispensaire, et que c) les humains peuvent manger le lait en poudre et la farine de soja préparés lors de la démonstration au dispensaire.

(2) un feu de cuisson, des aliments préparés lors des démonstrations au dispensaire.

6. EFFICACITE :

a. comptez le nombre de mères qui viennent au dispensaire pour les démonstrations

b. comptez le nombre de mères qui viennent au dispensaire pour les aliments gratuits

(D'après : Teaching and Learning With Visual Aids. pp. 111-113.)

Session 25

Prospectus

Annexe du moniteur

Prospectus :

25A La promotion de la TRO : L'intégration des media de masse des imprimés et des aides visuelles

25B Campagnes de développement en Tanzanie rurale

25C La promotion de l'allaitement au sein et des pratiques correctes de sevrage en Côte d'Ivoire

25D Directives pour lectures et présentations

25A La promotion de la TRO : L'intégration des media de masse des imprimés et des aides visuelles

COMMENT LIVRER LA MARCHANDISE

De nombreuses communautés sont encore conscientes des avantages de la TRO. Les ministères de la santé des Honduras et de Gambie ont répondu au défi et sont en train d'assurer la promotion de la TRO grâce à une campagne d'éducation intégrée. William Smith rapporte sur cette initiative passionnante.

Depuis 1981, un programme éducatif largement répandu - les médias de masse et le projet de pratiques de santé* - est en cours aux Honduras et en Gambie, montrant à des milliers de villageois comment reconnaître les signes de déshydratation et comment préparer et administrer la thérapie de réhydratation orale (TRO) correctement à la maison. Ces deux pays ont été choisis à cause de leur contraste dans le domaine de la culture et de l'environnement, afin de rendre plus facile l'utilisation des techniques ainsi développées dans d'autres pays par la suite. En associant des programmes de radio spécialement conçus, du simple matériel graphique et des conseils ajustés en vue d'une cible à l'intention des agents de santé, les gouvernements des deux pays utilisent les médias de masse pour améliorer la prestation des services TRO prouvant ainsi que l'on peut enseigner aux communautés semi-analphabètes comment mélanger et administrer en toute sûreté la TRO.

[*Le projet est patronné par "The Office of Education and Office of Health, Bureau for Science and Technology, US Agency for International Development (USAID).]

Approche unique

A la fois aux Honduras et en Gambie, les attitudes des villages, les croyances et les pratiques guident la conception du projet. En associant les essais, les observations à domicile, les groupes focalisés et les interviews individuelles, on aide à sélectionner les publics clés et définir les messages éducatifs les plus effectifs. Chaque pays a mis au point son approche unique en ce qui concerne la prestation de la TRO et l'éducation du village. Aux Honduras, le gouvernement fournit des sels de réhydratation orale fabriqués localement appelés "Litrosol" pour utilisation à la maison ou au dispensaire.

En Gambie, les sachets sont disponibles dans des centres de santé mais la simple solution de sel et de sucre est aussi promue pour l'utilisation domestique car cela revient à trop cher de fournir des sachets dans chaque domicile. Les départements de santé et de la médecine de Gambie ont mis au point une formule pour cette solution administrée à la maison en utilisant une bouteille de boisson sans alcool (Julpearl) et son bouchon comme unité de mesure. Un litre de liquide est composé de 3 bouteilles "Julpearl" d'eau, de 8 bouchons de sucre et d'un bouchon de sel.

La façon correcte de préparer et d'administrer la solution a été diffusée à l'intention des mères par Radio Gambie (la station de radio nationale). Des imprimés ont été distribués pour renforcer le message et les agents de santé ont parlé avec les mères pour s'assurer qu'elles avaient bien compris.

Radio

La radio est un aspect important du projet de média de masse dans les deux pays parce qu'il atteint davantage de gens, plus rapidement et plus souvent que n'importe quel autre médium utilisé. Il a quatre buts particuliers :

1. Convaincre les gens de la campagne que la diarrhée est un problème sérieux.
2. Leur apprendre et leur rappeler comment mélanger la solution de réhydratation orale .
3. Répondre à de nombreuses questions identifiées durant les visites dans les villages.
4. Conduire les gens à des sources d'aide supplémentaire.

A la fois aux Honduras et en Gambie, de nombreuses personnes ont la radio, on peut donc utiliser ce moyen de façon efficace pour l'éducation publique. Les diffusions à la radio du projet de média de masse en Gambie sont loquaces et informelles se conformant au style populaire de programmes dans ce pays. Les diffusions répondent aux questions de santé rapidement et de façon exacte et ouvrent le dialogue avec les mères. Le gouvernement de Gambie a accordé sur Radio Gambie des temps de libre pour des centaines de messages liés à la diarrhée.

Aux Honduras, le projet tira parti d'un grand réseau de stations de radio commerciales . Les communiqués à la radio étaient courts et faciles à retenir et étaient destinés à concurrencer avec des publicités commerciales de haute qualité. Le communiqué principal, une chanson de 60 secondes est devenu un air populaire national. Les annonces qui suivaient mettaient l'accent sur les soins de l'enfant pendant la diarrhée, encouragement l'administration de Litrosol et soulignaient l'importance d'un allaitement au sein continu pendant les crises de diarrhée.

Arts graphiques

Les arts graphiques utilisés par le projet de média de masse pour illustrer les messages de santé sont simples et claires. Les matériaux principaux interagissent directement avec les messages à la radio et les agents de santé afin d'enseigner les importantes techniques de mélange et d'administration de solution de réhydratation orale au niveau du village. Ceci est particulièrement important en Gambie car les femmes de la campagne en Gambie ne sont pas habituées aux imprimés quels qu'ils soient et ont besoin d'aide pour interpréter les images. Il fut nécessaire par exemple, de mettre au point un moyen visuel de montrer la différence entre le sucre et le sel et d'illustrer la bouteille et le bouchon de "Julpearl" nécessaires pour mesurer correctement. Une affiche pleine de couleurs de 8" x 11" fut mise au point pour montrer la bouteille et le bouchon utilisés pour mélanger la solution de réhydratation. Les photos "de mélange" de sucre, de sel, et d'eau ont un code-couleur et sont liées aux explications données à la radio.

Aux Honduras, les enquêtes préliminaires faites sur le terrain indiquaient que les mères associaient les soins de santé avec des images tendres. Cette attitude était en général représentée visuellement par un grand coeur rouge entourant la photo d'une femme en train d'allaiter. Le coeur fut aussi associé par la suite avec le Litrosol et une jeune famille ajoutée à la photo pour renforcer le rôle du père en ce qui concerne l'administration de la TRO.

Intégration des techniques de communication

Les programmes de radio du projet renforcèrent les symboles visuels dans les deux pays grâce à des rengaines spéciales et des chansons romantiques sur la maternité, ainsi qu'en fournissant des informations de base.

Aux Honduras, par exemple, le programme dit aux mères où trouver le Litrosol, comment le mélanger dans les proportions correctes d'eau et comment le mesurer dans des récipients que l'on trouve facilement partout. La radio a aussi été utilisée pour identifier un réseau spécial d'agents de santé et de contacts dans le village - Les dames au coeur rouge - qui ont reçu une formation pour apprendre à mélanger le Litrosol. Quelques 1.200 "dames au coeur rouge" ont hissé un drapeau avec un coeur rouge sur leur maison pour attirer les femmes du village vers cette ressource locale. L'intégration de différentes méthodes de communication est la caractéristique principale des projets de média de masse.

La loterie des bébés heureux

Pour encourager davantage de mères gambiennes à participer au projet et pour maximiser l'intégration de la radio, des imprimés et l'input des agents de santé, un concours national a été lancé pour populariser la solution de réhydratation administrée à la maison. Connu sous le nom de "loterie des bébés heureux", le concours a contribué à la distribution de quelques 200.000 "photos de mélange" aux mères dans tout le pays. La Radio Gambie a diffusé à plusieurs reprises des programmes aux mères de la campagne sur la façon d'utiliser les affiches comme billet d'entrée pour le concours. Les programmes apprirent aussi aux mères comment interpréter les directives de mélange indiquées sur l'affiche. On apprit aux agents de santé à utiliser les affiches pour enseigner aux mères la façon de mélanger la formule ainsi que de donner les sachets de SRO de l'UNICEF aux enfants gravement déshydratés dans les dispensaires ruraux.

Concours de villages

La distribution d'affiches a été suivie de 72 concours de villages en deux mois. Chaque semaine, la radio annonçait les noms des 18 villages qu'un juge portant un Tee-shirt "bébé heureux" allait

visiter. Pour concourir les mères sont allées au village le plus proche portant un drapeau "bébé heureux" et, si elles arrivaient à mélanger correctement la solution, elles gagnaient un prix- soit une tasse d'un litre en plastique ou une savonnette fabriquée localement. Ces prix furent choisis par ce qu'ils étaient attrayants, disponibles localement, pas chers et compatibles avec les objectifs du projet. La tasse, par exemple, est un récipient ordinaire pour boire de l'eau et une mesure d'un litre pratique pour la solution de sucre et de sel.

La réponse à la loterie était enthousiaste. Plus de 11.000 mères assistèrent aux concours de villages. Plus de 6.500 participèrent au concours de mélange, tandis que des centaines d'autres observaient, écoutaient et apprirent le nouveau conseil sur la façon de traiter la diarrhée. Le nom des mères gagnantes fut inclus plus tard dans un tirage pour 15 lecteurs de cassettes à gagner. Un seul prix de riz et de sucre pour toute une communauté était remis chaque semaine au village qui avait le plus de mères candidates au concours. La radio fut utilisée régulièrement pour annoncer les gagnants et pour renforcer la formule de mélange. La loterie se termina quand la femme du président de Gambie tira au sort et annonça les noms des gagnants des grands prix dans une diffusion spéciale faite à la radio.

La loterie n'est qu'une partie de l'utilisation des médias de masse par le gouvernement de Gambie pour combattre la diarrhée infantile. Des femmes spéciales comme les femmes avec les drapeaux "bébé heureux" des Honduras, ont été formées pour apprendre aux femmes du village à mélanger la solution. Les diffusions faites régulièrement à la radio comprennent des chansons traditionnelles, des pièces de théâtre, et des personnalités populaires qui expliquent les dangers de la déshydratation et qui soulignent l'importance de l'allaitement au sein pendant la diarrhée.

Images tirées du manuel des agents de santé utilisé aux Honduras. Elles soulignent l'alimentation correcte durant la diarrhée.



Mass Media and Health Practices Project

Conclusion

Il y a eu une acceptation encourageante de la TRO dans les deux pays. Durant les 12 premiers mois du projet aux Honduras, la moitié des mères utilisaient le Litrosol. En Gambie, au bout de huit mois de campagne, la moitié des mères signalées utilisaient la solution de sel et de sucre pour traiter la diarrhée. Une évaluation approfondie de trois ans continue dans les deux pays.

Trois éléments ont été critiques pour le succès du projet :

1. Un système d'éducation et de prestation efficace. Un système d'éducation et de prestation efficace des sachets de l'UNICEF et des directives sur le mélange sucre/sel furent associés à une éducation pratique et étendue sur la façon d'utiliser ce nouveau remède.
2. Des informations régulières de flexibilité provenant du terrain furent utilisées pour effectuer des changements dans les méthodes et le matériel de façon à pouvoir répondre aux questions des mères rapidement.
3. Les croyances et les traditions rurales formèrent la base de la campagne d'éducation.

Des ressources sont disponibles pour fournir une modeste assistance aux autres pays intéressés au développement d'un programme de média de masse de cette sorte. Il y a encore beaucoup à apprendre, mais une utilisation systématique des média de masse intégrant la radio, les imprimés

et le dialogue entre les agents de santé et les mères peut favoriser de façon significative l'élargissement de nombreux programmes d'éducation pour la santé.

Pour de plus amples renseignements sur le projet, veuillez vous adresser à Dr. William Smith, vice-président, Academy For Educational Development. 1414 Twenty-second Street, NW, Washington DC 20037, USA.

(D'après : Diarrhea Dialogue. Issue 14, August 1983)

25B Campagnes de développement en Tanzanie rurale

Budd L. Hall

En 1975, plus de trois millions de gens en Tanzanie rurale participèrent, grâce à des groupes de discussions et d'action, à une campagne sur la production de nourriture et la nutrition appelée Chakula ni Uhai, (la nourriture c'est la vie). Cette campagne utilisa les diffusions hebdomadaires à la radio, les imprimés et plus de 100.000 chefs de groupe ayant reçu une formation. Les premières campagnes sur une petite échelle furent menées sur des thèmes tels que la vulgarisation du deuxième plan quinquennal, les élections présidentielles et parlementaires de 1970, et la célébration des dix années d'indépendance. (1) L'idée de campagnes de développement s'est étendue jusqu'au Botswana où une campagne couronnée de succès sur le premier plan de développement national s'est terminée en 1973. (2)

La campagne de développement telle qu'elle existe en Tanzanie et, dans une certaine mesure, au Botswana, est la manifestation de plusieurs courants d'activité différents. L'illustration qui suit montre peut-être ces divers dérivés très clairement, en ce qui concerne la campagne la plus récente qui vient de se terminer et qui compte deux millions de membres "l'homme c'est la santé".

La campagne de développement "l'homme c'est la santé" s'adapte au contexte historique de nombreux efforts de développement et associe les aspects de divers antécédents au sein d'une campagne intensive nationale à court terme (12 semaines). C'était le résultat de l'insistance par le ministère de la santé sur la médecine préventive ou de la communauté, de l'expansion de l'expérimentation de l'éducation des adultes avec des groupes d'écoute à la radio, d'une part de l'inquiétude du parti politique (TANU) en ce qui concerne l'augmentation de la conscience politique et l'éveil de la politique de santé, et s'accordant avec la politique nationale pour apporter une transformation socialiste rurale.

La meilleure façon d'illustrer la façon dont ce genre de campagne de développement fonctionne est de consulter les résultats de la campagne qui vient de se terminer.

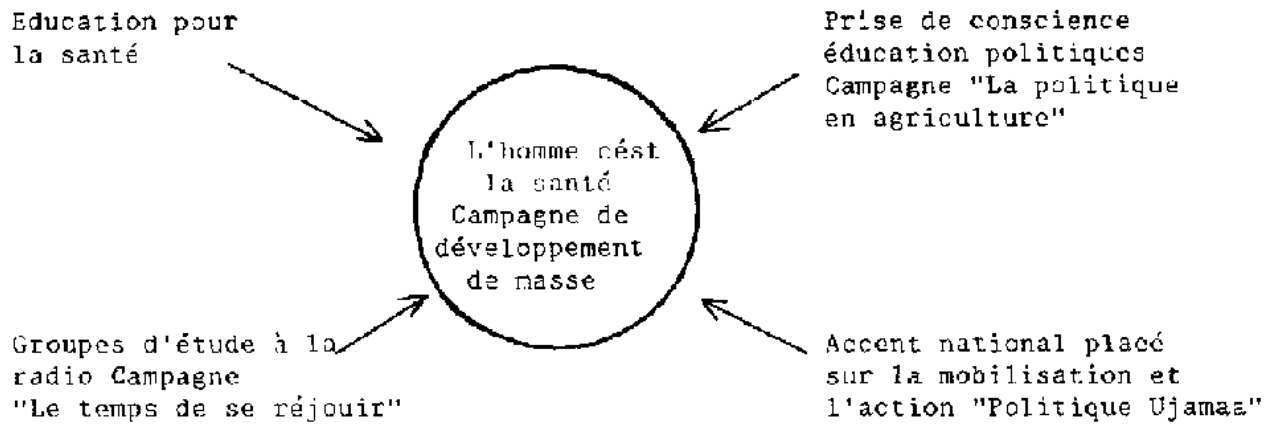
OBJECTIFS ET ORGANISATION DE LA CAMPAGNE "L'HOMME C'EST LA SANTE"

La campagne avait trois objectifs :

1. Encourager la prise de conscience des participants et encourager les actions de groupes à agir sur les groupes et les individus pour qu'ils prennent des mesures pour rendre leurs vies plus saines ;
2. fournir des informations sur les symptômes et la prévention des maladies spécifiques ; et

3. pour ceux qui ont participé à la campagne d'alphabétisme nationale, encourager le maintien des aptitudes à la lecture nouvellement acquises en fournissant du matériel de suivi adapté.

Objectifs et organisation de la campagne "L'homme c'est la santé"



Deux éléments étaient fondamentaux pour l'accomplissement de ces objectifs. D'abord, il y avait des structures préexistantes disponibles pour mettre en oeuvre les plans. Ensuite, la planification ne fut pas faite en hâte et fut très systématique.

La Tanzanie a édifié un réseau très étendu d'éducation pour adultes sous l'administration du ministère de l'éducation nationale. Il est composé de près de 2000 coordinateurs et superviseurs de l'éducation pour adultes sur le plan national, régional et du district et de la division. Ce personnel est responsable des milliers de centres d'éducation pour adultes qui fonctionnent en utilisant les écoles primaires comme base. Ils travaillent parallèlement à un réseau de responsables de l'éducation pour la santé. Les deux ensembles de personnel sont largement responsables des opérations journalières de la campagne, depuis la formation des chefs de groupes jusqu'à l'encouragement pendant la diffusion à la radio. Ils sont appuyés par les réseaux de TANU et la division de développement rural.

La planification de la campagne a commencé 18 mois avant la première diffusion à la radio et à été réalisée sous la directive d'un comité de coordination nationale qui se réunissait chaque semaine pendant les périodes de planification intense. L'importance de ce comité est que, dès le départ, autant d'organismes qu'il était nécessaire d'avoir pour assurer le succès de la campagne, furent impliqués. Une campagne de masse au niveau rural ne peut pas être réalisée par les activités d'un seul secteur ou d'un seul organisme. Elle exige les efforts coordonnés de tous les organismes travaillant dans les régions rurales. Au niveau du village dans cette campagne, le personnel chargé de l'éducation des adultes travaillèrent avec les responsables du développement rural, les représentants locaux de TANU et le personnel de l'éducation pour la santé, pour organiser les groupes avant la campagne et en apportant leur appui aux groupes une fois que les programmes de radio avaient démarré.

LE SYSTEME DE FORMATION ORGANISE

L'expérience tirée des premières campagnes de groupes d'études à la radio indiquèrent qu'un chef de groupe d'étude ayant reçu une formation était primordial au succès d'une activité de groupe. L'une des raisons les plus importantes pour former les chefs de groupe est de transmettre le message que les chefs de groupe ne sont pas des enseignants. Un chef ne dit pas au groupe ce qu'il faut faire ou comment le faire. Le chef de groupe reçoit une formation pour guider les

études de groupe, afin de comprendre qu'il est "le premier parmi des égaux". Il doit être formé avec tact : pour encourager celui qui est replié sur lui-même, pour amadouer le sur-dominateur et stimuler en général la participation de tous. Il est tout aussi important de fournir des suggestions aux chefs sur la façon de passer de la discussion à l'action dans les groupes.

Logistiquement, le plan tanzanien nécessitait 75.000 chefs de groupes à former en 3 1/2 mois. Ceci fut accompli en utilisant un système de formation organisé dans lequel les équipes régionales formèrent les équipes du district qui, à leur tour, formèrent les chefs de groupe d'étude au niveau de la division. Il y eut 7 séminaires régionaux pour 200 participants (30 par séminaire) ; 61 séminaires au niveau du district pour 1.400 participants (25 par séminaire). ; et 2.000 séminaires divisionnaires pour environ 75.000 chefs de groupe d'étude (37 par séminaire). Tous les séminaires durèrent de 2 à 3 jours.

Une leçon importante à retenir de cette expérience de formation de masse est qu'il est possible d'assurer que les éléments centraux du message de formation survivent le processus de diffusion du premier au dernier stade. C'est à dire qu'aucun élément vital ne doit être gâté par le manque de professionnalisme. C'est un des aspects les plus cruciaux du développement d'une campagne de masse. Dans le cas de la Tanzanie, les éléments clés du message de formation furent maintenus grâce à plusieurs dispositifs : des prospectus préparés centralement (dupliqués localement) ; l'utilisation de tableaux amovibles préparés à l'avance résumant les points les plus importants de la formation ; des cassettes pré-enregistrées pour simuler les programmes de radio pour faire l'expérience du jeu de rôle ; et des copies du matériel réel à utiliser durant la campagne.

LES GROUPES EN ACTION

Le schéma qui fut le plus souvent suivi par les groupes durant la campagne est le suivant :

1. rassemblement pendant le temps de réunion - la radio joue une musique se rapportant à la campagne, des chansons politiques, des poèmes et de courtes annonces ;
2. les membres du groupe écoutent un programme de radio de 20 minutes ;
3. le chef de groupe ou quelqu'un du groupe lit à haute voix la section appropriée du texte ;
4. la discussion commence avec la question de pertinence du matériel présenté par rapport aux circonstances réelles des membres du groupe ;
5. la discussion a lieu sur l'expérience de plusieurs personnes qui ont fait l'expérience de la maladie, les autres causes possibles de la maladie et les façons dont on peut la prévenir ;
6. des résolutions sont faites et acceptées par le groupe pour des actions spécifiques qui peuvent être mises en oeuvre dans le village ; et
7. pendant la semaine qui suit - avant le programme suivant - les résolutions sont exécutées par les membres du groupe et, vraisemblablement par d'autres personnes dans le village.

La principale différence entre cette campagne et les essais précédents était l'importance mise sur l'action à la suite des discussions. Le type d'activités qu'entreprirent les groupes individuels varièrent selon la réalité des différentes régions, Dans une enquête de 213 groupes, on a trouvé que 28 des groupes déblayaient la végétation autour des maisons, que 20% creusaient, réparaient et reconstruisaient des latrines, que 24% détruisaient et nettoyaient les régions d'eaux stagnantes, que 11% faisait bouillir l'eau et que 11% nettoyaient le secteur entourant l'alimentation en eau.

Dans un district (Dodoma), environ 200.000 latrines furent construites durant la campagne. Le résultat à la fin de la campagne fut que pas une seule maison ne possédait pas de latrines. Ceci s'est produit dans une région où des colons avaient essayé de mettre la construction de latrines en vigueur 50 ans auparavant avec de pauvres résultats et énormément de rancœur. Dans une division en Iringa, les gens décidèrent qu'une latrine par maison n'était pas suffisante. Par exemple que pouvaient utiliser les voyageurs tandis qu'ils attendaient l'autobus au bord de la route ? La solution fut de construire davantage de latrines. Donc on s'accorda pour construire une latrine à chaque principal arrêt d'autobus dans la région.

CHANGEMENTS DANS LES PRATIQUES DE SANTE

D'une importance particulière pour la campagne fut la mesure du changement dans les pratiques de santé. Dans une enquête portant sur 8 villages avant et après la campagne, on observa 11 pratiques de santé telles que la présence de latrines, l'utilisation de latrines et l'absence de pots cassés et de mares d'eau stagnante associées en tant qu'index de pratiques de santé.

Chaque ménage fut soumis à l'enquête et pouvait obtenir entre 0 et 12 points, selon le nombre de pratiques positives observées. Avant la campagne, l'index moyen des pratiques de santé pour toutes les maisons dans les 8 villages (2.084 maisons) était 3,0 soit 3 pratiques de santé positives observées sur 11. Après la campagne, l'index moyen était de 4,8, une augmentation relative de 60%. En termes réels, cela signifie que chaque maison de l'échantillon total améliora son environnement sanitaire en changeant presque 2 habitudes négatives en habitudes positives. Les plus grands changements d'après ces résultats sont apportés par la construction de latrines creusées et du déblayage de la végétation dans la vicinity immédiate des maisons.

L'évaluation finale de n'importe quelle campagne d'éducation de santé doit résider dans la réduction de l'incidence des maladies. Une provision de la mesure de réduction du niveau de maladie n'a pas été prévue dans l'évaluation de cette campagne, car l'isolement des multiples facteurs associés à la bonne santé se serait avéré impossible étant donné la nature de la campagne et les dossiers disponibles. On a signalé un accroissement élevé du nombre de gens se rendant au dispensaire dans plusieurs régions rurales. On a la preuve qu'un nombre important de gens ont participé à la campagne ; que les gens ont beaucoup appris grâce à cette méthode et que littéralement des millions d'heures ont été passées à effectuer des changements dans l'environnement à la suite de la campagne.

ASPECTS SIGNIFICATIFS DE LA CAMPAGNE

Il semble clair que la campagne tanzanienne de prise de conscience sur une grande échelle de l'éducation pour la santé est l'un des projets d'éducation les plus intéressants qui ont eu lieu en Afrique ces dernières années. Certains des aspects les plus significatifs et certaines des raisons pour lesquels la campagne mérite une étude plus approfondie par les personnes responsables du développement en particulier le développement rural, sont :

1. Une atmosphère a été créée dans laquelle les gens ont pu prendre en main leur propre santé. Cela a été trop courant pour les gens des régions rurales de considérer la maladie comme liée à des facteurs qui ne dépendaient pas d'eux, ou provoquée par des difficultés sociologiques au sein de la communauté avec les habitants présents et passés. Là où on a reconnu la possibilité d'aider, cela est considéré trop en termes de médecine moderne qui est désespérément inadéquate en Tanzanie rurale. Cette campagne a montré que la radio et les autres médias peuvent être utilisés pour éveiller la conscience des gens en leur prouvant qu'ils peuvent exercer un contrôle sur de

nombreux problèmes de santé courants et que des groupes de gens travaillant ensemble peuvent changer une grande partie des aspects les moins sanitaires de l'environnement du village.

2. Un grand nombre de la population rurale a pu accéder à des informations spécifiques et pertinentes. La population rurale représente le gros de la population de la Tanzanie, ainsi que de la plupart des nations du tiers monde. Cette campagne s'est avérée très efficace pour atteindre une vaste portion de la population qui n'a pas, par le passé, eu accès à des types d'éducation plus formels à cause des coûts élevés, du manque de perspective dans la planification ou simplement de priorités différentes.

3. Les méthodes offrent une alternative réaliste aux relations "traditionnelles" très critiquées élève-professeur. Les échecs des relations traditionnelles élève-professeur ont été critiqués fréquemment par des gens tels que Ivan Illitch et Paulo Freire. Il est clair qu'un cadre éducatif pour des adultes qui vont diriger leur propre développement ne peut pas s'appuyer sur des méthodes où une personne est considérée comme un "expert" ou professeur et possède toute la connaissance tandis que les autres ne sont simplement que des destinataires. Dans cette approche l'accent est placé sur la participation égale et complète par les membres du groupe : ils explorent activement la pertinence des informations par rapport à la réalité de leurs vies propres. Cette exploration commune crée une compréhension animée d'une situation personnelle pour chaque personne impliquée et devient un élément fort de motivation pour améliorer la vie de la communauté.

4. Le coût par participant est faible. La campagne, en utilisant un réseau de responsables déjà existant, et des écoles primaires en association avec l'utilisation des programmes de radio et des imprimés produits en masse, a été en mesure de fonctionner pour environ US \$0,10 par membre de groupe. Ceci est un exemple de l'épargne radicale que l'on peut faire grâce à une orchestration soigneuse des média de masse, d'une organisation de masse, et de petits groupes. Avec de plus petits nombres de participants, les coûts sont plus élevés, mais encore attirants. La campagne qui en 1971 a atteint environ 20.000 participants, a coûté US\$ 0,56 par personne.

5. Les structures politiques de base furent renforcées. La campagne fut un effort de coopération de la part de différents ministères et du parti politique, TANU. Dans les régions telles que Dodoma ou Mtwara, où la campagne a été reçue de façon enthousiaste, les chefs du groupe d'étude étaient souvent les chefs des cellules du parti (chaque cellule couvrant 10 maisons). L'effet était de fournir une opportunité aux cellules d'avoir le genre de participation dans la prise de décision locale de laquelle la Tanzanie dépend : la participation des gens à leur propre développement, c'est à dire le développement avec les gens, non pour les gens.

6. La mobilisation de grands nombres de gens nécessite un réseau de communication et administratif de grande envergure. La leçon tirée de cette campagne, est qu'il est possible d'utiliser les structures déjà existantes, tel qu'un système agricole ou un système extensif de développement communautaire, à condition que le personnel en question ait été formé aux nouvelles méthodes.

7. Une campagne planifiée centralement présente des dangers. Il y a toujours le danger dans une campagne planifiée centralement que le contenu éducatif soit vu à la fois par les planificateurs et les gens eux-mêmes comme quelque chose qu'il ne faut pas questionner mais qu'il faut accomplir. Il y a de nombreux exemples de campagnes de planning familial et de campagnes de santé qui se contentent de pomper les messages dans la tête des gens et de s'attendre à des résultats. L'expérience tirée de la campagne "l'homme c'est la santé" indique que le nombre de

campagnes qui peuvent être accomplies efficacement au niveau national est peut-être limité. L'information présentée doit avoir une telle portée universelle pour ceux qui y prennent part de façon à stimuler leur propre analyse et afin qu'ils agissent de ce fait d'une manière appropriée aux situations locales spécifiques. Il n'y a peut-être pas de nombreux sujets applicables universellement. Il n'y a aucune raison pour que les mêmes approches ne soient utilisées au niveau régional ou même à un niveau encore plus bas.

8. Une campagne de masse efficace dans les régions rurales nécessite les efforts coordonnés de tous les organismes et les ministères concernés.

Sans les efforts coordonnés des responsables du développement rural, des responsables de l'éducation pour la santé, des responsables de l'éducation pour adultes et de certains organismes bénévoles, les résultats de cette campagne n'auraient pas pu être réalisés.

La bonne santé dépend de beaucoup plus que de l'attention des responsables de la santé. Cela signifie la montée de la prise de conscience, l'assistance avec des aptitudes dans le domaine de la construction, même l'augmentation de la production de la communauté de façon à avoir le liquide nécessaire pour acheter des articles tels que des moustiquaires pour les fenêtres ou des cachets contre le paludisme. Le développement rural effectif de n'importe quel genre, nécessite l'approche de front plutôt que l'approche d'un seul secteur.

Au fur et à mesure que progresse l'étude de la campagne, il faut espérer que l'examen plus détaillé des facteurs contribuant au succès de la campagne peut être isolé. Il faut aussi espérer que certains des facteurs plus importants dans la planification de campagnes semblables peuvent être indiqués. Visiblement ce type d'effort de développement a du potentiel.

UN MOT SUR LES DEVELOPPEMENTS RECENTS EN TANZANIE

Beaucoup de choses se sont passées en Tanzanie depuis la campagne d'éducation pour la santé de 1973 décrite dans cette étude. En 1975, le pays a vu l'apogée de la campagne d'alphabétisme de 5 ans qui a élevé le taux d'alphabétisme d'à peu près 25% en 1970 à 75-80% en 1975. Ce gain représente l'une des réalisations les plus spectaculaires dans le domaine de l'éducation en Afrique et un accomplissement qui a eu lieu dans une nation considérée comme l'une des 25 plus pauvres dans le monde.

1975 a aussi assisté à la montée d'une autre campagne de masse sur la production de nourriture et la nutrition, la campagne "La nourriture c'est la vie". (Une excellente description de cette campagne a été faite par le directeur de l'institut d'éducation pour adultes, Fr. Daniel Mbunda, et est publiée dans le premier numéro du "Tanzanian Adult Education Journal".) La campagne "La nourriture c'est la vie", était en bien des points, plus complexe que la campagne décrite ici, car les habitudes alimentaires et les schémas varient d'un lieu à l'autre. Comme dans cette campagne, l'accent était fortement placé sur l'accomplissement pratique. Des programmes d'alimentation de la communauté pour les enfants qui n'ont pas l'âge scolaire, des cantines pour les travailleurs, et le développement étendu des jardins potagers furent quelques-uns des résultats de cette campagne.

En Novembre 1977, le ministère de l'éducation annonça la réalisation d'une éducation primaire universelle.. une place à l'école pour chaque garçon et chaque fille. La méthode utilisée pour accomplir cet objectif était de tirer des leçons des campagnes de masse dans le domaine de la santé, de l'alphabétisme et les autres aspects de l'éducation politique et de les appliquer à la tâche de l'éducation primaire. Les communautés construisirent des écoles elles-mêmes avec leurs propres techniques et en grande partie avec leurs fonds propres. Les enseignants ont été et sont

encore en train d'être formés grâce à l'association de l'éducation par correspondance, de l'instruction face à face, et de leçons à la radio - des méthodes mises d'abord au point pour atteindre une grande partie de la population adulte.

Davantage de campagnes de masse ? La situation n'est pas complètement claire. Certains en Tanzanie pensent que les campagnes sur une grande échelle détournent les ressources et l'énergie en faveur de programmes qui produisent des gains à court terme. Mais il y en a d'autres qui répliquent en disant que les campagnes ont fait la preuve d'une capacité pour réaliser ce qui ne peut l'être d'une autre façon et que ce qui est nécessaire doit être accompli - liant ainsi de tels efforts sur une grande échelle aux programmes en cours. Deux sujets pour des campagnes à venir, le rôle des femmes dans le développement et l'utilisation d'une technologie appropriée, sont en cours de discussion en 1978. Quelle que soit la décision, les programmes adoptés seront réalisés avec un courage considérable.

Les campagnes et les succès des programmes d'éducation pour les adultes, ainsi que les autres réalisations en Tanzanie, sont évoqués avec un mélange de fanfare et d'humilité. Mais ils ne doivent pas être considérés comme des modèles à choisir et à suivre. Ils peuvent être améliorés, critiqués et donner cause à un combat permanent. Pas plus que ce papier ne doit être utilisé comme plan . Au contraire il devrait être considéré comme la présentation de matières à discussion et à réflexion .

REFERENCES

1. Hall B. and Dodds, T. Voices for Development . The Tanzanian National Radio Study Campaigns. International Extension College, Cambridge. 1974.
2. Cololough, M. and Crowley, D. The People and the Plan ; A Report of the Botswana Government's Educational Project on the Five-Year National Development Plan. Department of Extra-Mural Studies, U.B.L.S. Gaborone ; Botswana, 1974.
3. Hall, B. and Zikambana, C. Report on the Mtu ni Afya Evaluation. Institute of Adult Education, Dar es Salaam., Tanzanie. 1974.

(D'après : CONTACT "The Human Factor : Readings in Health, Development and Community Participation." Special Series No. 3 June 1981.)

25C La promotion de l'allaitement au sein et des pratiques correctes de sevrage en Côte d'Ivoire

par Ute Deseniss, UNICEF - Abidjan

PSC - Project Support Communications Newsletter • Information Division, UNICEF, New York, N.Y. 10017



"Vous avez des enfants ?"

"Oui, j'ai 29 enfants."

"Ont-ils été nourris au sein ?" avons-nous demandé à un homme vigoureux d'environ cinquante ans pendant que nous pré-testions le brouillon de l'affiche sur l'allaitement au sein au bureau de la sécurité sociale nationale à Abidjan, la capitale de la Côte d'Ivoire.

"Bien sûr", affirma-t-il, tous mes enfants ont été nourris au sein, et j'en aurai encore d'autres et ils seront nourris au sein également."

Il est musulman et a quatre épouses. Il travaille comme comptable dans une entreprise privée dans une ville à l'intérieur du pays. Alors qu'il regardait encore l'affiche, il continua, "c'est bon de voir cette femme africaine allaiter son bébé. C'est quelque chose de tellement naturel que les gens n'y pensent pas et cela risque de disparaître un jour. Donc, il est bon de nous rappeler de ne pas renoncer à nos traditions."

Il lut le texte sous la photo sur les avantages de l'allaitement au sein et dit, "J'ai insisté pour que mes épouses nourrissent les enfants au sein aussi longtemps que possible, car je sais que c'est important pour les enfants, surtout les garçons, pour qu'ils reviennent toujours vers leur mère."

Il était intéressant de noter que tous les hommes interrogés étaient en faveur de l'allaitement au sein tandis que la réaction des femmes interrogées étaient totalement différente. Ceci confirme le résultat d'une enquête qui révèle que seulement 0,7% des 421 enfants furent nourris au biberon à cause de la décision prise par le mari.

Ceci fait partie de l'enquête entreprise par l'institut nationale de la santé publique de la Côte d'Ivoire (INSP) de décembre 1981 à mai 1982 sur les pratiques d'alimentation des enfants à Abidjan et dans les environs. En collaboration avec 20 centres socio-médicaux de soins PMI, l'équipe d'éducation pour la santé de l'INSP examina le statut nutritif de 2284 enfants et trouva qu'environ 20,3% d'entre eux étaient mal nourris.

Selon l'enquête, 96% des enfants examinés étaient nourris au sein pendant six mois environ. La malnutrition avant six mois n'était que de 8,3%. Cela prouve que le lait maternel est la nourriture la plus appropriée pour les bébés durant les premiers six mois. La malnutrition augmente jusqu'à 17,6% pour les enfants d'un an et de 33,9% pour les enfants de 12 à 17 mois. Cela est dû à l'introduction tardive d'aliments supplémentaires. En effet, les enfants en Côte d'Ivoire sont sevrés en moyenne entre 11 et 15 mois, selon le groupe ethnique. Sur la base de cette enquête, l'INSP décida de réaliser un programme éducatif sur la nutrition en commençant par une campagne de sensibilisation dans tout le pays destinée à revaloriser l'allaitement au sein et les pratiques correctes de sevrage basées sur les produits alimentaires locaux.

La campagne, qui a été lancée à la télévision par le ministère de la santé publique et de la population le 4 avril 1983, a duré jusqu'à la fin de 1983. Elle fut divisée en deux parties. La première partie, qui dura jusqu'à la fin du mois de juillet 1983, traita exclusivement de l'allaitement au sein. La deuxième partie, d'octobre à décembre 1983, mis l'accent sur les pratiques de sevrage appropriées.

Tous les genres de média de communications, tels que la TV, la radio, les journaux, les affiches, les brochures, et les chansons populaires ont été utilisés dans la campagne. L'INSP contacta l'UNICEF pour des fonds afin de couvrir les coûts de production des affiches, des brochures, et les frais du groupe de travail de l'éducation pour la santé pour son personnel paramédical travaillant dans les centres de PMI.

Au cours de la coopération, le personnel de l'UNICEF, notamment les conseillers du PSC et de la nutrition régionale, devinrent de plus en plus impliqués. Ceci était particulièrement vrai pour la conception et la préparation de deux affiches et brochures. Les représentants de l'OMS et de l'UNICEF en Côte d'Ivoire furent interviewés à la TV sur le code de l'allaitement et le responsable régional des informations régionales eut, à une heure de forte écoute, une interview exclusive sur le "B" du "GOBI" de l'UNICEF (contrôle de la croissance, thérapie de réhydratation orale, allaitement, immunisation).

Durant la seconde phase de la campagne, le conseiller régional en nutrition participa au groupe de travail de la nutrition nationale infantile sur le contrôle de la croissance et le responsable régional du PSC démontra les techniques éducatives de thérapie de réhydratation orale. Il est trop tôt à ce stade pour dire quoi que ce soit de définitif sur l'impact de la campagne. Une évaluation est prévue pour la deuxième moitié de 1984. Toutefois, il n'y a aucun doute que la campagne a au moins réussi à provoquer une prise de conscience. Le thème de l'allaitement est devenu un sujet d'article courant des médias. Des affiches furent suspendues non seulement dans les centres de PMI mais aussi dans les endroits publics. Même en attendant le bus, l'attention des gens était attirée par l'affiche sur l'allaitement placé à l'arrière des autobus.

La campagne était probablement influencée par le public des villes. Tous les programmes, à l'exception de quelques programmes de radio, étaient en français. Elle dépendait aussi trop de la télévision, sur laquelle on ne pouvait toujours compter, les programmes pouvant être annulés et les emplois du temps changés sans préavis. Ceci affecta la campagne dans ce sens qu'elle manquait de progression logique.

Néanmoins, le public devint conscient de l'importance de l'allaitement au sein. Plusieurs fois, nous avons entendu des gens dire : "au moins maintenant nous avons la preuve que l'allaitement au sein est ce qu'il y a de mieux pour le bébé."

La campagne visa à la sensibilisation des avantages de l'allaitement au sein dans toute la nation. Cela n'était pas destiné à frustrer les mères qui ne peuvent pas allaiter complètement parce qu'elles doivent travailler pour gagner leur vie ou assister à des cours. Pour traiter le problème des mères qui travaillent, la formation des "nounous" (nourrices) qui gardent les enfants pendant que les mères travaillent, est considérée comme l'une des activités du suivi de la campagne. En général ces "nounous" sont des jeunes filles sans instruction. Elles sont la plupart du temps des membres de la grande famille des enfants qu'elles gardent. Elles viennent d'un village, attirées par la vie citadine. Malheureusement, les enquêtes indiquent que seulement 20% de ces "nounous" savent comment préparer correctement la formule pour les bébés. L'approche de formation décidée est d'abord de faire l'inventaire de leurs besoins éducatifs, et de préparer une

formation forfaitaire. Le personnel des centres sociaux et des centres de PMI vont visiter des endroits où les nounous se réunissent et font la conversation l'après-midi, avec les bébés dans les bras ou sur leur dos, ou rampant par terre. Ces moments de détente offrent des opportunités pour éduquer les nounous sur la préparation correcte des formules de lait en poudre pour bébés, sur l'hygiène, les pratiques de sevrage, les premiers soins d'urgence, etc.

En ce qui concerne le sevrage, des activités spéciales d'éducation de la famille sur la nutrition sont envisagées. La malnutrition des enfants est souvent la conséquence de l'ignorance de la mère d'un régime équilibré, et n'est pas nécessairement un problème de moyens. Donc, l'affiche sur le sevrage montrait explicitement les aliments de croissance et de force et de protection. La tradition qui consiste à servir les hommes en premier à table avant les autres membres de la famille est aussi remise en question.

Les hommes peuvent jouer un rôle important dans la promotion et la protection de l'allaitement au sein et des pratiques correctes de sevrage en apportant à leurs épouses l'encouragement et l'appui dont elles ont besoin. Un programme approprié d'éducation de la famille sur la nutrition est probablement un bon départ pour impliquer les hommes.

A partir de 5 mois en plus du sein, je lui donne chaque jour un aliment de croissance, un aliment de force et un aliment de protection.

A PARTIR DE 5 MOIS EN PLUS DU SEIN...



JE LUI DONNE CHAQUE JOUR



Un aliment de croissance



Un aliment de force



Un aliment de protection

(D'après : Project Support Communications Newsletter, UNICEF)

25D Directives pour lectures et présentations

Au fur et à mesure que vous lisez l'article décrivant les projets de media de masse sur les SSP et LMTE, gardez les questions suivantes présentes à l'esprit.

- Quels genres de media, de techniques d'organisation communautaires et interpersonnelles ont été utilisées et comment ?
- Avez-vous utilisé certaines des techniques décrites dans ces articles ? Comment fonctionnent-elles ?
- Quels sont les avantages d'associer les média de masse et les techniques interpersonnelles ?

- Quels sont les avantages et des inconvénients de ces utilisations de techniques interpersonnelles et d'aides visuelles ?

- Quelles sont les idées mentionnées dans ces articles qui peuvent être utilisées par les bénévoles du PC et leurs homologues lors de l'éducation pour la santé au niveau de la communauté ?

Soyez prêt à donner un bref aperçu du projet y compris les réponses à ces questions. Utilisez votre imagination dans la façon dont vous le présentez.

Annexe du moniteur :

25B Comment rendre les imprimés plus faciles à lire

25C Exemple de planification pour une série d'images

25D Programmes d'instruction à la radio : quelques directives pratiques pour les scénaristes et les responsables de la planification.

25E Développement du concept

25F Comment développer les imprimés pour les analphabètes

25G Le procédé de rédaction des articles

25H Guide de planification de programme pour la radio

25B Comment rendre les imprimés plus faciles à lire

Conseils sur l'art d'écrire clairement

L'art d'écrire en ce qui concerne la santé doit se tester en général à un niveau de lecture plus élevé que les autres sujets car les mots liés à la santé ont de façon caractéristique davantage de syllabes. Souvent le rédacteur ne peut s'empêcher d'utiliser un langage technique mais les effets que ces mots ont sur la facilité de lecture peuvent être minimisés en faisant des phrases courtes, concises et en définissant des mots ou des termes difficiles pour le lecteur.

1. Organisation du matériel

- Utilisez les titres et les sous-titres pour définir clairement l'organisation et le courant des idées .
- Utilisez des caractères gras, en italique ou soulignez pour faire ressortir les idées et les mots importants.
- Commencez par une introduction pour énoncer le but et orienter le lecteur.
- Utilisez un paragraphe résumé pour terminer une section et récapituler les points principaux.
- Placez les principales aides visuelles (tableaux, photos, dessins) à côté des idées qui s'y rapportent dans le texte.

2. Dans un paragraphe

- Utilisez une idée par paragraphe pour souligner chaque concept important.
- Commencez chaque paragraphe avec une phrase se rapportant au sujet et qui ressorte bien.
- Variez la longueur des phrases.
- Utilisez des exemples pour clarifier les idées auxquelles le lecteur n'est pas habitué.

3. Dans une phrase

- Faites des phrases courtes (approximativement 9 à 10 phrases pour 100 mots).
- Variez la longueur des phrases.
- Evitez les structures complexes et les longues phrases chargées de faits.
- Utilisez la voix active plutôt que la voix passive.

4. Choix de mots

- Evitez les mots à plusieurs syllabes quand c'est possible.
- Evitez le vocabulaire spécialisé et les expressions compliquées. Quand le vocabulaire spécialisé est essentiel, une définition entre parenthèses ou un glossaire devra être inclus avec le texte.
- Evitez les abréviations sauf celles qui sont couramment comprises.
- Utilisez des mots plus courts.

25C Exemple de planification pour une série d'images

SUJET : Comment prendre la température d'un adulte.

ELEVES : Etudiants-infirmiers de première année d'une communauté sanitaire.

OBJECTIF : Les élèves vont être capables de décrire dans l'ordre les six étapes à suivre pour prendre la température d'un adulte.

ETAPES DE PLANIFICATION :

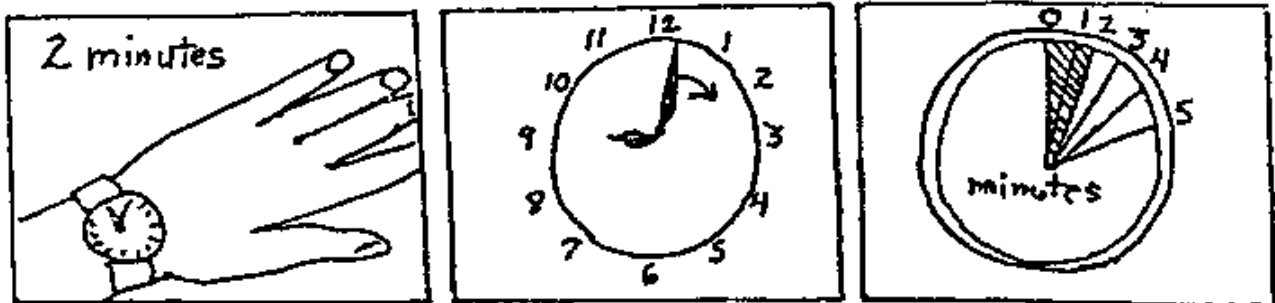
1. Simplifiez le contenu et identifiez les mots clés

Les étapes pour prendre la température comprennent :

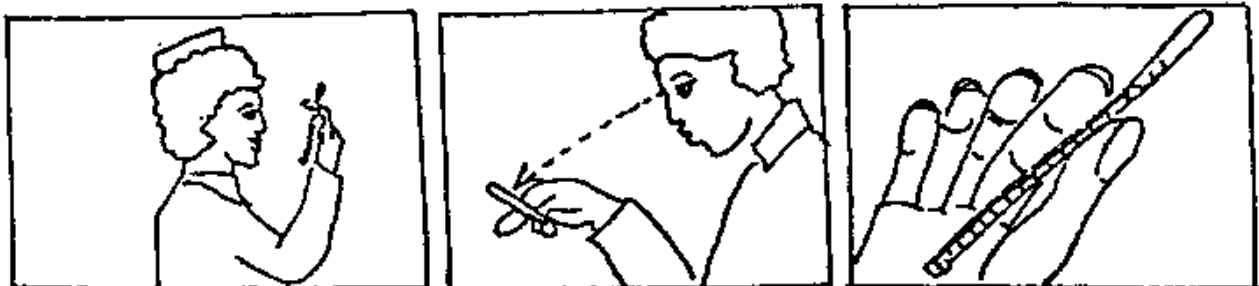
- Nettoyez le thermomètre à l'alcool.
- Secouez-le pour le faire descendre au-dessous de 36 degrés (centigrade).
- Placez le thermomètre dans la bouche.
- Laissez le thermomètre en place pendant 2 minutes.
- Lisez le thermomètre.
- Nettoyez le thermomètre à l'alcool ou à l'eau savonneuse.

2. Dessinez différents croquis avec quelques mots pour montrer chaque étape ou idée.

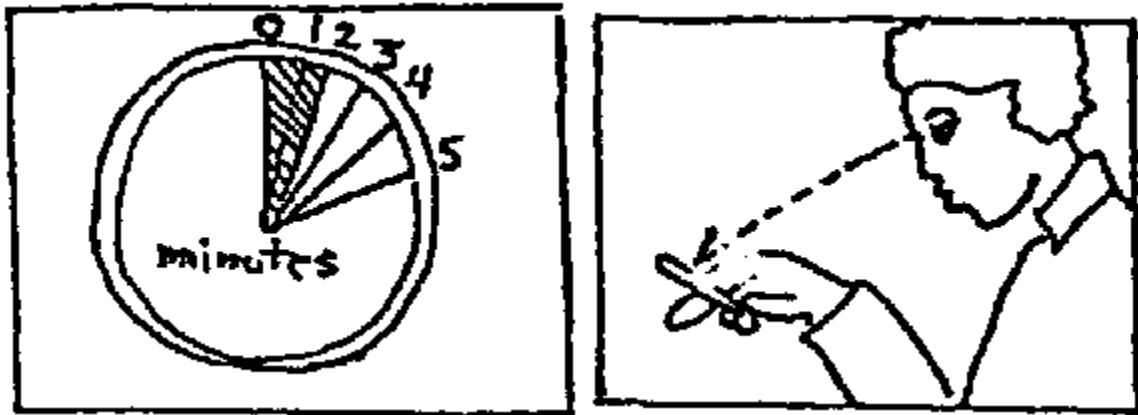
Laissez le thermomètre en place pendant deux minutes.



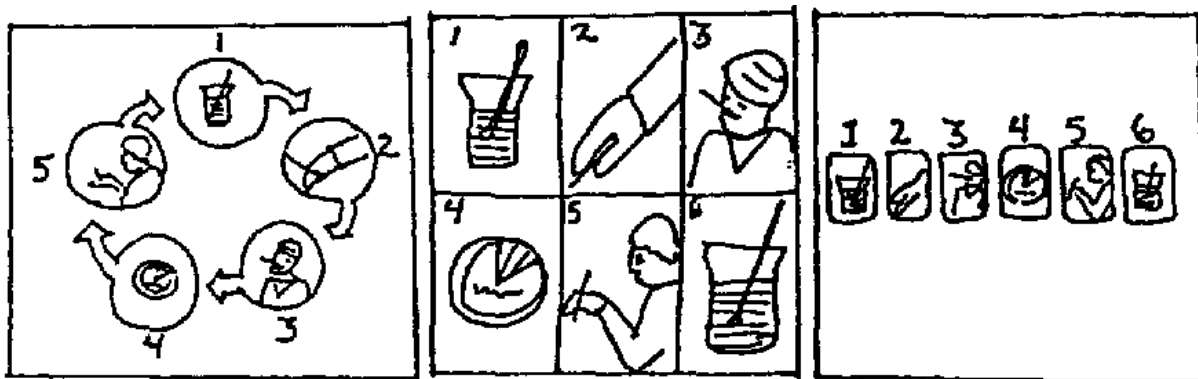
Lisez le thermomètre.



3. Sélectionnez l'image que vous utiliserez pour chaque étape ou idée.



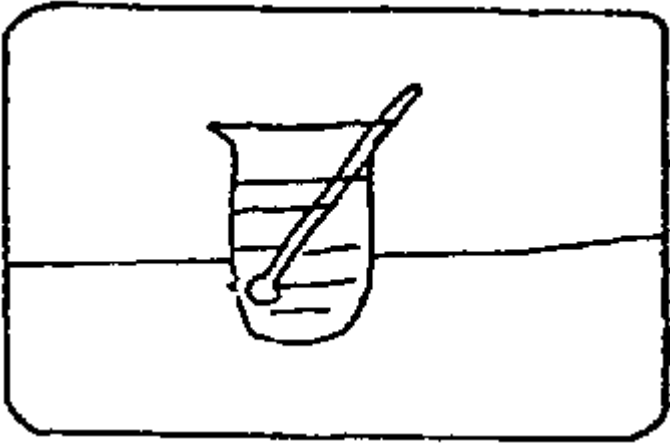
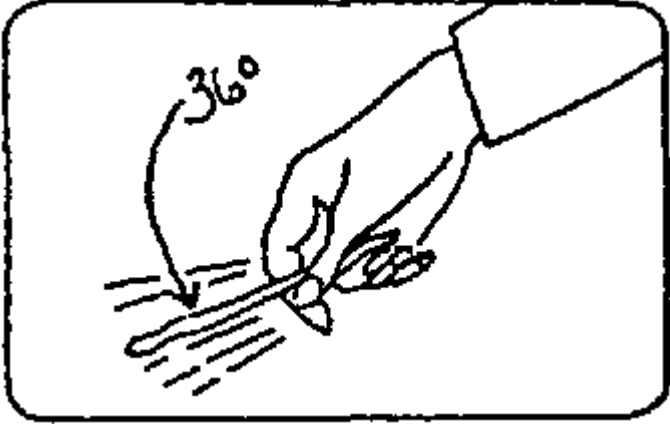

4. Essayez d'organiser les images de différentes façons.

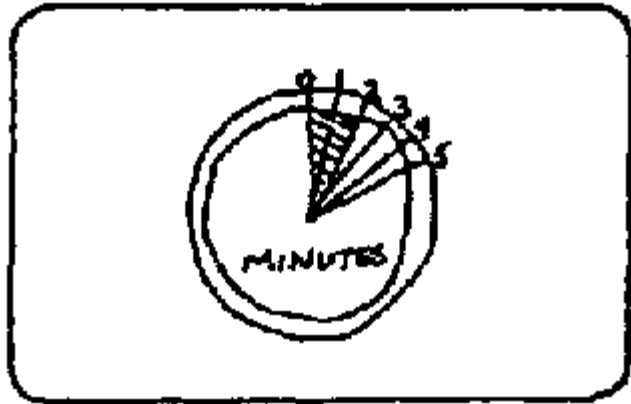


5. Préparez les images.

TITRE : ETAPES A SUIVRE POUR PRENDRE LA TEMPERATURE AVEC UN THERMOMETRE.

AIDES VISUELLES	NARRATION
<p>Figure 1</p>	<p>Prendre la température est une tâche très importante pour l'agent de santé.</p> <p>Il y a six étapes principales à suivre pour prendre la température d'un adulte en utilisant un</p>

	thermomètre.
<p>Figure 2</p> 	<p>ETAPE 1 : Bien nettoyez le thermomètre à l'alcool</p>
<p>Figure 3</p> 	<p>ETAPE 2 : Secouez le thermomètre jusqu'à lire moins de 36 degrés (centigrades).</p>
<p>Figure 4</p> 	<p>ETAPE 3 : Placez le thermomètre. Chez un adulte, on le place généralement sous la langue.</p>
<p>Figure 5</p>	<p>ETAPE 4 : Laissez le thermomètre en place</p>



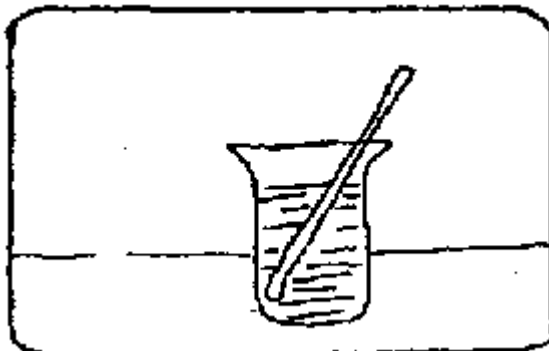
pendant 2 minutes.

Figure 6



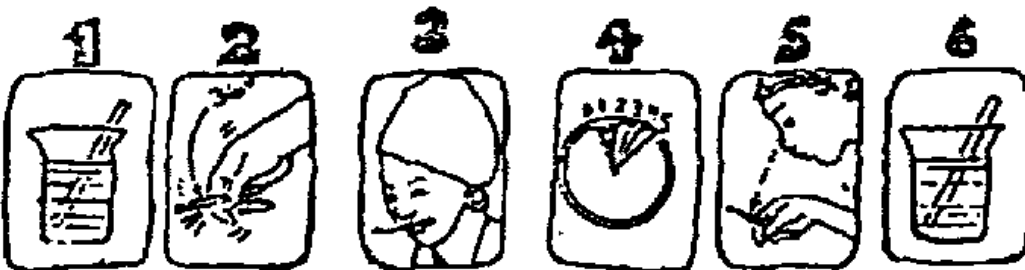
ETAPE 5 :
Lisez le
thermomètre.

Figure 7



ETAPE 6 :
Nettoyez le
thermomètre à
nouveau à
l'alcool ou à
l'eau
savonneuse.

Figure 8



Quelles sont les 6 étapes pour prendre la température de quelqu'un? (Au fur et à mesure que les participants répondent à la question ajoutez les

étapes une à une.)
Mélangez les aides visuelles et permettez à un participant ou plus de disposer les étapes dans l'ordre correct.

25D Programmes d'instruction à la radio : quelques directives pratiques pour les scénaristes et les responsables de la planification.

Par Esta de Fossard

Le radio



Dans le monde actuel de communication constante et universelle, la radio est encore l'un des moyens les plus effectifs pour faire parvenir les informations à un grand nombre de gens sur une grande distance. Aux Etats-Unis, nous sommes enclins à considérer la radio comme utile pour la musique et la publicité et pas pour grand chose d'autre, mais dans de nombreux pays dans le monde, notamment dans les pays du tiers-monde, la radio reste un médium d'éducation important. Afin d'utiliser la radio de façon effective pour l'éducation, il est nécessaire de bien comprendre la force et la faiblesse de ce médium, et aussi les méthodes de structure et de transcription des programmes d'instruction à la radio.

La plupart des gens supposent que quiconque connaît bien un sujet peut automatiquement écrire un script pour la radio sur le dit sujet. Mais savoir bien écrire ne vient pas automatiquement dans n'importe quel médium, peut-être encore moins à la radio, où il faut comprendre les subtilités du médium aussi bien, sinon mieux que le sujet lui-même.

L'instruction à la radio doit toujours refléter sa raison d'être : instruire. Un scénariste de radio devrait donc constamment se rappeler le but du scénario, ses objectifs d'instruction mesurables et son public.

La valeur divertissante d'un scénario éducatif devrait être subliminale, presque accessoire. Une bonne éducation peut être intrigante sans être "divertissante" (au sens contemporain du terme). Parce que un bon script éducatif à la radio devrait transmettre le même enthousiasme, la même intégrité et fascination qu'une bonne leçon en classe, il est essentiel que la personne responsable du scénario à la radio apprécie vraiment le sujet enseigné.

La nature de la radio

La radio est le moyen de l'imagination visuelle. Elle ne présente aucune image réelle mais invite les auditeurs à se fabriquer leurs propres "images" de la même façon que le fait la lecture. Le luxe qui consiste à imaginer des images a été en grande partie perdu à notre époque saturée de télévision, tout comme notre faculté d'écouter attentivement. La personne chargée d'écrire un bon scénario pour la radio doit donc choisir ses mots avec autant de soin qu'un poète pour attirer l'attention des auditeurs et les encourager à "se placer dans le tableau."

Parce qu'elle laisse une grande part à l'imagination des auditeurs, la radio est un médium hautement personnel. L'auditeur entre en relation étroite avec les voix à la radio, comme s'il participait à leur conversation. Un bon scénario de radio tire parti de ce côté intime pour encourager les auditeurs à se sentir engagés personnellement.

Contraintes des scénarios pour la radio

Parce que la radio s'appuie uniquement sur l'un des sens de l'auditeur pour recevoir toutes les informations, les idées complexes doivent être décomposées en petits concepts et répétées de différentes façons. Il est utile de garder à l'esprit que :

- les personnages doivent être clairement reconnaissables de par leur voix plutôt que par leur apparence physique ;
- les noms des personnages doivent être utilisés plus fréquemment que dans la vie courante, ou lors de présentations visuelles ;
- l'accent et l'émotion doivent être rendus par les voix ou soulignés par une musique d'accompagnement reflétant l'humeur" du sujet.

Tandis que les personnages peuvent être représentés de façon effective par la voix, le décor présente un autre problème. Lors d'une présentation visuelle le public sait immédiatement quand l'action a changé de cadre ou de lieu. A la radio, le changement de lieu doit être indiqué par un pont musical, par des bruitages, ou par une indication (subtile de préférence) d'un des personnages que le public doit désormais imaginer à un autre endroit.

Le besoin de restrictions

En même temps, toutefois, un programme à la radio doit éviter la promotion excessive. Il y a une tendance en particulier chez les scénaristes et producteurs inexpérimentés, à sur-utiliser le bruitage et la musique. Trop de sons peuvent détourner l'attention d'un public autant que pas assez de sons. Les bruitages et la musique dans une production à la radio devraient être aussi appropriés et subtils que l'image visuelle dans un bon film ou une production à la télévision.

Du même coup, il est particulièrement important pour la radio éducative d'éviter l'usage de trop de mots. En effet, presque ironiquement, les mots doivent être utilisés avec davantage de modération que dans les présentations visuelles, ou que dans une leçon en classe. Il est trop facile pour les auditeurs d'être submergés par une vague de mots et de passer à côté du message. L'habileté de n'importe quel scénario éducatif, que ce soit pour la radio, la télévision, ou les livres de textes, réside dans le fait que le message éducatif est clair sans être trop évident au point d'être ennuyeux.

Les besoins du public

Une compréhension du public est essentielle. Le scénariste doit connaître l'âge, l'expérience (à la fois de la radio et du sujet traité), et du milieu culturel et ethnique du public. Il ou elle doit aussi savoir à quelles méthodes éducatives le public est habitué.

Il est souhaitable que le scénariste s'assoie dans la classe pendant quelques séances avant de formuler des idées sur la façon dont le script terminé doit être assemblé. De bons scénaristes dans le domaine de l'éducation sont comme de bons architectes-il se peut qu'ils aient de nombreuses idées sur la conception de beaux bâtiments mais ils doivent garder à l'esprit la fonction du bâtiment qu'ils doivent concevoir et doivent être prêts à adapter leurs idées aux besoins de la fonction en question.

Quelques directives pratiques

- Limitez le nombre de personnages utilisés-deux ou trois à la fois suffisent. Trop de personnages prêter à confusion et il est difficile pour le public d'établir une véritable identité pour chaque personnage, disons dans un délai d'une demi-heure.
- Limitez l'instruction aux personnages principaux. Si vous souhaitez utiliser des personnages secondaires pour des histoires ou des chansons et des jeux, qu'ils soient en supplément du message pédagogique principal. Les étudiants ont l'habitude d'accepter le message pédagogique d'un "professeur" identifié. Cela ne veut PAS dire que le (s) personnage (s) donnant le message doit (doivent) apparaître dans le programme en tant que professeur(s).
- Utilisez un indicatif musical pour annoncer l'entrée des personnages et pour présenter les différents segments. Les auditeurs comptent sur des indicateurs musicaux pour préparer la scène de ce qui va suivre.
- Présentez les leçons dans un format reconnaissable mais altérable. Un feuillet d'instruction à la radio doit s'identifier à un livre de textes oral. Un bon livre de textes utilise un format bien conçu pour que les étudiants sachent rapidement, par exemple, que chaque leçon commence avec une leçon de vocabulaire suivie d'une histoire ; suivie d'un exercice pratique ; suivie d'un résumé. De même, les leçons à la radio doivent être structurées autour d'un format clair. Dans les limites de ce format, il y a de la place pour des variantes considérables et il n'est pas dangereux de s'éloigner du format à l'occasion mais il est injuste de s'attendre à ce qu'un étudiant (quel que soit son âge) puisse saisir la leçon dans un mélange irrégulier d'idées.
- Équilibrez le format en vous assurant de mélanger des sections d'enseignement poussé à des sections de "décontraction" avec des jeux, de la musique, de renforcement etc. Pour certains types de programmes, il est hautement efficace de créer ce que j'appelle le format en "nonnette" où la "nonnette" représente l'ensemble de pièces d'instruction et le milieu (que l'on peut également manger) est un "trou" que l'on peut enlever et utiliser maintes fois dans différents programmes, comme les enfants aiment entendre leurs chansons préférées ou leurs jeux ou leurs histoires à maintes reprises. (Les nonnettes sont des gâteaux sucrés de forme ronde avec un trou au milieu.) Ce genre de format permet aussi de faire des changements facilement dans un programme - ce qui signifie peut-être le remplacement d'un certain nombre de nonnettes ou de trous du milieu sans avoir à re-structurer et re-enregistrer tout le programme.
- Gardez le bruitage subtil et approprié. Ne soyez pas tenté de faire jouer un trombone en sourdine chaque fois qu'un personnage baille.

- Finalement, si vous voulez que votre scénario soit un succès , assurez-vous qu'il passe des mains du scénariste entre les mains du producteur sachant utiliser la radio et des acteurs qui ont reçu une formation dans ce domaine-là !

Depuis l'apparition de la télévision, on a tendance à oublier le sens de l'ouïe - sauf pour la musique de fond - et à se concentrer pratiquement de façon exclusive sur la vue pour recevoir des informations. Les oreilles en effet permettent d'accéder au cerveau tout comme les yeux , et la radio ne devrait pas être considérée comme le petit frère de la télévision , ou un médium d'instruction moins efficace. Correctement comprise et utilisée avec efficacité, la radio peut être la porte permettant d'accéder à la connaissance élargie pour des millions de gens dans le monde entier.

(Esta de Fossard est la directrice de l'éducation pour adultes de la chaîne 48 WCET à Cincinnati, dans l'Ohio. Elle a reçu une formation de scénariste de radio éducative, un domaine dans lequel elle est active à la fois sur le plan national et international.)

UN VILLAGEOIS SANS TERRE APPLIQUE LA VIDEO A UN USAGE SPECTACULAIRE

La vidéo



La vidéo est-elle utile dans la communication pour le développement ? Cela dépend de la façon dont elle est utilisée. Anil Srivastava du centre pour le développement de la technologie de l'instruction (CENDIT) à New Delhi. en Inde, raconte comment lui et ses collègues prirent des risques qui permirent aux villageois de communiquer en toute honnêteté. Il écrit :

La vidéo me fascine. Je la connais en tant que technologie appropriée pour la communication en vue du développement. C'est une technologie plus facile à gérer et plus accessible. Avec très peu de formation les gens peuvent apprendre à se servir du matériel, et comme ils peuvent voir ce qu'ils enregistrent sur bande, ils ont tendance à apprendre facilement en se basant sur l'expérience. Les gens tendent à participer à l'enregistrement d'une bande vidéo. J'aimerais mentionner le matériel de vidéo de la communauté de Saharanpur. Nous ne pensions pas avoir les réponses et nous n'avions pas l'idéologie qui semble adaptée à la situation. Nous pensions que la vidéo était peut être une filière, une plate-forme pour un dialogue avec la communauté. Alors nous devons décider quoi faire. Nous allons être le prolongement du matériel. Le problème est que ce genre de travail prend un certain temps avant de donner des résultats. Une personne impliquée dans les problèmes de sa communauté peut instinctivement les présenter mieux. Elle peut aller au fond des choses tandis que les "étrangers" tâtonnent au hasard.

Ce qui était évident le premier jour où nous avons apporté le "portapak" au village où nous travaillions. Après avoir enregistré les jolies images de la campagne et de la pauvreté, nous étions à court d'idées. Alors est arrivé un vieillard, un musulman, et un grand-père tenant sa petite fille dans ses bras. C'était un paysan qui ne possédait pas de terre et qui avait une cinquantaine d'années. Il regarda à travers la visionneuse, dirigea la caméra en direction d'un arbre et des enfants et alors quand nous avons repassé ce qu'il venait d'enregistrer, il trouva cela

amusant. Puis il fut plus audacieux. Il nous demanda s'il pouvait prendre la caméra et l'utiliser. Je ne sais pas ce qui nous prit mais l'une des personnes du groupe dit : "allez-y".

Il disparut pendant plus d'une heure et nous pensions que nous ne reverrions plus la caméra que nous avions également empruntée. Mais il revint comme il avait utilisé toute la bande et voulait la repasser. Ce paysan sans terre avait été accoster des fermiers plus riches et leur demander ce qu'ils pensaient des problèmes des pauvres paysans sans terre comme lui, ce qu'ils faisaient à ce sujet et ainsi de suite. Ce fut une révélation, comme si en épluchant un oignon peau par peau, il avait fait ressortir le coeur de l'hypocrisie. Ils voulaient tous aider leurs semblables mais que pouvaient-ils faire, il n'y avait pas assez de kérosène, ni de diesel, ni d'engrais et donc il était évident d'après les "interviews" que personne n'allait faire quoi que ce soit pour les pauvres, qui devaient se tirer d'affaire tout seuls. Ni moi, ni mes collègues n'aurions pu faire ce programme car nous aurions été trop impatients. Nous aurions imposé nos points de vue.

(Le Centre pour le développement de la technologie de l'instruction est une organisation à but non lucratif fondée en 1972, qui pense que la communication accélère le changement social. CENDIT travaille surtout dans les villages permettant aux gens d'utiliser les média pour leur propre développement).

25E Développement du concept

CHAPITRE 2

STADE 2 - DEVELOPPEMENT DU CONCEPT

Développez les concepts du message

Pré-testez les concepts du message

Sélectionnez les concepts les plus forts pour le développement du message

Sur la base de la sélection de la stratégie de communication et de la planification, les concepts des messages sont développés durant le Stade # 2. Ces concepts sont les idées et les approches d'un message complet. Le concept consiste en un dessin graphique peu élaboré (un croquis ou un tracé) et des phrases décrivant les idées principales du message. Les concepts comprennent aussi plusieurs lignes ou slogans qui résument le thème principal de la campagne.

Le développement des concepts du message

Un certain nombre de concepts différents peuvent être développés pour une PSA ou pour chaque stratégie de campagne PSA. Chaque concept doit être basé fermement sur la stratégie de communication sélectionnée lors du stade de la planification. Si la stratégie focalise sur la façon de communiquer l'efficacité d'une procédure de détection des maladies, les concepts qui soulignent tout autre avantage ou attribut ne sont pas appropriés.

Trois concepts de message destinés aux gens souffrant d'hypertension et leur système d'appui social pour promouvoir la conformité aux médicaments contre la tension artérielle.

Développer les concepts du message implique considérer plusieurs questions : *

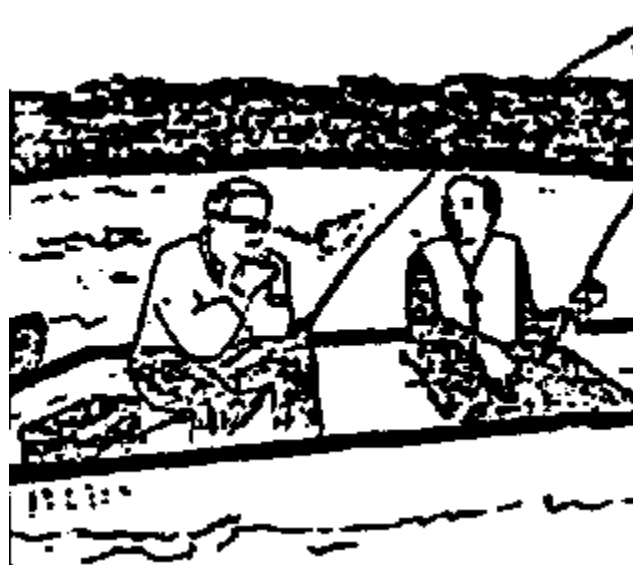
- Quel type de format devra être utilisé le témoignage d'une célébrité ou une personne typique d'un public cible, une tranche de vie (c'est-à-dire, la description d'une situation réelle), ou une vignette (c'est-à-dire une série de dessins indépendants)?

Figure A



- Quel genre de présentateur devra être utilisé pour transmettre le message-un médecin, une infirmière un patient, une célébrité, ou un membre du public cible ?

Figure B



- Quel est l'attrait du message doit-il être émotif, logique ou humoristique ?

Figure C



[* Chapitre 3 et Appendice 1 contiennent davantage d'informations détaillées sur les approches différentes des messages de communication et leurs effets.]

On peut utiliser différentes approches mais quelle que soit l'approche choisie, elle doit refléter la stratégie de la communication. Si la stratégie est destinée à promouvoir la conformité au traitement, les concepts du message qui focalisent sur la détection ne sont pas appropriés et doivent être laissés de côté. Pour déterminer si les concepts seront effectifs, ils doivent être prétestés parmi les individus typiques du public cible.

CHAPITRE 3

STADE 3 - EXECUTION DU MESSAGE

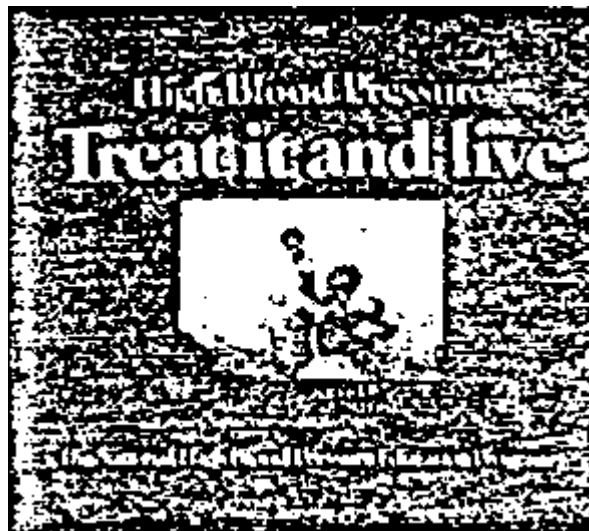
Passez en revue les directives effectives de la production du message

Produisez des messages non élaborés

Prétestez les messages non élaborés

Révissez les messages d'après le pré-test

Le slogan du programme d'éducation national sur pression artérielle.



Durant le stade de l'exécution du message, des messages complets sont mis au point d'après les concepts sélectionnés au stade 2. Les messages sont aussi pré-testés auprès du public cible pour s'assurer qu'ils sont bien compris, pertinents et acceptables.

Directives pour le développement efficace du message

Tandis qu'il y a plusieurs façons de produire un message, certaines techniques sont plus efficaces que d'autres. Cette section résume les directives de base pour le développement efficace du message. On trouvera une discussion plus détaillée à l'Appendice 1.

Il est important de garder le message court et simple. Rappelez-vous, vous n'avez que 30 à 60 secondes pour le transmettre. Plus important, le message doit se rapporter au public cible - à la fois dans son contenu et dans son caractère et ton. Le message doit être intéressant et divertissant. N'oubliez pas que la PSA est en concurrence avec d'autres services publics et d'annoncements commerciaux pour l'attention du public.

Soulignez que l'information contenue dans le message est nouvelle d'une certaine façon. Sélectionnez seulement un ou deux points clés qui répondent aux questions : Qui ? Quoi ? Quand ? Où ? et pourquoi ? Soyez précis et dites au public tout ce qu'il a besoin de savoir. Ne dépendez pas de leurs lettres ou de leurs appels téléphoniques pour information. Essayez de présenter le message de telle façon que les spectateurs ou les auditeurs puissent agir d'après l'information. Donnez au public des comportements spécifiques qu'il peut copier. Si c'est approprié, démontrez le comportement recommandé et enseignez les techniques requises pour l'exécuter. La recherche a indiqué que les meilleurs résultats peuvent être obtenus quand les avantages d'exécution du comportement souhaité sont communiqués.

La répétition du sujet aidera à augmenter la rétention. De nombreuses PSA utilisent aussi des slogans pour aider leur public à se souvenir du message. Les exemples de slogans utilisés comprennent "Traitez-le pour la vie", un slogan utilisé dans les messages sur la tension artérielle ; et "Ne gaspillez pas le fuel", un slogan utilisé dans les PSA sur la conservation d'énergie. Le message, toutefois, ne devra pas s'appuyer entièrement sur le slogan pour communiquer son idée principale. Pour les messages à la télévision, le renforcement des mots avec des images visuelles et des mots sur l'écran vont aussi rehausser le potentiel d'efficacité de la communication.

La personnalité ou l'organisation utilisée doit être crédible pour le public visé. Dans certains cas, une figure d'autorité, tel un médecin, sera efficace. Dans d'autres cas, la personne moyenne, ou les personnes types du public visé, auront davantage d'impact sur les spectateurs. Les célébrités peuvent être de bons présentateurs, mais peuvent détourner du message, parce que le public peut se souvenir de la personnalité plutôt que du message. Trop de personnages ou une scène pleine de monde va créer la confusion. Un témoignage, une démonstration, ou une tranche de vie semblent plus efficaces qu'une vignette. Une présentation directe des faits est souvent plus attirante que la peur, l'humeur, ou les situations touchantes et chaleureuses. Susciter la peur et utiliser des thèmes publicitaires négatifs ne marchent pas aussi bien que la réduction de la peur ou l'accent mis sur les avantages de la conformité. La peur de la désapprobation sociale est peut-être l'exception.

L'utilisation par l'Institut national du cancer de l'approche témoignage : "Je n'ai jamais imaginé que mes enfants puissent avoir le cancer. Aussi quand cela est arrivé à mon fils, j'ai été effrayée. Mais alors j'ai appris les faits..."

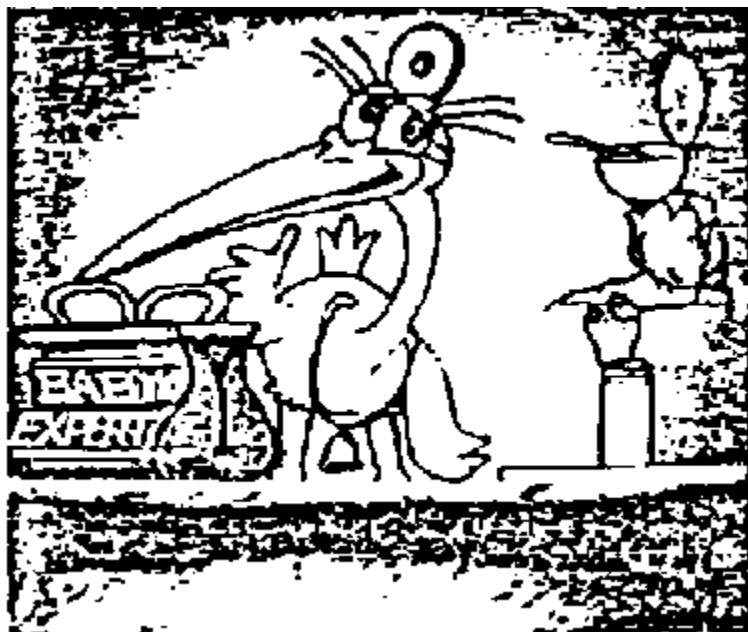
Figure



L'humour peut être efficace mais seulement quand il est approprié au sujet du message. Un appel aux émotions peut aussi être une méthode effective de persuasion. Les appels logiques ou rationnels sont plus effectifs auprès des publics motivés, intelligents, et sophistiqués, tandis que les appels aux émotions marchent mieux pour motiver ceux qui sont indifférents. Si possible communiquez les deux côtés de la question - le problème et la solution.

Le département de la santé de l'état de New York utilise une approche humoristique dans la PSA des soins prénatals.

Figure

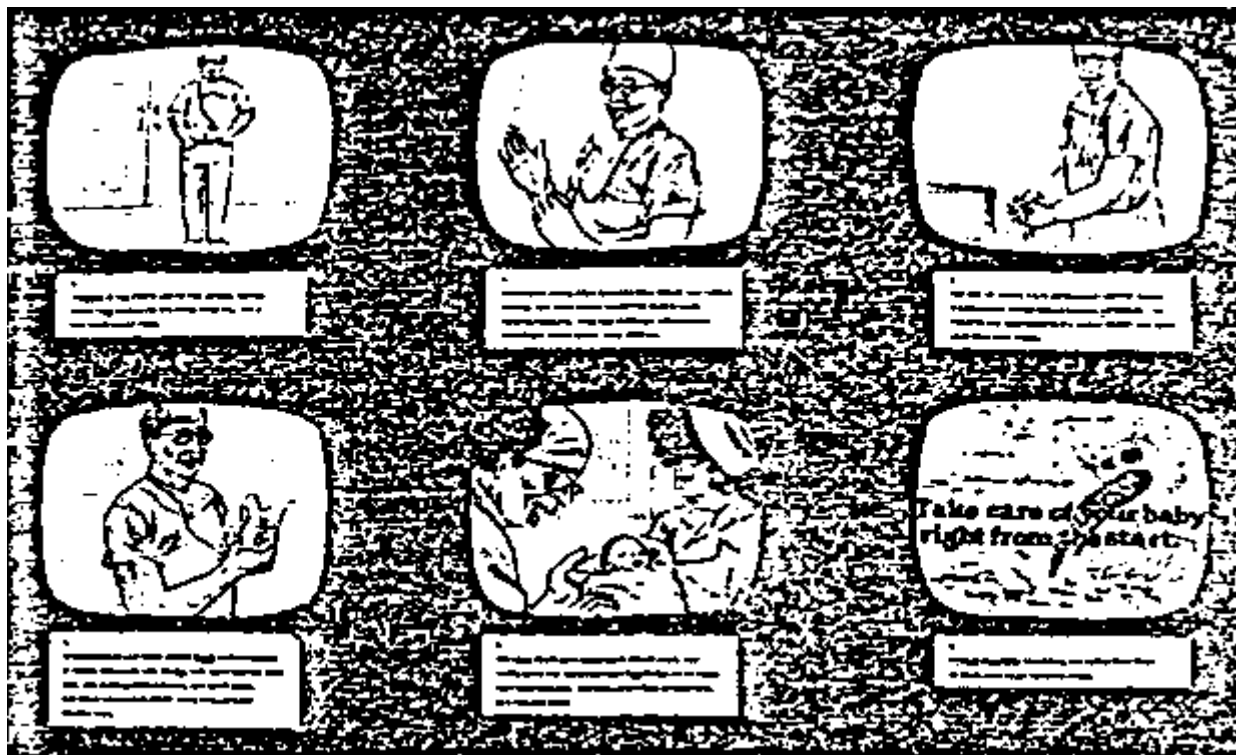


DIRECTIVES DE DEVELOPPEMENT DU MESSAGE

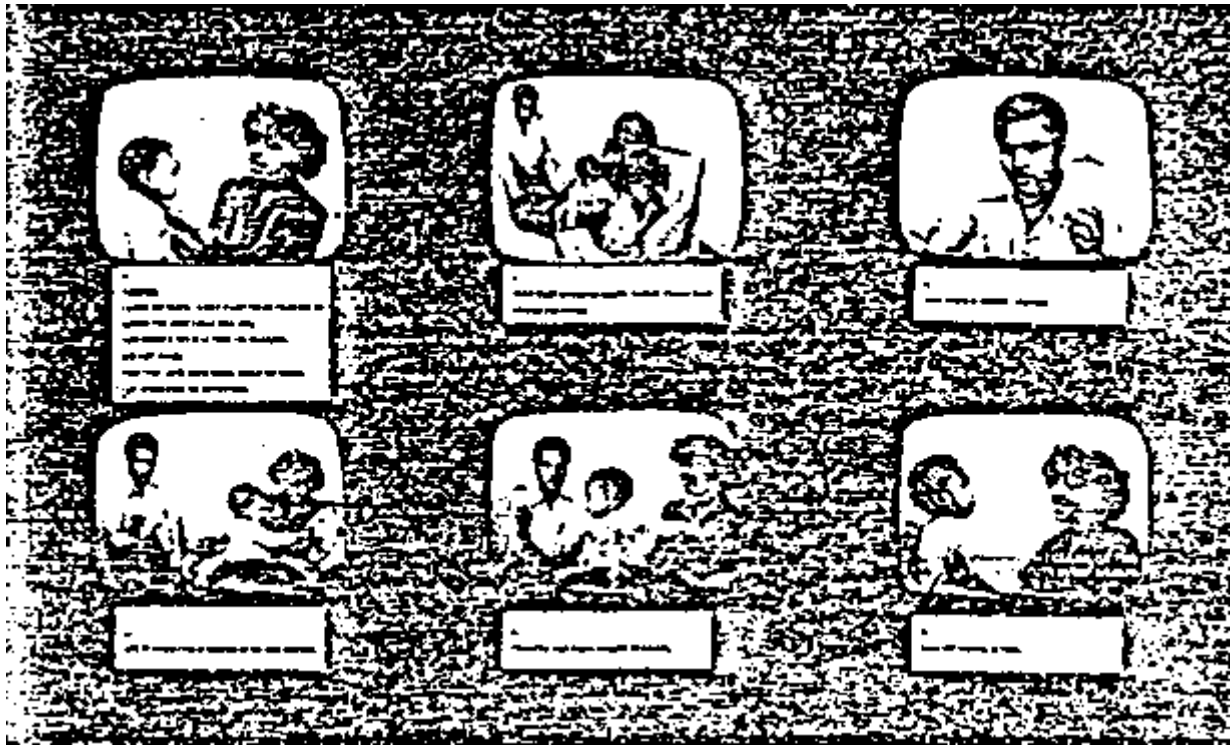
- Gardez les messages courts et simples ; juste un ou deux points clés.
- Répétez le sujet aussi souvent que possible.

- Surimposez votre point de vue principal sur l'écran pour renforcer le message verbal.
- Recommandez les comportements de performance spécifiques.
- Démontrez le problème de santé, le comportement, ou les techniques (si c'est approprié).
- Fournissez des informations nouvelles, exactes et complètes.
- Utilisez un slogan ou un thème.
- Soyez sûr que le présentateur du message soit considéré comme une source crédible d'informations, que ce soit une figure d'autorité, un membre du public visé, ou une célébrité.
- Utilisez quelques personnages seulement.
- Sélectionnez un témoignage, une démonstration, ou un format tranche de vie.
- Présentez les faits d'une manière directe.
- Utilisez des appels publicitaires positifs plutôt que négatifs.
- Utilisez l'humour, si c'est approprié mais pré-testez pour vous assurer que cela n'offense pas le public visé.
- Soyez sûr que votre message est pertinent pour le public cible.

Croquis et script pour un "animatic" sur les soins prénatals mis au point par le département de la santé de l'état de New York.



Photos et script pour un "photomatic" sur la façon de tester l'ouïe d'un enfant produit par les instituts nationaux de la santé.



Les termes "animatic" et "photomatic" sont souvent utilisés pour décrire des messages non-sophistiqués à la télévision. Les termes dérivent du type d'effet visuel utilisé pour le message publicitaire. Si des croquis sont utilisés, la PSA est appelée un "animatic" ; si des photographies sont utilisées, la PSA est appelée une photomatic. La portion vidéo de ces messages non-sophistiqués est produite par la prise du message publicitaire, cadre par cadre, sur une bande vidéo ou un film. Le mouvement est simulé par le déplacement de la caméra d'avant en arrière ("travelling optique") ou de gauche à droite ("panoramique").

(D'après : Making PSAO Work)

25F Comment développer les imprimés pour les analphabètes

Le matériel éducatif pour la santé utilisant seulement des images est requis dans de nombreux pays. Le résultat peut paraître simple mais le processus de développement et de production est complexe. Margot Zimmerman et Joan Haffey décrivent le travail des "PATHs"* dans ce domaine.

PATH prépare du matériel illustré pour les publics analphabètes depuis plusieurs années. Leur première brochure liée à la santé, sur la façon de mélanger et d'administrer la solution de sels de réhydratation orale (SRO) à un enfant ayant la diarrhée, a été conçue au Mexique.

Les autres projets de PATH* pour la mise au point de matériel d'instruction et l'emballage afin d'améliorer la compréhension et l'acceptation des SRO ont été réalisés au Bangladesh, en Indonésie, aux Philippines et en Thaïlande (1). Un nouveau projet vient de démarrer à Sri Lanka.

[* PATH - Le programme de technologie appropriée de la santé. (1) Réimpression d'un papier décrivant ces projets. "ORS: Promotion of Acceptability and of Safe and Effective Use," disponible auprès de PATH.]

Leçons plus étendues

A part les directives détaillées ci-dessus, PATH a aussi tiré partie de leçons plus étendues. Ceci s'applique à tous les efforts entrepris pour communiquer les informations sur le développement ou la santé .

Tests continuels sur le terrain et révision Au fur et à mesure que le matériel est préparé, les tests continuels sur le terrain et la révision avec le public visé sont essentiels pour s'assurer Que le matériel est bien compris et sert l'objectif en question.

L'approche à niveaux multiples.

Quand on introduit un nouveau produit ou une nouvelle méthode, une approche large pour fournir l'information à tous ceux qui vont entrer en contact avec elle, est la meilleure. Médecins, infirmières, et agents sur le terrain, etc., tous ont différents besoins d'informations et le matériel doit être approprié aux services qu'ils fournissent et rendre leur travail plus effectif.

Implication du programme national dès le départ Un projet pilote qui met au point du matériel devant être utilisé sur une échelle plus large doit impliquer le distributeur final du matériel dès le départ. PATH s'est aperçu d'après sa propre expérience que si l'on ne faisait pas cela, on empêchait même les imprimés à succès d'être utilisés dans tout le pays. Les employés du gouvernement doivent sentir qu'ils font partie du projet. Ceci permet aussi d'assurer que les éléments du message ou la conception du matériel seront appropriés pour la distribution de masse.

Résultats inattendus

Le personnel du projet devrait réaliser que ce travail aboutit à des résultats inattendus. Lors de l'évaluation de la brochure mexicaine sur les SRO, on a trouvé que, malgré le scepticisme du personnel mexicain et américain chargé de la recherche, les femmes et les hommes préféraient une version de la brochure montrant l'implication active du père dans les soins à donner à l'enfant malade à la version montrant la mère seulement. Les nouveaux projets enseigneront de nouvelles leçons au public visé tout comme au personnel.

Auto-suffisance sur le plan national

Les projets pilotes qui mettent au point le matériel d'informations en utilisant la méthodologie décrite ici sert un objectif plus étendu : le personnel du projet va apprendre les techniques qui permettent d'acquérir une expérience nationale pour produire d'autre matériels d'information. Ceci peut aboutir à une autosuffisance nationale dans ce genre d'éducation et de communication.

Margot Zimmerman et Joan Haffey, PATH, Canal Place, 130 Nickerson Street, Seattle, Washington 98109, USA.

Directives de production

A partir de son travail sur le terrain PATH a développé des directives pour la production de matériel d'instruction à l'intention des communautés analphabètes :

- Garder les images aussi simples que possible. Une scène encombrée va distraire l'attention du message en train d'être transmis.

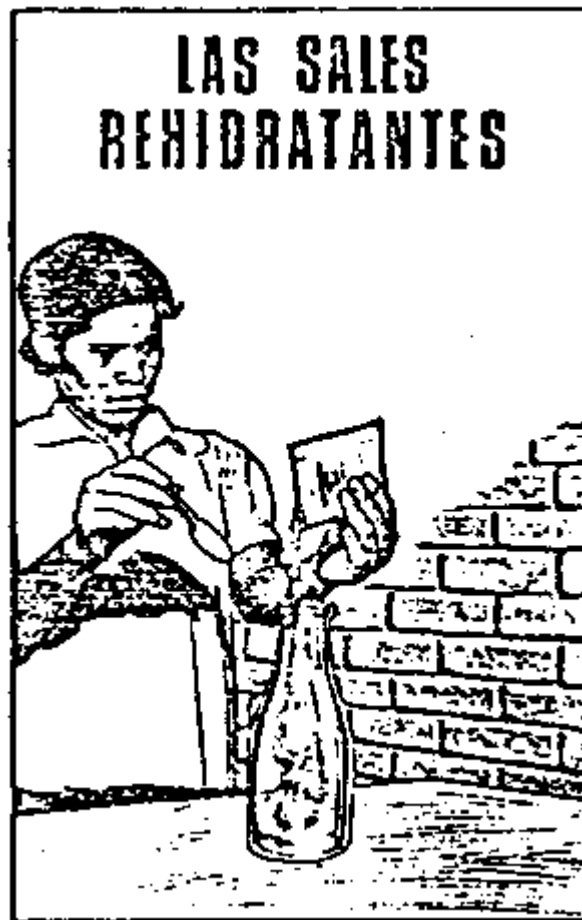
- Si les détails excessifs empêchent la compréhension du message, l'extrême simplification peut aussi limiter la compréhension.
- Le contenu doit être limité aux messages les plus importants. Seulement 8-12 points principaux peuvent être couverts dans une seule brochure.
- Chaque image et chaque page doivent avoir une signification évidente .
- Les symboles visuels doivent être aussi réalistes que possible.
- Les images auront davantage de succès si les visages, les vêtements, les bâtiments sont basés sur ce qui est familier localement.
- Utilisez seulement des objets et des symboles familiers. Par exemple, plusieurs sources de lumière différentes peuvent être utilisées pour signifier la nuit (une ampoule, une lampe kérosène, une bougie, une lampe en métal). Le symbole choisi doit être testé auprès des gens de la cible visée pour s'assurer qu'il est approprié.
- Le matériel choisi pour la distribution nationale n'est peut être pas approprié pour toutes les régions du pays.
- La longueur idéale d'une brochure est en général de 16 pages. Ceci correspond souvent à la fois à l'espace nécessaire pour décrire 8-12 messages principaux et au rayon d'attention de la plupart des lecteurs. C'est aussi le format le plus économique pour un tirage rapide.
- Les chiffres de tirages initiaux devront être petits, même si le coût par exemplaire est plus élevé, de façon à pouvoir faire des changements à la suite des évaluations et avant la distribution de masse.
- La compréhension des images est meilleure quand tout le corps d'une personne est illustré plutôt qu'une partie seulement.
- Si le matériel doit être imprimé avec plus d'une couleur ou comprendra des mots simples, ces choix devront être pré-testés de la même façon que les illustrations. Rappelez-vous que certaines couleurs ont des significations différentes dans différentes sociétés.
- En utilisant la couleur on augmente le coût de production, un point important à retenir.
- Les personnes analphabètes ne regardent pas nécessairement les images dans l'ordre voulu. Au fur et à mesure que les messages sont testés, il est utile de demander à plusieurs groupes de personnes de les disposer selon la séquence qui leur semble la plus logique.
- La conception et le test de matériels simples sont plus compliqués et nécessitent davantage de temps que la mise au point de matériels écrits. Simple ne veut pas dire facile.
- Le public visé doit toujours avoir le dernier mot quant au contenu, aux illustrations et aux séquences utilisés.
- Tous les genres d'informations techniques ne peuvent pas être transmis par des illustrations. Des images peuvent être utilisées pour apprendre à quelqu'un comment changer un pneu de moto mais il est douteux qu'elles lui apprennent comment conduire cette moto.

L'explication de TRO

"Sels de réhydratation". Une brochure préparée pour être utilisée dans le programme TRO au Mexique explique aux gens illettrés comment prendre soin d'un enfant avec la diarrhée. Les directives mettent l'accent sur : la façon de mélanger soigneusement la solution de RO avec les sachets (pages 5 et 9), de donner une tasse de solution pour chaque évacuation de selles (page 6), comment continuer à donner la solution RO, même la nuit (pages 7,12 et 13), continuer à alimenter, en particulier l'allaitement au sein (pages 11, 13 et 14) et comment éviter tout autre traitement y compris les antibiotiques et les mélanges à base de kaolin (page 8). Pour les utilisateurs sachant lire, la légende des illustrations apparaît à la dernière page (pas indiquée ici). Cette brochure a été préparée par PIACT au Mexique.

Une Brochure mexicaine

Page 1



Page 2



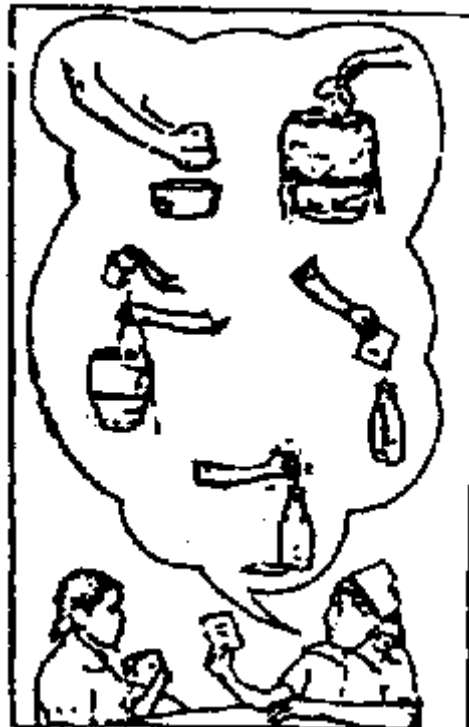
Page 3



Page 4



Page 5



Page 6



Page 7



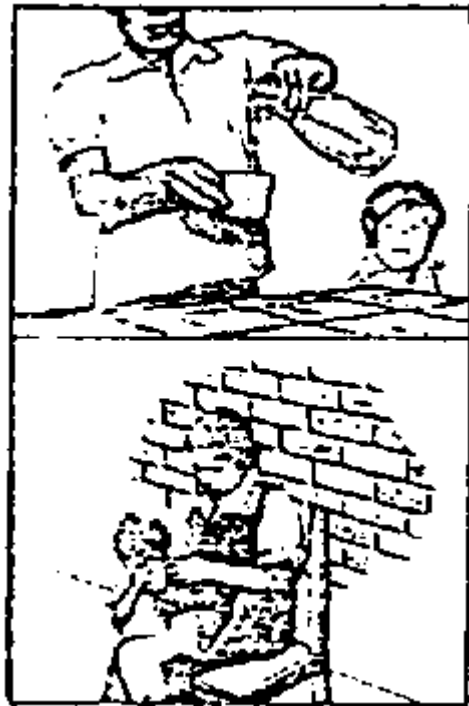
Page 8



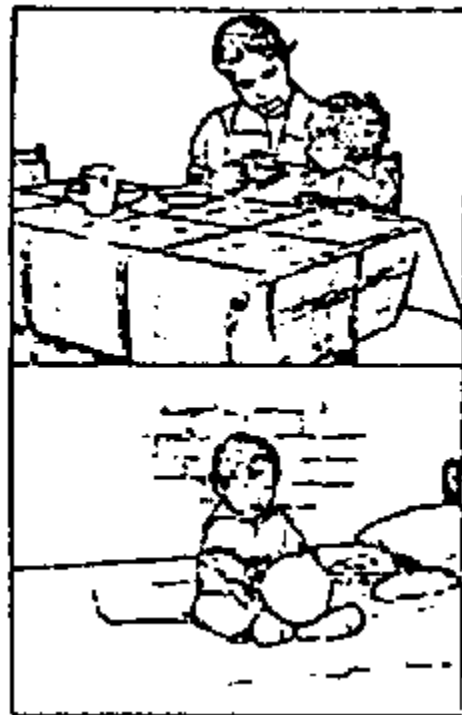
Page 9



Page 10



Page 11



Page 12



Page 13



Page 14



Page 15



(D'après : Diarrhea Dialogue. Issue 14, August 1983.)

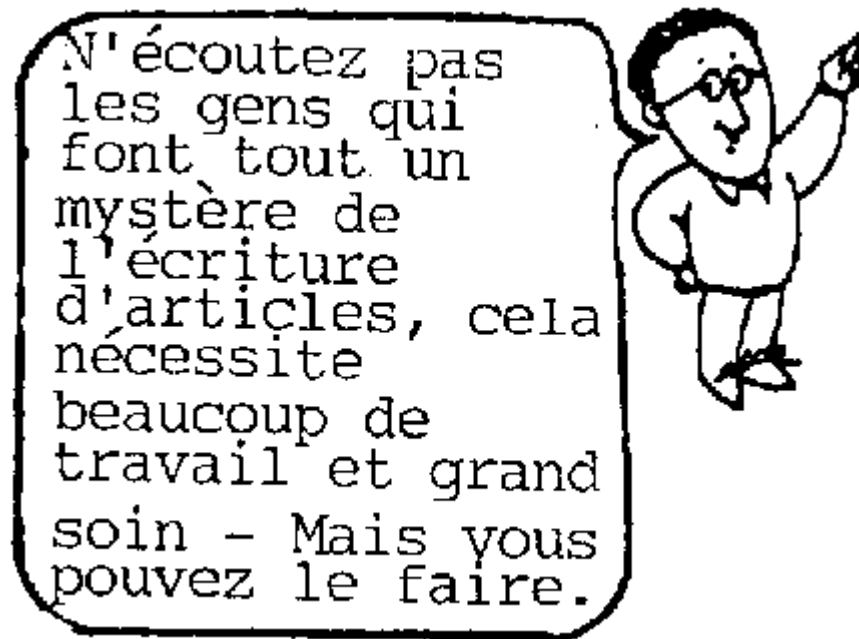
25G Le procédé de rédaction des articles

Nous suggérons le procédé suivant pour la rédaction des articles destinés à l'enseignement. A chaque stade, nous donnons un exemple de ce qui peut être impliqué dans la rédaction d'articles pour la "campagne de propreté".

Rappelez-vous les objectives d'ensembles de la campagne

L'objectif général de la campagne de propreté est d'améliorer l'hygiène de l'environnement de la nation.

Figure



Décomposez en objectifs spécifiques

De façon spécifique cela veut dire encourager

- l'utilisation d'eau propre
- l'utilisation de latrines
- Destruction hygiénique des ordures
- la manipulation des aliments avec des mains propres

Distribuez ces objectifs en unités

Vous pouvez diviser les objectifs de cette façon :

Unité 1 Introduction et aperçu

Unités 2-3 Eau propre

Unités 4-5 Latrines

Unités 6-7 Destruction des ordures

Unités 8-9 Manipulation de la nourriture

Unité 10 Révision de la campagne et directives d'action

Pour chaque unité d'étude décidez des objectifs d'instruction et des objectifs de comportement

Par exemple pour la destruction des ordures nous voulons que notre public

- a) apprenne que les ordures sont malsaines et dangereuses
- b) change son comportement pour commencer et continuer à utiliser un système effectif de destruction des ordures.

Questions propices à la discussion des groupes

- a) Ce qu'ils ont appris
- b) Les problèmes auxquels ils font face dans leur région.
- c) Quelle est l'action à prendre

Telles devraient être les questions :

Q1 Pourquoi ne faut-il pas laisser trainer les ordures ?

Q2 Dans quelle mesure les ordures sont-elles considérées comme un problème dans votre village ?

Q3 Si c'est un problème que pouvez-vous faire pour débayer les ordures ?

Q4 Que pouvez-vous faire ainsi que vos voisins, et vos chefs pour empêcher les ordures de s'accumuler à l'avenir ?

Rédigez le guide de façon à fournir les informations et les idées nécessaires aux groupes pour discuter ces questions

Cette partie du guide peut inclure :

- a) une description des ordures
- b) une description des dangers provenant des ordures
 - Elles produisent des germes
 - Elles attirent les mouches qui transportent les germes
 - C'est dangereux pour les enfants
- c) une description de quelques méthodes de destruction des ordures - sur le plan communal et individuel
- d) Quelques personnes à qui parler des dangers des ordures et ce qu'il faut faire à ce sujet
- e) Comment trouver de l'aide pour mettre au point un système de destruction des ordures. A la fin de ce chapitre on donne une première esquisse de ce qui est une unité de guide d'étude.

Décidez quelles sont les trois ou quatre idées que vous souhaitez renforcer en utilisant un tableau réversible

Cherchez des photos appropriées ou commanditez un photographe ou un illustrateur pour les produire.

Par exemple vous décidez peut-être que pour cette étude vous avez besoin de photos montrant :

- a) des ordures éparpillées dans tout le village
- b) des enfants jouant sur un tas d'ordures
- c) une fosse à ordures commune et un système de ramassage
- d) une fosse à ordures individuelle familiale.

Décidez quels seront les points les plus importants du drame à la radio. Donnez des instructions aux acteurs à ce sujet et discutez avec eux de la façon de dramatiser ces points.

Le drame pourrait avoir ces incidents

- a) un enfant qui crie parce qu'il vient juste de se couper la main sur une boîte en fer rouillée
- b) Sa mère l'emmène au poste de santé
- c) L'éducateur de santé panse la main blessée
- d) Le nombre d'enfants blessés de cette façon et les autres dangers que représentent les ordures pour la santé.
- e) la mère et l'éducateur de santé discutent de ce qui pourrait être fait à ce sujet et s'en vont rendre visite au chef de village comme première étape.

Ecrivez la narration qui suit le drame
Ceci pourrait

- a) passer en revue les points principaux du drame
- b) discuter des dangers des ordures avec un médecin
- c) suggérer ce qui peut être fait dans ce domaine
- d) suggérer que les groupes agissent en nettoyant le village

Ecrivez le reste du programme pour la radio

- a) l'introduction du programme
- b) la révision des programmes antérieurs
- c) l'introduction du drame
- d) la description du tableau réversible
- e) la conclusion avec un bref rappel aux chefs de groupe de ce qu'ils doivent faire ensuite.

Enregistrez le programme pour la radio - si vous ne savez pas comment le faire, il y a de bons présentateurs de radio partout. Demandez-leur de vous aider.

Rédiger le formulaire de signalisation
Un exemple des formulaires à utiliser se trouve à l'appendice 3

(D'après : Crowley, David Etherington, Alan, Kidd, Ross, Mass Media Manual ; How to Run a Radio Learning Campaign. 1978, p. 52-54)

25H Guide de planification de programme pour la radio

A. TYPES DE PROGRAMMES

- 1. DISTRACTIONS
- 2. NOUVELLES
- 3. INSTRUCTION/INFORMATION

B. TYPES DE PROGRAMMES D'INSTRUCTION/D'INFORMATION

- 1. EXPOSITION ET INFORMATION - Le public va entendre quelque chose de nouveau
- 2. ENSEIGNEMENT DES TECHNIQUES - le public va répondre par un nouveau comportement

3. APPUI - le public sera poussé à continuer le comportement actuel

C. CARACTERISTIQUES DES PROGRAMMES D'INSTRUCTION EFFECTIVE

1. BONNE CONCEPTION - But, objectifs et message doivent être clairs et forts

2. BON SCENARIO - Le message sera présenté dans un format qui convient clairement rédigé dans la langue appropriée.

3. BONNE PRODUCTION - Le programme une fois terminé devra être produit clairement et proprement pour avoir toutes les chances d'atteindre le public.

COMMENT DEMARRER

1. Enoncez le problème, la question ou le sujet que vous souhaitez présenter au cours du programme :

2. Est-ce que ce contenu suggère que votre programme devra être :

- a) un programme d'exposition et d'information
- b) un programme sur la technique de l'enseignement
- c) un programme de support

3. Si vous cochez 2a, dressez la liste des informations en particulier que vous souhaitez que votre public reçoive.

Si vous cochez 2c, dressez la liste du comportement en particulier que vous voulez qu'appuie votre programme.

4. Dressez la liste des informations particulières que vous aurez besoin d'inclure dans votre programme.

5. Dressez la liste des autorités à qui vous pouvez vous référer pour assurer l'exactitude du contenu de votre programme.

6. Est-ce que ce message a déjà été adressé à votre public auparavant ?

Par quel moyen ? _____

Avec quels résultats ? _____

COMMENT SELECTIONNER LE MEDIUM

1. Quelles sont les caractéristiques spéciales de la radio qui la rendent différente des autres média ?

2. Quels sont les avantages de la radio en tant que médium d'instruction ?

3. Quels sont les inconvénients de la radio en tant que médium d'instruction ?

4. Pourquoi considérez-vous la radio comme médium pour votre message ?

5. Pensez-vous que la radio puisse transmettre seule ces messages avec succès ou aurez-vous besoin d'utiliser un autre médium (ou média) aussi ? Discutez et décidez de quoi d'autre vous avez besoin.

6. Prévoyez-vous d'utiliser des activités de suivi après le programme ? Si c'est le cas, lesquelles ?

VERIFICATION DES QUESTIONS PARTICULIERES

1. Y-a-t-il un danger que le public soit mal informé ou qu'il applique mal l'information ?

2. Est-ce que le programme demande au public d'utiliser des ressources qu'il n'a pas et ne peut obtenir ?

3. Y-aura-t-il des résultats visibles et tangibles si le public suit les conseils du programme ? Ou doit-on les informer que les choses ne changent peut-être pas ou ne semblent pas changer pendant quelque temps ?

4. Est-ce que l'application des principes du programmes éveillera la critique ou provoquera l'effroi des voisins?

5. Y-a-t-il une limite de temps pour cette information? Doit-elle être donnée à un moment particulier du jour, de la semaine, de l'année ?

6. Y-a-t-il des restrictions financières ou logistiques sur la production de ce programme ?

(Par exemple, nécessite-t-il des voyages quand il n'y a ni argent ni véhicule pour se déplacer ?)
(Nécessite-t-il la présence de certaines autorités disponibles seulement à un moment spécifique ?).

LE CHOIX D'UN FORMAT

A la lumière de tout ce que vous savez sur votre public et sur votre message, il est temps de choisir un média. Quel sera le meilleur format pour la présentation de votre message en particulier pour votre public particulier ?

Quelques formats possibles

Discours

Interview

Actualités

Discussion

Drame

Magazine

Nouvelles

Annonce publicitaire

Film,

Leçon

Emission de jeux-devinettes

Question et réponse

Demande

Lorsque vous choisissez le format de votre programme, vous devez tenir compte de ce qui suit :
(ainsi de tout ce qui a été discuté précédemment) :

Longueur du programme
Disponibilité des "talents" (écrivains, acteurs, musiciens, techniciens)
Le temps disponible pour la préparation l'adaptabilité du média (format) au message (sujet)

FORMAT CHOISI POUR CE PROGRAMME :

PLAN DU PROJET POUR LA RADIO

LA CONCEPTION DU PROGRAMME

BUT

pour démontrer _ _ _ _ _

OBJECTIFS

Le public va _ _ _ _ _

ESQUISSE DU PROGRAMME/SCENARIO

(D'après : The Office of Education; National Seminar on Development Communications; June 7-19, 1982.)

Session 26

Prospectus

Annexe du moniteur

Prospectus :

26A Les aides visuelles : une aide ou un obstacle ?

26B Fiche d'enregistrement des rapports de pré-tests

26A Les aides visuelles : une aide ou un obstacle ?

En Inde, il n'y a pas si longtemps, un artiste a créé un ensemble de dessins joliment coloriés pour encourager les femmes des associations laitières locales à faire des ensilages. Quand le matériel fut utilisé par la suite avec un groupe de femmes du village, ce public regarda le dessin qui représentait la grandeur de la fosse à ensilage. On demanda aux femmes : "Combien de chargements de fourrage faut-il pour remplir cette fosse ?" Après bien des discussions, alors on demanda aux femmes si quelqu'un ou si elle avait entendu parler de quelqu'un qui avait ou pouvait ramasser 30 chargements de fourrage pour l'ensilage. Elles rirent et dirent : "Bien sûr que non !". Cet ensemble d'aides visuelles n'était pas effectif parce que la technologie qu'il encourageait n'était pas appropriée à l'environnement dans lequel elle était promue.

Les aides visuelles : une aide ou un obstacle ?



Que voit cette femme sur l'image qu'elle observe ? Voit-elle ce que l'on veut qu'elle voit ? Quand nous testons notre matériel sur le terrain auprès des gens qui représentent notre public cible, nous pouvons nous assurer que les aides visuelles que nous produisons sont appropriées.

De nombreuses choses empêchent le matériel éducatif d'être approprié. Peut-être les gens qui développent le matériel ne travaillent pas au niveau de la communauté. Ou peut-être ne travaillent-ils pas de façon étroite avec les autres personnes qui travaillent là également. Ils ne sont pas habitués peut-être à la façon dont vit, pense et parle la cible visée. Donc ces gens chargés du développement ne savent pas comment préparer le matériel afin qu'il soit compris par les gens qu'ils essaient d'atteindre.

Il se peut qu'ils produisent des dessins ou des photos représentant des gens de la ville, même si la cible visée est composée de gens de la campagne. La langue utilisée avec l'aide visuelle peut être trop sophistiquée ou trop technique pour que le public en question puisse comprendre.

Il est important que nous trouvions si une aide visuelle accomplit ce que son nom suggère : aide le public à apprendre. Ou au contraire est-elle un obstacle à l'enseignement ? Par exemple, dans la situation de l'ensilage, non seulement l'idée était inappropriée, mais l'aide visuelle a dérouté le public. Sur l'un des croquis, la personne représentée était aussi grande que la fosse à ensilage était large. Mais sur un croquis de la même fosse à ensilage quelques images plus loin, la personne était de la taille d'un petit enfant par rapport à la taille de la fosse.

Un autre exemple de confusion et d'erreur de sens vient de l'Asie du Sud-Est. Une affiche sur l'hygiène orale représentait uniquement des femmes et des enfants. Donc, une partie du public en conclut que les hommes n'ont pas de cavités I

Le test est une étape nécessaire

Comment peut-on être sûr que notre matériel visuel sera effectif ? Peu importe quelle que soit notre sensibilité vis-à-vis des besoins de notre public ou quelle que soit la façon dont notre public voit et entend les choses, nous pouvons toujours commettre des erreurs. C'est pourquoi le test et l'évaluation du matériel éducatif sont importants.

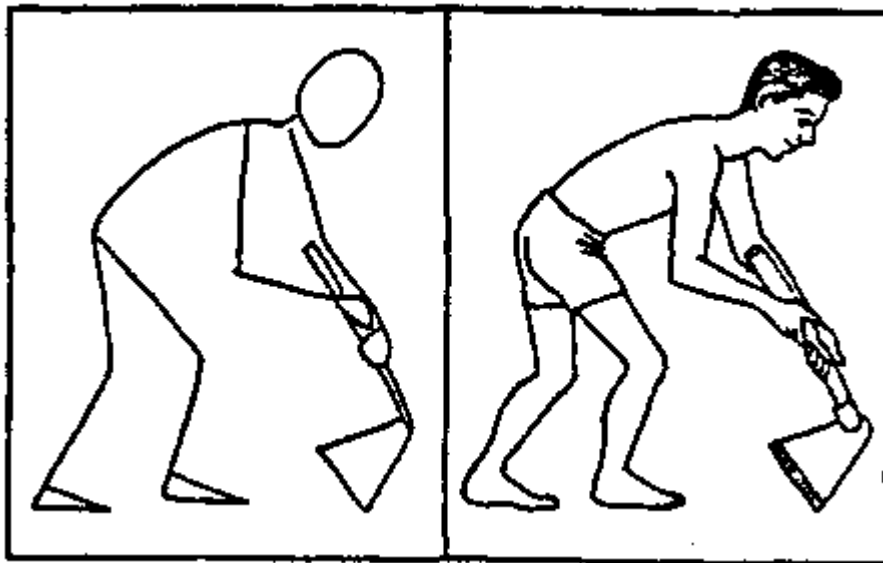
Les exemples ci-dessus nous montrent que la préparation d'aides visuelles effectives n'est pas facile. Le public n'a peut-être pas l'expérience suffisante pour établir un rapport avec les idées présentées sur l'aide visuelle. Si les gens chargés de leur création ne connaissent pas bien leurs spectateurs, l'aide visuelle préparée ne sera pas comprise du public. Certaines aides visuelles peuvent suggérer à un certain public quelque chose de complètement différent de ce que les gens chargés du développement avaient à l'esprit. Ou bien le matériel visuel provoque la confusion chez le spectateur !

Ce numéro de "World Neighbors in Action" nous dit comment utiliser des techniques qui nous aideront à tester soit le matériel que nous avons, soit le matériel préparé par d'autres. C'est seulement en apprenant à tester notre matériel et à faire des révisions que nous serons sûrs que le matériel développé sera vraiment approprié.

COMMENT SE PREPARER AU TEST ?

Il est important de décider ce que l'on veut tester avant de commencer la procédure de test. Le matériel que l'on teste doit être aussi proche que possible de ce que à quoi le produit final doit ressembler selon nous. Si l'aide visuelle terminée est une série de dessins détaillés, nous ne voulons pas faire notre test sur le terrain en utilisant des croquis en forme de bâtonnets. Si les aides visuelles vont être en couleur, il n'est probablement pas recommandé de faire vos tests en noir et blanc.

Comment se préparer au test ?



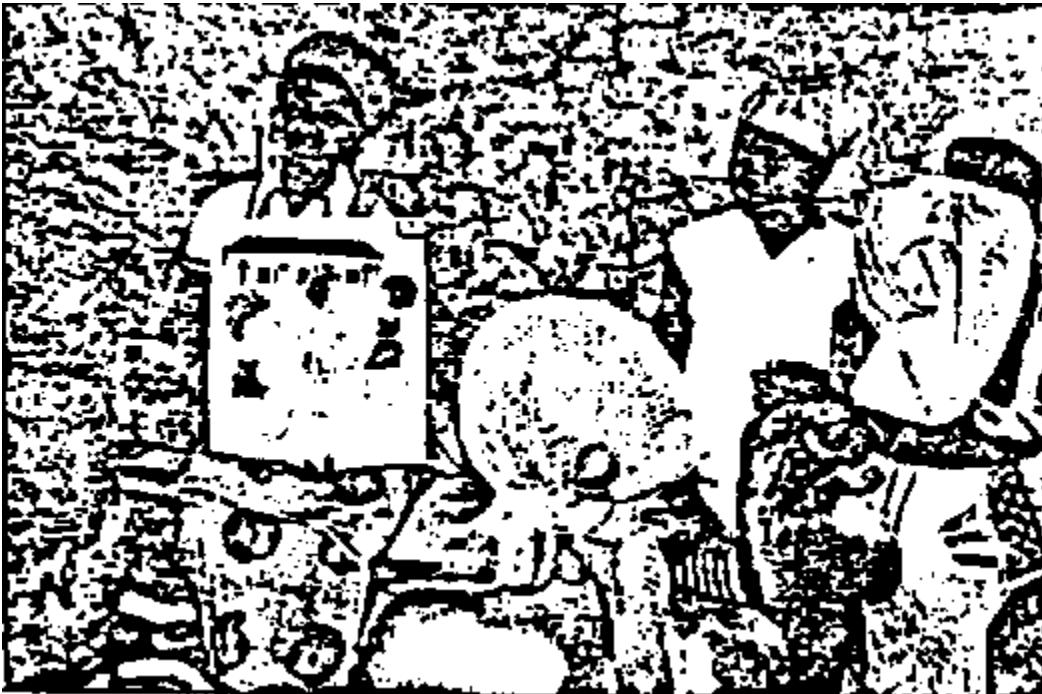
Parce que nous allons peut-être utiliser les mêmes photos dans la version finale de l'aide visuelle, il faut les protéger pendant le test. Si les photos peuvent être reproduites, nous n'avons pas besoin de prendre trop de précautions pour les protéger. Toutefois il est conseillé de couvrir les dessins avec une feuille de plastique. Cette couverture protégera les dessins qui seront quand même très visibles.

Il est souvent préférable de tester différentes choses à des moments différents. Si nous testons uniquement le côté approprié d'une idée, il vaut mieux utiliser des dessins simples. Si nous savons que l'idée est appropriée, il nous faudra peut-être utiliser le dessin définitif et tester seulement la séquence ou le langage.

COMMENT CHOISIR NOTRE PUBLIC POUR LE TEST ?

Trop souvent, notre test est fait avec le mauvais public. Il ne suffit pas de tester les idées ou le matériel avec un groupe d'associés. Nos collègues auront peut-être des idées utiles mais ils ne regarderont pas et ne peuvent pas regarder le matériel avec les mêmes yeux et les mêmes pensées qu'un villageois. Si l'aide visuelle définitive est destinée à des femmes, nous ne devons pas tester le matériel avec des groupes d'hommes.

Comment choisir notre public pour le test ?



Nous devons aussi garder présent à l'esprit que les gens de notre public testé nous font une faveur. Leur temps est précieux, donc il faut convenir d'un moment qui convienne à leur emploi du temps. Il faut leur donner suffisamment de temps pour regarder le matériel de près. Il faut aussi donner à votre public le temps de réagir.

Nous devons être sûrs que nos spectateurs sachent combien leurs opinions sont importantes pour les responsables du test. Il est souvent utile de leur dire : "ce matériel que nous testons avec vous peut être utile pour d'autres publics. Nous avons besoin de votre aide pour prendre cette décision. Si vous ne nous dites pas ce que vous pensez réellement, nous risquons de fournir du matériel qui ne servira à rien. Ceci fait perdre non seulement du temps mais aussi de l'argent."

A QUOI SERT LE TEST ?

Plusieurs choses différentes déterminent comment les gens du public réagissent aux aides visuelles et ce qu'ils comprennent à partir de ce matériel. Avant de faire le test, il est utile de dresser la liste de toutes les choses que nous recherchons. Vous ne testerez peut-être pas toutes ces choses durant la même présentation, mais chacune devra être testée à un certain moment. Vous souhaiterez peut-être faire ajouter aux questions suggérées ci-dessous.

A quoi sert le test ?



1. Le public peut-il comprendre les photos ?
2. Le public peut-il comprendre le langage ?
3. Le sujet est-il acceptable socialement ?
4. La taille de l'aide visuelle est-elle appropriée ?
5. Si on utilise des analogies, marchent-elles bien ?
6. La présentation est-elle trop longue et ennuyeuse ?

TROIS METHODES DE TEST

Parmi toutes les différentes façons de tester le matériel nous avons trouvé trois méthodes particulièrement utiles. Nous devons être toujours prêts à poser des questions au public, et nous devons avoir un moyen d'enregistrer leurs réponses. Il est bon d'avoir une personne présente en plus de la personne chargée du test, pour prendre en note ce que dit le public.

Il serait bon d'essayer chacune des trois méthodes décrites ci-dessous. Une méthode peut s'avérer plus utile que l'autre avec différents matériels ou différents publics. Quelquefois, le meilleur moyen de tester est d'associer les différentes méthodes. C'est une bonne idée, peut-être même nécessaire, de tester les méthodes de test.

METHODE NUMERO UN

Que les aides visuelles que nous testons soient projetées ou non, un bon moyen de tester ce que le public voit réellement est de lui montrer seulement une image à la fois. Tandis qu'on montre l'image, nous demandons au public : "Que voyez-vous ?"

Nous devons éviter de faire des remarques qui conduisent ou influencent le public à voir ce que l'on veut qu'il voie. Après tout, nous voulons trouver ce qu'il voit sur une image particulière, non pas ce que nous voyons. Nous ne devons pas faire de commentaires tels que "C'est bien" ou "C'est faux". A la place nous devons remercier chaque personne de son idée, puis la répéter et

demander son opinion à quelqu'un d'autre. Après tout, une fois que les gens qui souhaitent exprimer leurs idées l'ont fait, le but de cette méthode de test est accompli.

Méthode numéro un



En utilisant cette méthode, nous ne mentionnons pas le dialogue qui doit accompagner normalement l'image. Notre but dans ce genre de test est de voir si les aides visuelles seules sont comprises.

METHODE NUMERO DEUX

La deuxième méthode de test consiste à utiliser les images et l'histoire ensemble. A la fin de la présentation de l'histoire et des images, nous posons au public une série de questions et nous enregistrons leurs réponses par écrit.

Méthode numéro deux



Les questions doivent être "ouvertes". Ce genre de questions demande aux gens de dire ce qu'ils pensent au sujet du matériel et n'essaie pas d'influencer la réponse. Le public devrait pouvoir répondre à ces questions sans dire seulement "oui" ou "non". Certaines des questions à poser sont les suivantes:

1. Quel est le sujet de l'histoire ?
2. Qu'est-ce que l'histoire vous a appris ?
3. Quelles sont les images qui vous ont aidé à comprendre l'histoire ? Pourquoi sont-elles utiles ?
4. Comment modifieriez-vous les images pour que l'histoire soit plus facile à comprendre ?

METHODE NUMERO TROIS

L'une des façons les plus intéressantes de tester le matériel visuel est de demander à un petit groupe de membres du public d'examiner attentivement certaines images et d'en discuter. A la fin de la discussion sur les dessins, le groupe crée une histoire à partir de ces images et la raconte. La personne chargée du test n'est qu'un simple observateur.

Méthode numéro trois



Non seulement cette méthode de test montre comment le public raconte les histoires mais cela nous donne les mots réels qu'ils utilisent. Une fois que les membres du groupe nous ont raconté leur histoire, nous devons leur demander s'il y a des images supplémentaires qui pourraient être utiles pour raconter l'histoire. Ces suggestions de la part du public testé peuvent être précieuses lors de la révision du matériel. Elles peuvent nous aider à identifier les "maillons manquants" qui, s'ils sont omis, peuvent empêcher le public visé de comprendre le message de l'aide visuelle. Très souvent nous trouvons que les aides visuelles éducatives développées de cette façon sont ce que l'on a de plus utile comme matériel.

LES AIDES VISUELLES COMPLETEES REFLETENT LES RESULTATS DES TESTS

Si vous avez fait du bon travail lorsque vous avez testé votre matériel, il y aura des révisions à faire. Quelquefois les changements sont simples, quelquefois ils sont compliqués. Au fur et à mesure que l'on acquiert de l'expérience dans la mise au point des aides visuelles, on fait du meilleur travail de préparation à la fois pour les aides visuelles et les scénarios. Cela signifie généralement que le test indiquera moins de modifications lorsque l'on va produire la version définitive des aides visuelles. Considérons des exemples provenant de matériel développé au sein des programmes dans lesquels "World Neighbors" fonctionne.

IMAGES COMPREHENSIBLES

Ces deux dessins proviennent des séries de tableaux réversibles développés en Afrique occidentale. Les séries sont utilisées pour aider à améliorer les techniques des accoucheuses traditionnelles. A gauche, se trouve le premier croquis d'une mère avec son enfant mort. Cela était destiné à présenter l'idée de femmes qui risquent de perdre leur prochain enfant. Mais le public pensa que l'enfant enveloppé d'un suaire était une patate douce ! Sur la droite, on voit la révision. Quand leur bébé enveloppé d'un suaire a été placé dans un cercueil le public a compris.

Image A



Image B



AIDES VISUELLES ACCEPTABLES SOCIALEMENT

Sur ces deux photos, nous voyons qu'une révision a été faite à cause d'un problème social ou culturel. Notez que la petite fille mange de la main gauche sur la photo de gauche. Dans de nombreuses régions du monde manger de la main gauche est inacceptable socialement parce que la main gauche est associée aux pratiques liées aux latrines. Pour cette raison, il était nécessaire de changer la photo pour qu'elle apparaisse telle que sur la droite. Sur cette photo on voit la petite fille manger de la main droite.

Photo de gauche



Photo de droit



TRANSFERT EXACT DU MESSAGE

Quelquefois une photo ou un dessin ne transmet pas le message voulu à la cible visée. Pour illustrer le conseil qu'un fermier doit vaporiser avec des insecticides seulement quand il se sent bien, on a utilisé la photo d'un homme malade sur la gauche. Durant les tests sur le terrain aux Honduras, le public des fermiers est tombé d'accord pour dire que cette précaution était mieux illustrée par un fermier qui se sentait suffisamment en bonne santé pour jouer avec son fils. A la suite du test sur le terrain, on utilisa la photo de droite pour les aides visuelles définitives.

Photo de gauche



Photo de droit



(D'après : World Neighbors. World Education in Action Newsletter)

26B Fiche d'enregistrement des rapports de pré-tests

Description du projet _ _ _ _ _

Type de matériel testé _ _ _ _ _

Message sanitaire _ _ _ _ _

Objectif _ _ _ _ _

Groupe cible _ _ _ _ _

Qui a été interviewé ? (les catégories doivent être adaptées en fonction de la cible visée)

Personne No.	Age	Sexe	Niveau d'instruction	Groupe ethnique
Un				
Deux				
Trois				
Quatre				

Réponses aux questions

Que se passe-t-il sur l'image ?	Qu'avez-vous appris en en écoutant le message?	Comment pouvez-vous améliorer l'image?	Comment pouvez-vous améliorer l'histoire/le message?
Photo No. 1			
Photo No. 2			
Photo No. 3			

(Adapté d'après A. Haaland, Pretesting Communication Materials UNICEF, 1984.)

Annexe du moniteur :

26A Techniques de traçage pour adapter les aides visuelles
26B Jeu de rôle sur le pré-test des images

26A Techniques de traçage pour adapter les aides visuelles

De nombreux moniteurs de santé savent que les aides visuelles peuvent aider à comprendre plus facilement de nouvelles informations. Malheureusement, les aides visuelles qui s'adaptent aux besoins de vos élèves ne sont pas toujours disponibles.

Vous pouvez utiliser des techniques de traçage pour fabriquer des aides visuelles qui ne nécessitent pas un matériel important ni une habileté particulière pour dessiner. Les magazines, les livres, les affiches et bien d'autres matériels contiennent des photos et des dessins qui peuvent être utilisés pour fabriquer des aides visuelles destinées à la formation sanitaire et à l'éducation de la santé publique.

Par exemple, un agent de santé dans un dispensaire rural peut avoir besoin d'une affiche sur l'espacement des naissances qui montre une famille avec deux ou trois enfants qui sont de toute évidence heureux et sains. Les seules photos disponibles et propices au sujet représentent seulement de larges groupes de gens. En utilisant les techniques de traçage, l'agent de santé peut fabriquer l'affiche nécessaire en associant des tracés d'individus pris sur des photos différentes pour créer un groupe familial, comme indiqué ci-dessous.

Figure



Le traçage comprend deux activités : l'une qui consiste à pratiquer un simple tracé et l'autre qui consiste à transférer une image en utilisant un carbone. Les techniques enseignées dans ces deux activités seront nécessaires pour faire d'autres activités dans cette unité, c'est pourquoi nous vous recommandons de faire les deux. Vous voulez peut-être démontrer toutes les techniques avant de commencer les activités. Les techniques devant être démontrées sont :

1. Le simple tracé
2. Le calque en utilisant une source de lumière.
3. La fabrication de votre propre papier carbone
4. Le transfert d'une image sur une autre feuille de papier en utilisant la technique de décalage avec du papier carbone.

5. Le tracé du contour des figures en noir, puis leur coloriage, utilisant les techniques de coloriage disponibles.

Voir unité 5, Démonstrations, pour des conseils sur la façon de faire une bonne démonstration.

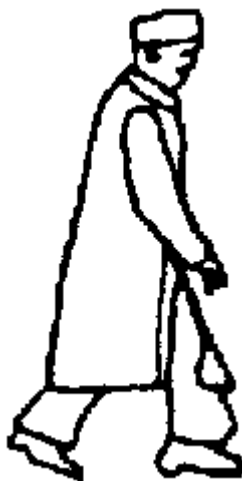
Partagez l'information suivante avec vos participants avant de commencer les activités.

Avant d'utiliser l'une des techniques de traçage ou de décalquage que vous apprendrez, décidez quelles sont les images à tracer et quels sont les détails à copier de ces images pour communiquer votre message. La quantité de détails peut aller d'un simple contour de la forme de l'image jusqu'à un dessin détaillé.

Forme seulement



Simple dessin

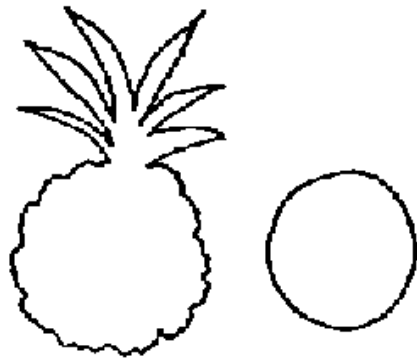


Dessin détaillé



La simple forme d'un objet peut suffire à communiquer ce que c'est si l'objet a une forme bien distincte et si le groupe à qui vous enseignez a l'habitude de cet objet. Par exemple la forme ronde d'une orange ressemble aussi à une balle. Il faut donc ajouter quelques détails pour pouvoir deviner que c'est une orange. Le contour de base d'un ananas peut communiquer l'idée d'un ananas, si le groupe a l'habitude des ananas.

L'ananas



Davantage de détails fournissent d'informations sur l'objet réel ou la personne que le tracé représente. Trop de détails peuvent distraire. La personne qui regarde l'image va peut-être faire davantage attention au fond ou aux détails des costumes qu'au sujet central.

Il est important d'essayer vos dessins auprès des gens à qui ils sont destinés. Vous devez choisir des formes, des dessins simples ou détaillés soigneusement basés sur l'idée que vous voulez montrer et le groupe de gens à qui vous voulez enseigner.

EVALUATION :

Après chaque activité, demandez à vos élèves de :

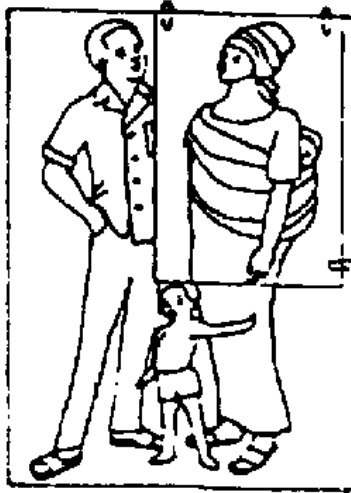
1. Comparer leur dessin tracé avec l'image originale. Le tracé de la personne ou des objets est-il suffisant pour communiquer ce que c'est ? Ont-ils copié trop de détails et le dessin est encombré et prête à confusion ou détourne l'attention ?

2. Montrer le dessin à quelques personnes du groupe avec lesquelles vous avez l'intention de l'utiliser ou à des gens venant d'un milieu semblable ou ayant des intérêts similaires. Demandez-leur ce qu'ils voient. S'ils sont troublés d'une certaine façon par l'image, demandez-leur pourquoi. Faites des changements sur l'image jusqu'à ce qu'elle communique votre message.

TITRE : TECHNIQUE DU TRACE SIMPLE

1. Choisissez une photo prise dans un magazine, une affiche, ou toute autre source, ou utilisez le croquis agrandi de l'image ci-dessous incluse à la fin de l'activité.

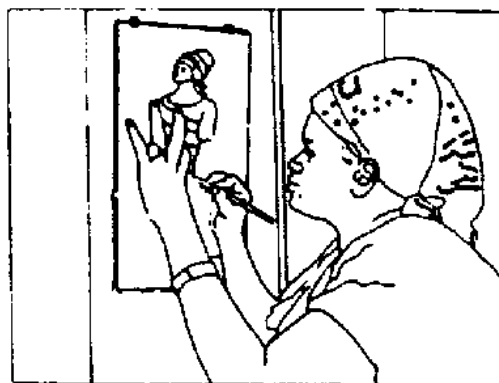
Figure



2. Placez une feuille de papier fin (du papier transparent) sur l'image. Utilisez des trombones ou des épingles pour les maintenir ensemble. N'utilisez pas de scotch car cela risque d'endommager l'image originale.

3. Si vous ne pouvez pas voir l'image à travers le papier, tenez les deux morceaux contre une source de lumière telle qu'une fenêtre ou un projecteur.

Figure



4. Avec un crayon, tracez soigneusement les parties de l'image que vous souhaitez utiliser. N'utilisez que les détails qui vous semblent essentiels. Dans cet exemple, vous souhaitez peut-être ne copier que la partie de l'image qui représente la femme et le bébé.

Figure



5. Vous pouvez finir le dessin sur le papier fin en repassant les lignes au crayon à l'encre, à la peinture, au crayon de couleur, ou avec des crayons marqueurs de couleur. Effacez toutes les traces de crayon non recouvertes par la couleur ou l'encre. Les figures ressortiront mieux si vous les repassez avec du noir, puis si vous colorez à l'intérieur des lignes noires.

TITRE : TECHNIQUE DE TRANSFERT AU CARBONE

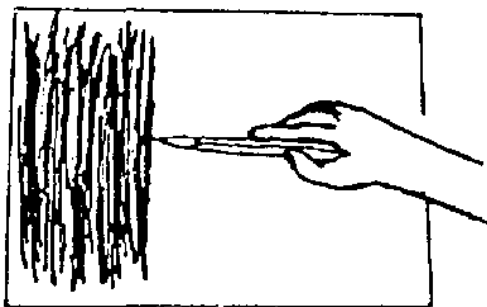
Pour utiliser la technique de traçage expliquée à l'Activité 1, il vous faut utiliser du papier blanc fin pour que l'image apparaisse à travers le papier. Le papier fin ne va pas durer longtemps, donc vous souhaiteriez peut-être transférer votre tracé sur un morceau de papier plus épais, tel que du papier à dessin. Cette activité explique comment transférer votre tracé d'un morceau de papier à un autre.

1. Tracez n'importe quelle image sur du papier blanc, fin. Vous pouvez utiliser le tracé que vous avez utilisé pour l'Activité 1.

2. Utilisez un morceau de papier carbone ou fabriquez-en un vous-même, comme ceci :

Recouvrez le dos de votre tracé avec des traits de crayon à la mine de plomb en utilisant le côté d'un crayon à la mine de plomb tendre. Vous pouvez utiliser un fusain provenant du feu de votre cuisine, si les crayons sont rares. Vous pouvez aussi frotter la mine de crayon sur un morceau de papier séparé et l'utiliser comme papier carbone.

Figure



3. Placez le papier avec le carbone (acheté ou fabriqué) sur la feuille de papier à dessin. Le côté carbone devrait toucher le papier à dessin.
4. Si vous utilisez une feuille de papier carbone à part, placez votre tracé sur le papier carbone.
5. Attachez les deux feuilles de papier ensemble avec des trombones ou des épingles.
6. Repassez au crayon à mine de plomb tendre bien taillée les lignes du dessin. Au fur et à mesure que vous tracez les lignes, la pression du crayon va transférer l'image sur le papier à dessin.
7. Vous pouvez terminer votre dessin en utilisant un crayon et de l'encre, des crayons de couleur, de la peinture, ou des crayons marqueurs de couleur pour colorier l'aide visuelle. N'oubliez pas de marquer les lignes en noir puis de colorier à l'intérieur des lignes.

Figure



8. Effacez les lignes de carbone ou de crayon qui ne sont pas recouvertes.

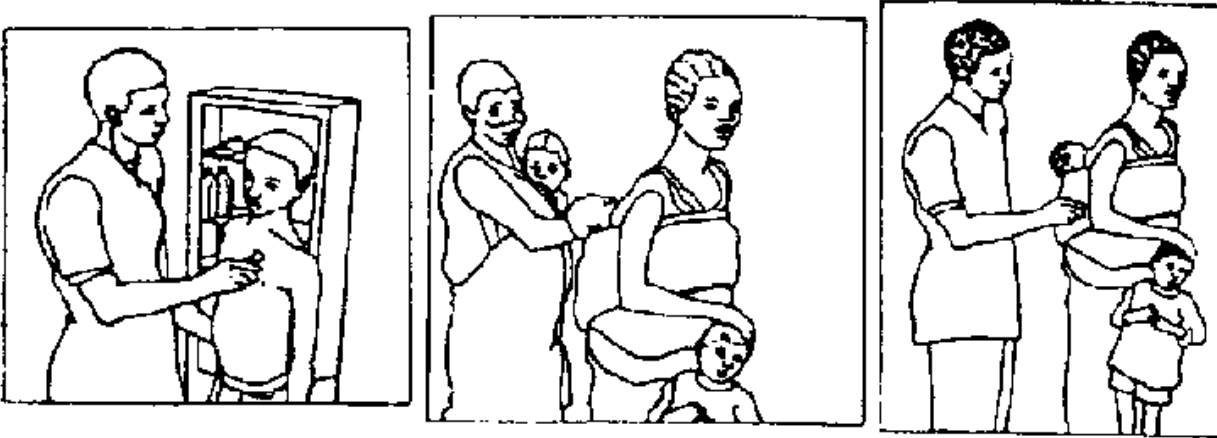
TECHNIQUES DC CROQUIS ET DE TRACE

Quelquefois, les techniques présentées durant les activités de TRACE, ne sont pas suffisantes. Vos élèves ont peut-être trouvé les images dont ils avaient besoin mais il leur faut les assembler d'une nouvelle façon. Il se peut qu'ils aient besoin de changer ou d'adapter les figures. Par exemple, ils ont peut-être trouvé une bonne photo d'une femme mais elle est habillée comme une citadine et ils ont besoin d'une photo de femme habillée en paysanne. Ils ont trouvé peut-être un dessin d'enfant heureux, souriant alors qu'ils ont besoin d'une photo d'enfant qui pleure.

Ces activités de CROQUIS et de TRACE montrent à vos élèves comment procéder à de simples changements dans les images pour les adapter à leurs besoins. Les élèves vont associer les techniques de tracé avec de nouvelles techniques de croquis. Ils pourront faire une meilleure utilisation des photos qu'ils trouvent s'ils peuvent les adapter à leurs besoins spécifiques.

Dans cet exemple, les techniques de tracé ont été utilisées pour tracer les formes et les lignes de base des gens. De petits changements ont été faits pour adapter la photographie et l'utiliser comme affiche. Ces changements ont été faits grâce au croquis. Un croquis est un dessin grossier qui représente les principaux traits d'un objet, d'une personne ou d'une scène. En complétant ces activités, vous serez en mesure d'associer votre technique du tracé à une nouvelle technique du croquis pour adapter ces images et en faire des aides visuelles.

Croquis 1.



MATERIEL REQUIS POUR TOUTES LES ACTIVITES :

Papier blanc, fin.
Crayon
Comme
Règle ou coin droit
Scotch

La liste des fournitures nécessaires aux élèves et aux moniteurs est donnée pour chaque activité.

TITRE : VETEMENTS ADAPTES

1. Utilisez l'affiche "Espacez votre famille" (dessin 1).
2. Tracez l'affiche sur du papier blanc, fin, en utilisant l'une des techniques de traçage. (N'oubliez pas de tracer les lignes qui marquent le bord ou l'espace pour l'affiche. Une règle ou un coin droit est utile.)
3. Faites les changements mentionnés ci-dessous en faisant des croquis. Pour faire un croquis, dessinez légèrement de nouvelles lignes pour les changements requis et effacez les lignes dont vous n'avez plus besoin. Votre premier croquis ne sera probablement pas parfait la première fois que vous essayez. Continuez le croquis et continuez à gommer jusqu'à ce que les changements soient faits. Rappelez-vous comme avec la plupart des techniques, plus on s'exerce mieux c'est.

Changements à faire sur la femme :

- a. Ajoutez un fichu sur la tête de la femme. Pensez à quoi ressemble un fichu. Légèrement faites le croquis des lignes du fichu sur la tête de la femme. Effacez et essayez à nouveau jusqu'à ce que cela ressemble à un fichu. Effacez les cheveux de la femme qu'on ne peut pas voir sous le fichu.

b. Changez la robe de la femme de façon qu'elle couvre les épaules. A nouveau esquissez légèrement les nouvelles lignes de votre tracé pour étendre la robe de la femme jusqu'aux épaules.

4. Montrez votre dessin à un ami et demandez-lui de faire des suggestions pour l'améliorer. Essayez de faire des changements selon les suggestions de votre ami.

Vous avez pu ajouter des manches courtes ou des manches longues. Le décolleté de la robe peut être rond ou elle peut avoir un col. Le fichu peut être noué sur la nuque ou sur le haut de la tête. Il peut recouvrir tous les cheveux de la femme ou laisser quelques mèches sortir. Voici quelques exemples de ce à quoi peut ressembler votre dessin.

Dessin 2



TITRE : COMMENT ADAPTER LES OBJETS ET LES POSITIONS HUMAINES

1. Utilisez l'image de la famille pendant les repas (dessin 3).

2. Tracez autant de la femme que possible.

3. Transformez le pot ou le plat qu'elle tient en un panier d'osier. Le panier peut être de n'importe quelle taille ou forme que vous voulez du moment qu'il s'adapte aux mains de la femme. Vous pouvez utiliser les lignes du pot ou du plat pour commencer à donner une forme au panier. Faites des traits pour que le panier semble être en jonc tissé

Dessin 3



4. Continuer les lignes de la robe de la femme pour qu'elle lui arrive aux pieds.
5. Votre dessin représente désormais une femme debout qui tient un panier.
6. Changez le dessin de façon que la femme fasse un pas en avant.
7. Demandez à quelqu'un de faire un pas en avant et de maintenir cette position. Cherchez les réponses à ces questions :
 - a. Comment serait sa robe si elle faisait un pas en avant au lieu d'être immobile ? Si elle fait un pas en avant, la jambe de devant aura le genou plié.
 - b. De combien ses pieds vont-ils dépassé la robe ?
 - c. Quelle sera la position de ses pieds si elle avance d'un pas ? Le pied qui avance sera à plat sur le sol. Le talon de l'autre pied sera légèrement soulevé.

Dessin 4



8. Dessinez légèrement de nouvelles lignes par dessus votre tracé pour montrer que la femme fait un pas en avant. Gomez et re-dessinez jusqu'à ce que vous ayez fait les changements nécessaires. Effacez les lignes dont vous n'avez plus besoin.

9. Montrez votre dessin à un ami et demandez-lui des suggestions pour l'améliorer.

Il n'y a pas qu'une seule façon de faire des changements dans ce dessin. Voici une adaptation possible. Voyez comme la forme de la robe est changée pour indiquer où le genou plié se trouve. Notez aussi la Position des pieds.

TITRE : COMMENT ADAPTER LES EXPRESSIONS DU VISAGE ET LES TRAITS

INSTRUCTIONS :

1. Utilisez l'image du couple dans le dessin 5.
2. Tracez l'homme et la femme.
3. Changez les expressions sur leurs visages pour qu'ils aient l'air soucieux ou malheureux.
4. Demandez à quelqu'un de prendre l'air soucieux ou malheureux. Cherchez les réponses à ces questions:

Dessin 5



- a. Quelles sont les parties du visage des gens qui bougent quand leurs expressions changent ?
- b. Comment est la bouche des gens lorsqu'ils sont soucieux ou malheureux ? Leurs lèvres sont-elles ouvertes ou fermées ? Le coin de leurs bouches est-il tourné vers le haut, vers le bas, ou ne bouge pas ?
- c. Quelle est l'expression de leurs yeux lorsqu'ils sont soucieux ou malheureux ? Sont-ils grand ouverts ? Légèrement fermés ?

d. Comment sont leurs sourcils? Comment change la forme des sourcils quand quelqu'un est soucieux ou malheureux ?

e. Comment change le front des gens quand ils sont soucieux ou malheureux ?

5. Commencez à faire les changements sur les images. D'abord une partie du visage. Utilisez les lignes qui sont déjà dans votre tracé. Par exemple, commencez par les sourcils. Dessinez légèrement de nouvelles lignes pour les sourcils indiquant le souci ou la tristesse. Effacez les lignes superflues. Passez à une autre partie du visage et continuez à faire les changements.

Vos nouvelles expressions vont ressembler à cela :

Dessin 6



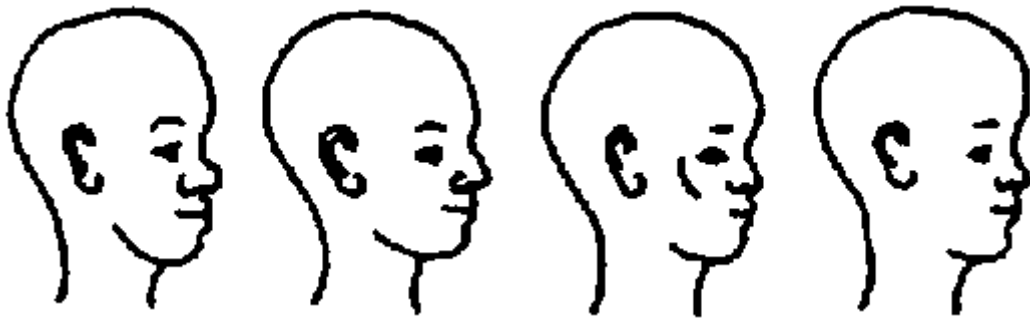
6. Pouvez-vous identifier les trois expressions faciales du dessin 7. Remarquez les différences dans les sourcils, les yeux et les bouches.

Dessin 7



7. Les traits du visage peuvent aussi être adaptés pour que les gens ressemblent davantage à ceux de votre région. Il vous faudra faire particulièrement attention aux formes du front, du nez et des lèvres. Regardez les exemples du dessin 8. Quels sont les traits qui ressemblent le plus aux gens de votre secteur ?

Dessin 8



8. Changez les traits du visage de l'homme du dessin 9 pour un autre type.

Dessin 9

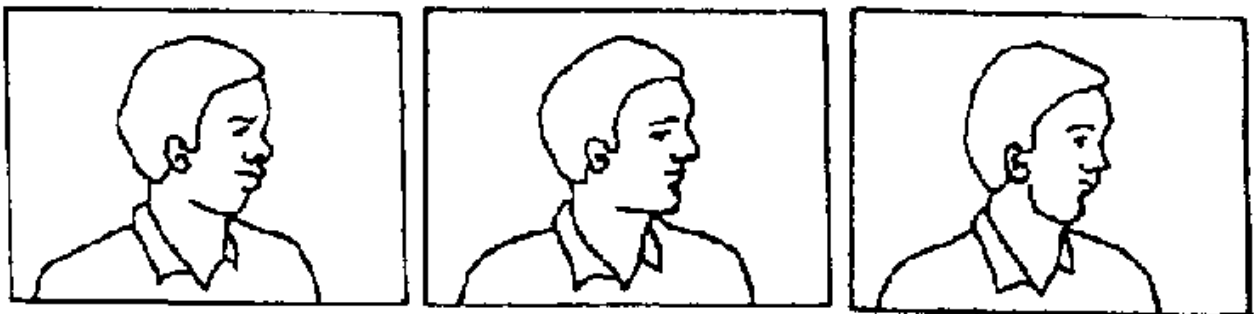


9. Tracez le visage de l'homme sur un morceau de papier.

10. Changez les traits de son visage d'après l'un des autres types de visages indiqués au dessin 8. Pour faire cela, il vous faudra changer la forme et la taille de son front et la forme de son nez et de sa bouche.

Le nouveau dessin ressemblera à l'un de ceux-là.

Dessin 10



TITRE : COMMENT CREER UNE AIDE VISUELLE COMPLETE GRACE A DES ADAPTATIONS

1. Utilisez les tracés de tout le corps que vous avez déjà fait avec le dessin 5. (L'homme et la femme).

2. Ajoutez le petit garçon du dessin 11 au tracé du dessin 5 de façon que l'enfant donne la main à son père.

Dessin 5



Dessin 11



Pour cela, vous devez changer la direction dans laquelle regarde le petit garçon et changer la position de son bras pour que sa main touche celle de son père. (Vous pourriez changer le bras du père au lieu de celui du garçon mais cela serait plus difficile.)

3. Étape un : Changez le petit garçon pour qu'il fasse face à son père.

a. Tracez le dessin du petit garçon sur une feuille de papier blanc, fin, à part.

b. Retournez le tracé pour que la partie propre de la feuille soit en face de vous.

c. Utilisez soit la technique du carbone ou celle de la fenêtre comme source de lumière pour faire un autre tracé du petit garçon sur une autre feuille de papier. (Voir TRACE sur la façon de faire un transfert au carbone et d'utiliser une fenêtre comme source de lumière pour tracer.) Vous devriez avoir maintenant un tracé du petit garçon faisant face à son père.

Dessin 12



4. Étape 2 : Ajoutez le petit garçon au dessin de la mère et du père.

a. Mettez le papier sur lequel vous avez tracé le petit garçon sous le papier qui a le tracé du père et de la mère.

b. Déplacez le tracé du petit garçon jusqu'à ce qu'il soit dans la position correcte pour tenir la main de son père. Faites en sorte qu'il ne marche pas sur le pied de son père. Les pieds du petit garçon devraient être au même niveau que ceux de son père.

c. Collez les coins des deux morceaux de papier soit au dessus de la table, à une fenêtre, ou à une autre surface dure. Le scotch va empêcher les traces de bouger.

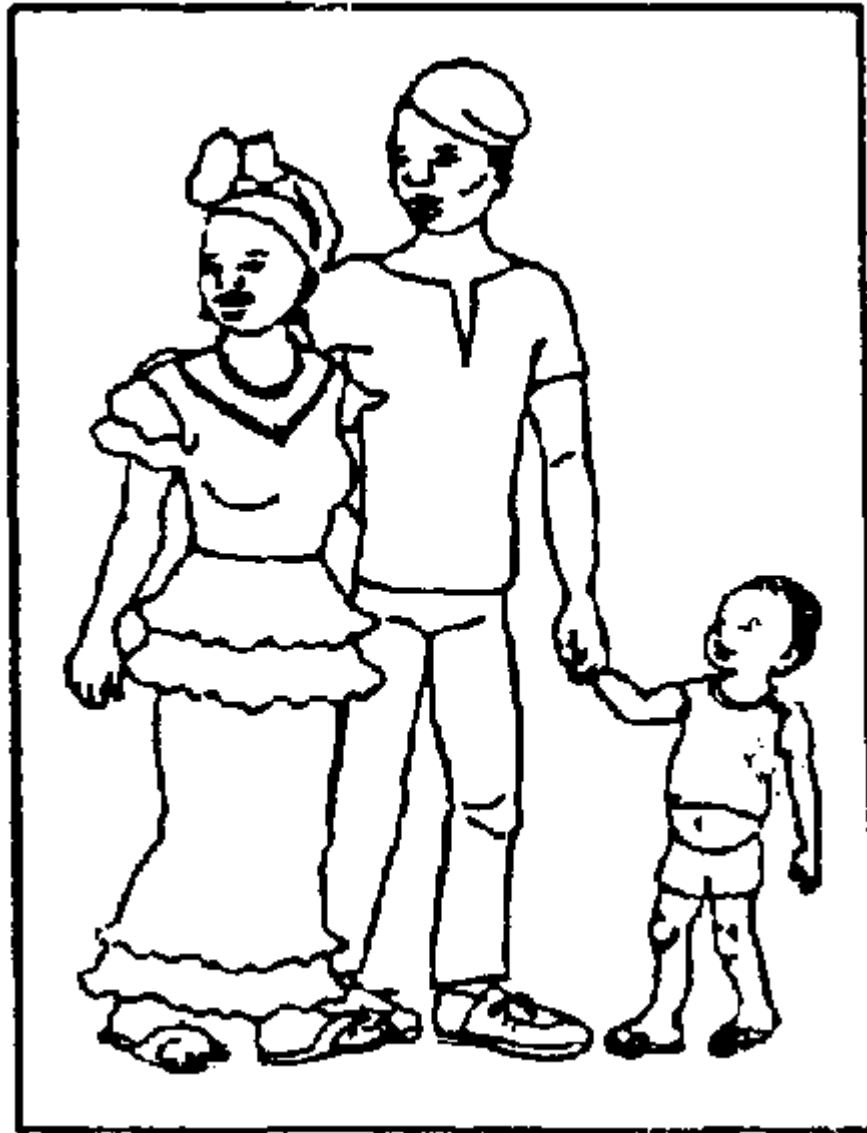
d. Vous verrez que le bras du petit garçon est trop haut pour toucher la main de son père. (Voir Dessin 12). Vous devrez changer soit la position du bras du petit garçon ou la position du bras de son père. Le bras du garçon sera plus facile à changer parce que vous n'aurez pas à le déplacer autant que le bras du père.

e. Dessinez légèrement la nouvelle position du bras de l'enfant pour que sa main soit à l'intérieur de celle de son père. Dessinez et gomez jusqu'à ce que vous ayez le bras de l'enfant dans la position correcte.

5. Étape trois : Dessinez les doigts jusqu'à la main du père pour donner l'impression qu'il donne la main à l'enfant.

Vous devriez désormais avoir une nouvelle image d'un homme, d'une femme et d'un enfant ! L'image ressemblera probablement à cela :

Dessin 13



TITRE : COMMENT TRACER ET DESSINER POUR CHANGER LA TAILLE D'UNE IMAGE.

Quelquefois il se peut que vous trouviez 2 photos à associer pour utiliser durant une leçon ou une séance de formation, mais elles ne sont pas exactement de la même taille. Il vous faudra soit agrandir légèrement l'une des images ou réduire l'autre.

La façon la plus simple d'agrandir une image ou de la réduire est de suivre le contour de l'image à une taille plus grande ou plus petite.

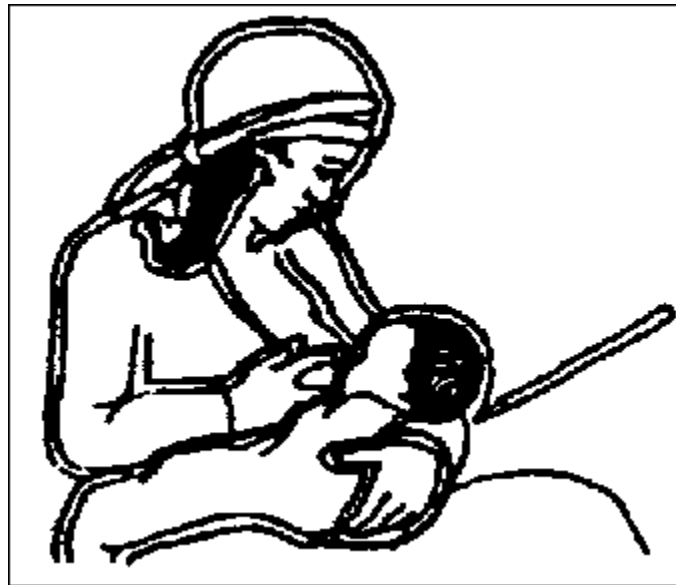
1. Pour agrandir légèrement une image, placez un morceau de papier blanc, fin sur l'image et attachez-le avec des trombones. Décidez de combien vous voulez l'agrandir. (Souvenez-vous que cette technique n'est valable que pour les images que vous voulez légèrement agrandir.) Vous pouvez juger la taille la plus grande et la marquer sur le papier blanc, fin. Si vous voulez être plus précis, vous pouvez utiliser une règle ou un morceau de bois en indiquant la distance dessus.

Figure



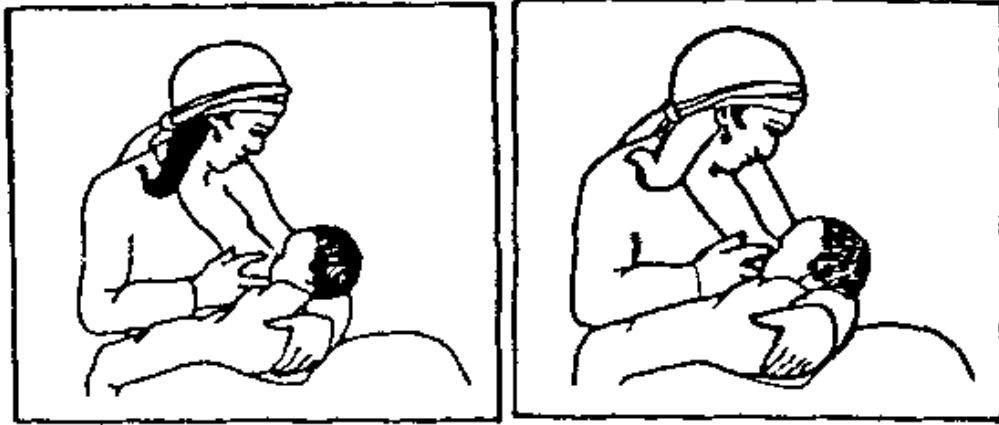
2. A la distance voulue, tracez le contour des lignes originales de l'image jusqu'à ce que vous ayez tracé tout le contour.

Figure



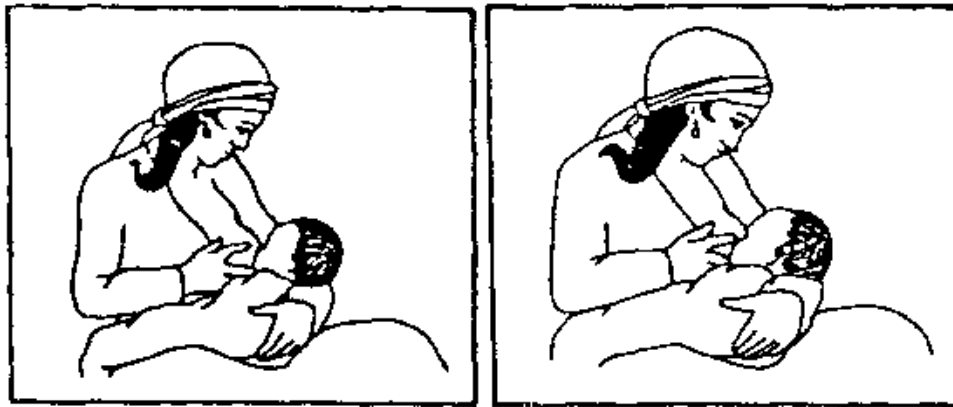
3. Si votre image a des lignes détaillées à l'intérieur de la personne ou de l'objet, telles que les traits du visage, vous devrez estimer où les lignes doivent être situées par rapport au contour que vous avez déjà dessiné. Regardez soigneusement l'image originale estimez où doivent se trouver les lignes au sein de la figure et marquer les sur votre papier fin.

Figure



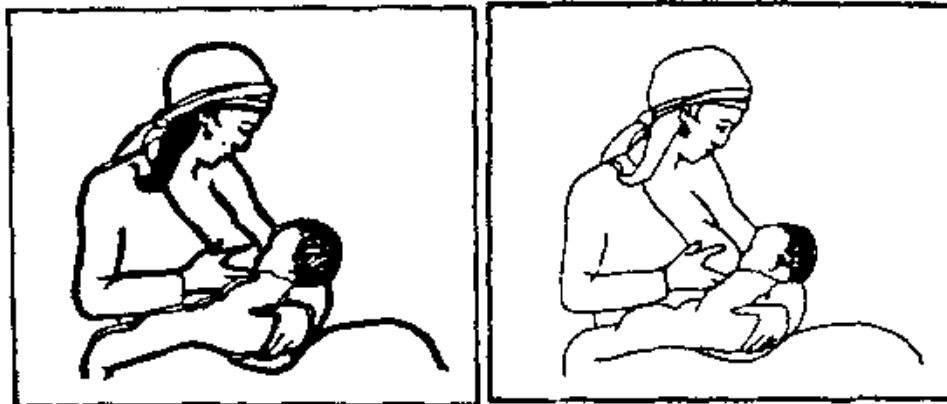
4. Comparez votre plus grande copie à l'image originale. Effacez les lignes qui sont placées de façon inexacte. Dessinez de nouvelles jusqu'à ce qu'elles soient placées correctement dans le dessin.

Figure



5. Pour réduire légèrement des images, suivez les étapes 1-4, mais tracez à l'intérieur du contour de l'image originale à la distance voulue.

Figure



(D'après: INTRAH : Teaching and Learning With Visual Aids pp. 226-253, 269-282.)

26B Jeu de rôle sur le pré-test des images

Les photos et les images doivent être pré-testées et modifiées pour s'assurer qu'elles communiquent le message voulu. Le pré-test peut être très simple. Vous pouvez demander à un certain nombre de gens (venant d'un milieu semblable et ayant des intérêts similaires à ceux que vous voulez atteindre) d'expliquer ce qu'ils pensent voir sur l'image ou sur la photo. Une autre façon de prétester les images est d'organiser des discussions de groupes au cours desquelles plusieurs personnes regardent les images et discutent de ce qui se passe sur l'image. Il est utile de travailler en équipes de façon qu'une personne prenne des notes sur les suggestions tandis qu'une autre personne pose les questions.

D'abord montrez l'image et demandez :

Que se passe-t-il sur cette image ?

Alors racontez ou montrez le texte de l'histoire qui va avec la l'image et demandez :

- Qu'avez-vous appris en écoutant ou en lisant l'histoire ?

Finalemment demandez :

- Comment pouvez-vous améliorer l'image ?

- Comment pouvez-vous améliorer l'histoire ?

Jeu de rôle pour pré-tester les directives

Les joueurs de rôle devraient créer une scène pour le jeu de rôle basée sur leur propre expérience. Ils doivent aussi créer des personnages. Le rôle du spectateur devra être un personnage semblable à quelqu'un de leurs communautés avec qui ils veulent communiquer par le truchement d'images et de mots. Le rôle de la personne chargée du pré-test devra être un bénévole du PC ou un homologue. Le pré-testeur devra poser toutes les questions dont la liste est donnée ci-dessus, tandis que la personne chargée d'enregistrer remplit le formulaire de pré-test. Les joueurs de rôle doivent suivre les directives de pré-test résumées dans la note à l'intention des moniteurs à la fin de l'étape 4.

Session 27

Prospectus

Annexe du moniteur

Prospectus :

27A Directives pour les séances de pratique

27B Fiche de plan de séance

27C Evaluation de la séance de pratique

27D Liste de vérification de la préparation de la séance

27A Directives pour les séances de pratique

- Choisissez un domaine qui est pertinent pour vous et votre groupe, basé sur l'analyse des problèmes de santé. La séance devra contribuer aux objectifs du projet que vous avez planifié.
- La séance doit être pratique ; elle doit refléter une situation réelle de la communauté et offrir un modèle pour les activités que vous pouvez utiliser par la suite.
- La séance est destinée à "accomplir" pas simplement à parler de ce qu'il faut faire. Le reste du groupe et les membres du personnel seront vos participants. Donc, nous "n'entendrons pas parler" de votre séance, nous en ferons l'expérience en tant que groupe.
- Prévoyez une brève activité que vous pouvez terminer en 20 minutes. (Ne finissez pas par rationaliser, "Si ; avais eu davantage de temps..."). Pour donner à chacun la même opportunité, nous arrêterons votre activité quand votre temps alloué prend fin.
- Préparez un plan de séance qui peut être reproduit et distribué à chacun par la suite. Utilisez le prospectus 23 C (Fiche du plan de travail de la séance).
- Au début de votre séance, préparez la scène en expliquant la situation de l'éducation de la santé pour laquelle vous avez conçu la séance. Dites-nous comment cette séance va contribuer à nos objectifs de projets plus importants.
- Rendez les activités aussi créatrices que possible tout en gardant présent à l'esprit que les méthodes et le matériel doivent être appropriés au point de vue culturel.
- Utilisez les prospectus et les idées tirés des discussions pendant toutes les séances de formation et explorez de nouvelles façons d'associer le matériel et les techniques.
- Utilisez vos co-participants, vos moniteurs et les gens de la communauté locale comme ressources pendant la période de planification et de préparation. Faites "rebondir" vos idées sur les autres.

27B Fiche de plan de séance

QUI sont les élèves ?

QUEL est l'objectif de la séance ?

OU la séance a-t-elle lieu ?

QUAND aura-t-elle lieu ?

COMMENT allez-vous mener la séance ?

Techniques/connaissance attitudes requises	Activités	Temps	Matériel	Evaluation

27C Evaluation de la séance de pratique

Date : _____

Agent organisateur _____

Nombre et type de participants _____

Objectifs et activités _____

Matériel utilise : _____

1. Qu'a fait l'agent organisateur ?
(Veuillez cocher les rubriques appropriées)

A créé un climat approprié à la leçon _____

A parlé distinctement _____

A fait progresser la séance à un bon rythme _____

A écouté et posé des questions : _____

A guidé les activités _____

A stimulé et encouragé le débat _____

A fait manipuler le matériel par les participants _____

A écouté et participé à la discussion des problèmes _____

A fait preuve d'organisation pendant toute la séance _____

A utilisé les aides visuelles avec efficacité _____

Autres : _____

2. Quelle était la participation des membres du groupe?

Ont pris part activement à la séance _____

Ont répondu aux questions _____

Ont fait des observations _____

Ont fait part de leurs idées et de leurs expériences _____

Ont discuté un problème ou un besoin ressenti _____

Ont fait preuve d'enthousiasme _____

Autres : _____

3. La séance était-elle bien conçue ?

A suivi le modèle d'enseignement expérimental _____

A suivi une séquence logique d'activités _____

A inclus une ouverture et une clôture _____

A inclus l'enseignement des pairs _____

A utilisé des méthodes appropriées pour apprendre les informations
du contenu _____

A accompli les objectifs _____

A choisi des aides visuelles appropriées _____

Autres : _____

27D Liste de vérification de la préparation de la séance

Type de ressources	Listes de rubriques	Personnes responsables	rubriques préparées
Permission de tenir la séance d'ES			

Lieu de la séance			
Organisateurs de la séance			
Chaises, lumières, Tables, etc.			
Equipement			
Publicité sur la séance			
Fournitures			
Aides visuelles			
Nettoyage			

Annexe du moniteur :

27A Plan de séance échantillon

Madame Malinga est une infirmière responsable du dispensaire familial d'un district rural. Elle supervise six accoucheuses traditionnelles (TBAs) qui travaillent et habitent dans les communautés qui entourent le dispensaire. Toutes les deux semaines, les "TBAs" vont à pied au dispensaire et racontent madame Malinga pour lui remettre les dossiers des mères à qui elles ont rendu visite et les noms des gens qu'elles ont envoyés au dispensaire. Madame Malinga utilise aussi cette journée pour des séances de formation ou de discussions avec le groupe de "TBAs". Le temps que les "TBAs" arrivent au dispensaire et discutent de leurs visites et des gens que 'elle sont envoyés au dispensaire avec Madame Malinga , il ne leur reste plus que deux heures pour les séances de formation. Alors elles doivent partir si elle veulent arriver chez elles avant la nuit.

Durant ces derniers mois, les TBAs ont aidé Madame Malinga à composer des histoires et des images à utiliser durant les visites à domicile pour enseigner aux mères la nutrition du bébé pendant la grossesse, et les visites prénatales au dispensaire. Madame Malinga a testé sur le terrain les images auprès des mères qui viennent au dispensaire et a dessiné et colorié les séries définitives d'images sur des cartes dures elle-même. Cette semaine, Madame Malinga prévoit une séance pour les "TBAs" sur la façon d'utiliser les séries d'images qu'elles ont aidées à mettre au point avec les trois histoires sur la santé.

Voici le plan de la séance de Madame Malinga cette semaine.

QUI SONT LES ELEVES ? - six accoucheuses traditionnelles

QUEL est l'OBJECTIF de la séance ? Utiliser avec efficacité les ensembles d'images qu'elles ont mises au point comme base pour les histoires qu'elles racontent aux mères lors des visites à domicile.

OU la séance va-t-elle se tenir ? - au dispensaire

QUAND aura-t-elle lieu - Durant les visites de routine des "TBAs".

COMMENT allez-vous mener la séance ?

Techniques/ connaissances/ attitudes	Activités	Temps	Matériel requis	Evaluation

requises				
Objectifs de la séance	Accueil, regarder les images qui passent en revue les objectifs.	10 min	ensemble d'images sur : la nutrition infantile la nutrition pendant la grossesse les visites prénatales au dispensaire	
Façons d'utiliser les histoires en images pour motiver les mères	Discussion démonstration	15 min	un ensemble d'images	
Comment utiliser les images pour raconter des histoires sur la santé.	Participants pratiquent l'art de raconter des histoires par paires.	45 min	les 3 ensembles d'images	Durant les séances observez les techniques dans la pratique de l'utilisation des images et répondez aux questions des mères.
Application de cette technique	Discussion des problèmes utilisant les histoires Plans à utiliser pour raconter les histoires dans la communauté.	20 min		Après la séance comptez le nombre de mères qui assistent aux soins prénatals - comptez de cas de malnutrition au dispensaire

Session 28

Prospectus :

28A Directives pour préparer la journée consacrée à la santé

Chacun doit participer entièrement à la préparation de cet événement.

En restant fidèle à l'objectif général qui consiste à fournir l'opportunité d'utiliser de façon créatrice les techniques acquises durant le programme, le rôle du personnel de formation doit être limité à fournir des directives et des conseils. Chacun devrait avoir l'occasion d'être responsable pour tous les aspects de la journée.

La journée devrait consister en une série d'activités, de jeux, et d'événements liés aux soins de santé primaires et à l'éducation pour la santé qui peuvent s'avérer intéressants pour la communauté des alentours.

Chacun d'entre vous sera responsable de la préparation et de la présentation d'au moins une activité durant le cours de la journée.

La journée doit être conçue pour durer au moins six à sept heures.

Durant toutes les activités de la journée, il faut souligner l'intégration des thèmes présentés pendant le programme de formation.

L'événement devra se tenir là où il y a suffisamment d'espace pour réunir une communauté. Il pourra se tenir en conjonction avec un dispensaire local ou tout autre groupe (par exemple, l'école ou le club des mères).

Le groupe de formation est responsable de la nourriture, du combustible, de l'eau et de tout autre matériel ou fourniture nécessaires.

La musique, les jeux et la nourriture doivent aussi être inclus au cours de la journée.

Un programme des événements et toute autre information appropriée devront être mis au point et mis à la disposition de tous les participants et invités.

A la suite de la journée consacrée à la santé, le groupe sera responsable de la conception et de la mise en oeuvre d'une évaluation structurée de l'efficacité de l'événement.

Module 5 : Nutrition

Session 29

Session 30

Objectifs de comportement

A la fin du présent module, les participants seront en mesure d'effectuer les tâches suivantes :

1. Décrire le contenu nutritionnel des aliments locaux et déterminer s'ils appartiennent à la catégorie des aliments énergétiques, des aliments reconstituants ou des aliments protecteurs. Démontrer comment combiner des exemples de chaque groupe pour assurer un apport protéique complet et un régime équilibré acceptable par la culture locale.
2. Préparer un repas nutritif en utilisant uniquement des aliments, des ustensiles, du matériel de cuisine et des combustibles disponibles localement. Le repas sera basé sur des recettes traditionnelles locales.
3. Enumérer trois signes sociaux et physiques permettant d'identifier les nourrissons et les enfants à risque du point de vue nutritionnel.
4. Identifier les principaux signes et symptômes de la malnutrition et de carences nutritives spécifiques d'après des photographies, des diapositives, ou en clinique, sur des enfants.

5. D'après le dossier médical d'au moins un enfant, démontrer sa capacité à utiliser et interpréter les courbes de croissance.
6. Peser et mesurer deux enfants avec autant de précision que l'instructeur le ferait, en utilisant les techniques anthropométriques décrites à la Session 30.
7. Indiquer les besoins en allaitement et en nourriture d'enfants de 6 à 12 mois selon le programme de sevrage présenté à la Session 31.
8. Décrire le rôle du conseiller, selon les détails donnés à la Session 32 et énumérer les six directives à suivre par le conseiller.

Session 29

Prospectus :

29A Trois principaux groupes d'aliments

29B Protéines végétales complémentaires

29A Trois principaux groupes d'aliments

Groupe I : Aliments reconstituants (protéines)

Ce groupe comprend des aliments dont l'apport protéique, essentiel pour assurer le développement, l'entretien et la réparation des tissus de l'organisme, est élevé. Bien qu'il existe divers types de protéines, toutes sont constituées de petites molécules appelées acides aminés. Ce sont ces acides aminés individuels dont l'organisme a besoin. Ce groupe inclut: boeuf, mouton, poulet, poisson, oeufs, lait, fromage, arachides, soja, niébes et autres haricots, pois, légumes, crabes, escargots et crevettes.

Groupe II : Aliments énergétiques (hydrates de carbone)

Ce groupe, qui comprend des aliments riches en hydrates de carbone et/ou en graisses, apporte des calories à l'organisme. Les hydrates de carbone représentent la principale source d'énergie pour l'organisme et le type le plus économique d'aliments énergétiques. Les graisses sont importantes en raison de leur potentiel énergétique élevé et du rôle qu'elles jouent dans l'absorption de certaines vitamines. Les graisses permettent également d'améliorer le goût des aliments et donnent une sensation de plénitude. Parmi les aliments les plus courants de ce groupe, nous citerons : pain, plantain, maïs, riz, sorgho, millet, manioc, ignames, beurre, noix de coco, huile de palme, huile de sésame et huile d'arachide.

Groupe III : Aliments protecteurs (vitamines/substances minérales)

Ces aliments, bien que comprenant peu de protéines, d'hydrates de carbone ou de graisses, fournissent des quantités importantes de vitamines et de substances minérales nécessaires pour protéger l'organisme contre les troubles éventuels et pour assurer un bon métabolisme. Les vitamines et les substances minérales (telles que le calcium et le phosphore) jouent un rôle important au niveau de l'entretien de la résistance contre la maladie. Étant donné que les vitamines sont souvent détruites durant la cuisson, il est important de ne pas trop cuire les légumes. Les principaux aliments protecteurs sont les fruits et les légumes, y compris : mangues,

oranges, papayes, tomates, oignons, poivrons, carottes, aubergines, pamplemousses, choux, avocats, ananas, concombres, gombos, épinards et d'autres légumes à feuilles vertes.

(Adapté de : Technical Health Training Manual (Draft), Peace Corps.)

29B Protéines végétales complémentaires

Il existe diverses formes de protéines; certaines sont plus facilement utilisables par l'organisme que d'autres. Les produits d'origine animale, tels que la viande, les oeufs et le lait, apportent exactement les éléments dont l'organisme a besoin en quantités adéquates. Les céréales, les légumes, les graines et les noix sont des protéines végétales qui, lorsqu'elles sont combinées de façon appropriée, offrent la même proportion d'éléments indispensables. Il est donc nécessaire de mélanger certaines protéines végétales spécifiques pour obtenir des proportions adéquates de protéines. Vous trouverez ci-dessous des exemples de protéines complémentaires qui, lorsqu'elles sont combinées dans des proportions correctes, assurent un apport protéique adéquat*.

1. CEREALES + LEGUMES (Environ 1 tasse 1/3 de céréales pour 1/2 tasse de légumes.)
2. CEREALES + PRODUITS D'ORIGINE ANIMALE
3. GRAINES ET LEGUMES (Environ 1/2 tasse de graines pour 1/3 de tasse de légumes)

[* Il est à noter que les deux éléments de ces combinaisons doivent être consommés ensemble au cours du même repas pour assurer un apport protéique adéquat.]

CEREALES	GRAINES
Exemples :	Exemples :
millet	graines de sésame
riz	graines de tournesol
maïs	graines de citrouille
froment	
semoule	
PRODUITS D'ORIGINE ANIMALE	LEGUMES
Exemples :	Exemples :
poisson	arachides
oeufs	pois chiches
lait	lentilles
poulet	niébes
boeuf	haricots nains
mouton	soja
porc	
fromage	

Les feuilles vert foncé offrent une autre source de protéines végétales et leur emploi doit être encouragé.

(Adapté de : Diet for a Small Planet, de Lappe.)

Session 30

Prospectus

Annexe du moniteur

Prospectus :

30A Comment évaluer les cas de malnutrition

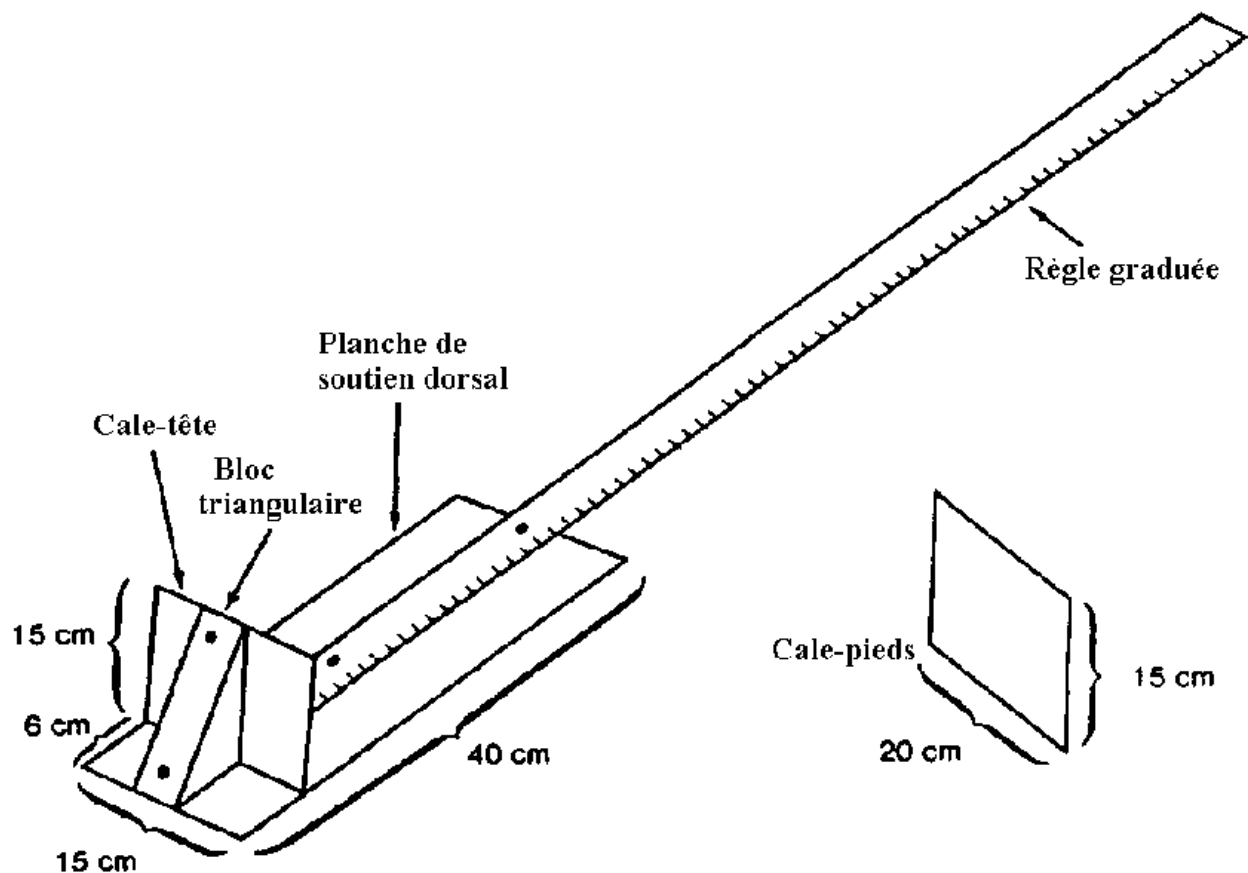
30B Le chemin vers la santé

30C Fiche d'enregistrement des mesures anthropométriques

30A Comment évaluer les cas de malnutrition

Evaluation du rapport poids/taille

COMMENT FABRIQUER UNE TOISE



Fabrication d'une toise

Pour fabriquer une toise, vous pouvez procéder de la façon suivante :

1. Acheter une règle graduée d'un mètre dans une librairie ou une quincaillerie.
2. Se procurer une planche de contreplaqué de 1/2 cm à 1 cm d'épaisseur. La couper en trois morceaux :
 - 15 cm x 15 cm (cale-tête)
 - 15 cm x 40 cm (planche de soutien dorsal)
 - 15 cm x 20 cm (cale-pieds)
3. Couper un bloc triangulaire de 15 cm sur 6 dans un autre morceau de bois d'environ 5 cm d'épaisseur.
4. Fixer la règle graduée, la planche de soutien dorsal, le bloc triangulaire et le cale-tête selon l'illustration à l'aide de petites vis. (Le cale-pieds ne doit pas être fixé aux autres pièces.)
5. Pour éviter que l'irrégularité de la surface de la planche de soutien dorsal (due à la règle graduée et aux vis) ne soit trop inconfortable pour les enfants, ou pourra recouvrir cette planche d'un tissu.

Mesure des enfants

Vous pouvez mesurer tous les enfants quel que soit leur âge du moment que la toise est assez longue. Placez la toise sur le sol. Allongez-y l'enfant, le dos contre la planche de soutien dorsal et la tête contre le cale-tête. Demandez à votre assistant de tenir la tête de l'enfant et de s'assurer que son corps reste bien droit. Pressez sur les genoux de l'enfant d'une main pour maintenir ses jambes bien droites. De l'autre main, appuyez le cale-pieds contre ses pieds de façon à ce qu'il soit en contact avec les talons de l'enfant. Maintenez le cale-pieds en place pendant que votre assistant ôte l'enfant de la toise. Lisez la taille de l'enfant sur la règle graduée et notez-la sur votre feuille.

Pesée des enfants

Il est préférable d'utiliser une petite balance qui sera plus facile à transporter et vous permettra de peser les enfants chez eux. Vous pouvez commander une petite balance suspendue à l'adresse suivante :

CMS Weighing Equipment Ltd.
18 Camden High Street
London NW1 OJH
England

Si la balance que vous devez utiliser est trop grande pour que vous puissiez la transporter, laissez la balance et la toise chez quelqu'un. Après avoir rendu visite à chaque famille, emmenez les enfants à l'adresse choisie pour les mesurer et les peser.

Comment déceler les cas de MALNUTRITION

Il faut connaître le poids de chaque enfant et le poids qu'il devrait avoir pour sa taille. Si son poids est insuffisant par rapport à sa taille, il souffre de MALNUTRITION. Référez-vous au tableau de correspondance poids et taille de la page suivante.

TABLEAU DE CORRESPONDANCE POIDS/TAILLE (position allongée) POUR LES GARÇONS ET LES FILLES

Pourcentages de la médiane					
longueur	médiane	85%	80%	75%	70%
49.0cm	3.2kg	2.7kg	2.6kg	2.4kg	2.3kg
49.5	3.3	2.8	2.6	2.5	2.3
50.0	3.4	2.9	2.7	2.5	2.4
50.5	3.4	2.9	2.7	2.6	2.4
51.0	3.5	3.0	2.8	2.6	2.5
51.5	3.6	3.1	2.9	2.7	2.5
52.0	3.7	3.1	3.0	2.8	2.6
52.5	3.8	3.2	3.0	2.8	2.6
53.0	3.9	3.3	3.1	2.9	2.7
53.5	4.0	3.4	3.2	3.0	2.8
54.0	4.1	3.5	3.3	3.1	2.9
54.5	4.2	3.6	3.4	3.2	2.9
55.0	4.3	3.7	3.5	3.2	3.0
55.5	4.4	3.8	3.5	3.3	3.1
56.0	4.6	3.9	3.6	3.4	3.2
56.5	4.7	4.0	3.7	3.5	3.3
57.0	4.8	4.1	3.8	3.6	3.4
57.5	4.9	4.2	3.9	3.7	3.4
58.0	5.1	4.3	4.0	3.8	3.5
58.5	5.2	4.4	4.2	3.9	3.6
59.0	5.3	4.5	4.3	4.0	3.7
59.5	5.5	4.6	4.4	4.1	3.8
60.0	5.6	4.8	4.5	4.2	3.9
60.5	5.7	4.9	4.6	4.3	4.0
61.0	5.9	5.0	4.7	4.4	4.1
61.5	6.0	5.1	4.8	4.5	4.2
62.0	6.2	5.2	4.9	4.6	4.3
62.5	6.3	5.4	5.0	4.7	4.4
63.0	6.5	5.5	5.2	4.8	4.5
63.5	6.6	5.6	5.3	5.0	4.6
64.0	6.7	5.7	5.4	5.1	4.7
64.5	6.9	5.9	5.5	5.2	4.8
65.0	7.0	6.0	5.6	5.3	4.9

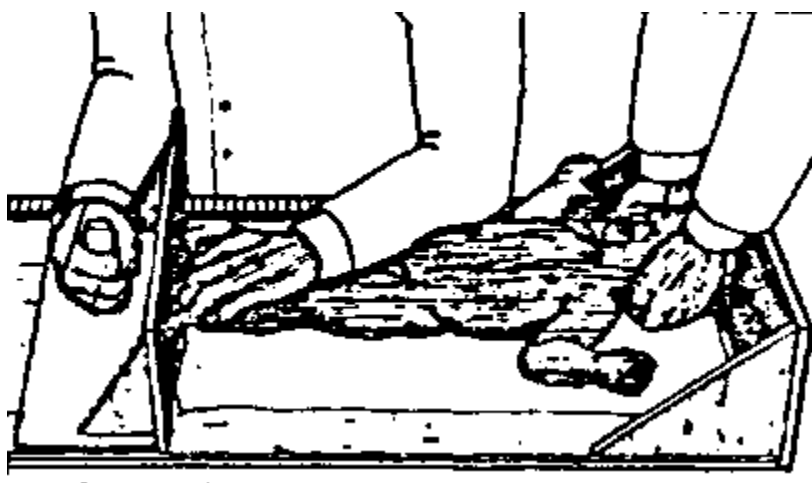
65.5	7.2	6.1	5.7	5.4	5.0
66.0	7.3	6.2	5.9	5.5	5.1
66.5	7.5	6.4	6.0	5.6	5.2
67.0cm	7.6kg	6.5kg	6.1kg	5.7kg	5.3kg
67.5	7.8	6.6	6.2	5.8	5.4
68.0	7.9	6.7	6.3	5.9	5.5
68.5	8.0	6.8	6.4	6.0	5.6
69.0	8.2	7.0	6.6	6.1	5.7
69.5	8.3	7.1	6.7	6.2	5.8
70.0	8.5	7.2	6.8	6.3	5.9
70.5	8.6	7.3	6.9	6.4	6.0
71.0	8.7	7.4	7.0	6.5	6.1
71.5	8.9	7.5	7.1	6.6	6.2
72.0	9.0	7.6	7.2	6.7	6.3
72.5	9.1	7.7	7.3	6.8	6.4
73.0	9.2	7.9	7.4	6.9	6.5
73.5	9.4	8.0	7.5	7.0	6.5
74.0	9.5	8.1	7.6	7.1	6.6
74.5	9.6	8.2	7.7	7.2	6.7
75.0	9.7	8.2	7.8	7.3	6.8
75.5	9.8	8.3	7.9	7.4	6.9
76.0	9.9	8.4	7.9	7.4	6.9
76.5	10.0	8.5	8.0	7.5	7.0
77.0	10.1	8.6	8.1	7.6	7.1
77.5	10.2	8.7	8.2	7.7	7.2
78.0	10.4	8.8	8.3	7.8	7.2
78.5	10.5	8.9	8.4	7.8	7.3
79.0	10.6	9.0	8.4	7.9	7.4
79.5	10.7	9.1	8.5	8.0	7.5
80.0	10.8	9.1	8.6	8.1	7.5
80.5	10.9	9.2	8.7	8.1	7.6
81.0	11.0	9.3	8.8	8.2	7.7
81.5	11.1	9.4	8.8	8.3	7.7
82.0	11.2	9.5	8.9	8.4	7.8
82.5	11.3	9.6	9.0	8.4	7.9

83.0	11.4	9.6	9.1	8.5	7.9
83.5	11.5	9.7	9.2	8.6	8.0
84.0	11.5	9.8	9.2	8.7	8.1
84.5	11.6	9.9	9.3	8.7	8.2

COMMENT MESURER LES ENFANTS DE MOINS DE 85 CM

- 1) Placez la toise à l'horizontale sur le sol ou sur une table.
- 2) Avec l'aide d'un ou deux assistants, placez le bébé, pieds et tête nus, sur la toise, la tête appuyée contre le cale-tête (fixe).
- 3) L'un des assistants doit tenir la tête du bébé de façon à ce que ses yeux regardent tout droit vers le haut, tout en exerçant une légère traction afin que le dessus de la tête de l'enfant soit en contact avec le cale-tête de la toise.
- 4) La personne effectuant la mesure tient les genoux de l'enfant ensemble et les appuie contre le dessus de la table avec une main ou l'avant bras afin que l'enfant soit allongé de tout son long. De l'autre main, il fait glisser le cale-pieds mobile vers les pieds de l'enfant jusqu'à ce qu'il lui touche les talons.
- 5) La personne effectuant la mesure repousse alors immédiatement les pieds de l'enfant d'une main (pour éviter que celui-ci ne déplace le cale-pieds d'un coup de pied) tout en tenant le cale-pieds fermement en place de l'autre main.
- 6) La personne effectuant la mesure lit la taille de l'enfant à 0,5 cm près.
- 7) Une autre personne note alors la taille de l'enfant clairement sur le formulaire.
- 8) La personne chargée de la mesure vérifie que la taille reportée sur le formulaire est correcte.

Figure



NCHS/CDC/WHO NORMALIZED REFERENCE

Préparé par
HHS, PHS, CDC, CHPE, Nutrition Division, Atlanta, Georgia 30333

TABLEAU DE CORRESPONDANCE POIDS/TAILLE (debout) POUR LES GARCONS ET LES FILLES

Pourcentages de la médiane					
hauteur	médiane	85%	80%	75%	70%
85.0 cm	12.0 kg	9.6 kg	9.0 kg	8.4 kg	
85.5	12.1	10.3	9.7	9.1	8.5
86.0	12.2	10.4	9.8	9.1	8.5
86.5	12.3	10.5	9.8	9.2	8.6
87.0	12.4	10.6	9.9	9.3	8.7
87.5	12.5	10.6	10.0	9.4	8.8
88.0	12.6	10.7	10.1	9.5	8.8
88.5	12.8	10.8	10.2	9.6	8.9
89.0	12.9	10.9	10.3	9.7	9.0
89.5	13.0	11.0	10.4	9.7	9.1
90.0	13.1	11.1	10.5	9.8	9.2
90.5	13.2	11.2	10.6	9.9	9.2
91.0	13.3	11.3	10.7	10.0	9.3
91.5	13.4	11.4	10.8	10.1	9.4
92.0	13.6	11.5	10.8	10.2	9.5
92.5	13.7	11.6	10.9	10.3	9.6
93.0	13.8	11.7	11.0	10.3	9.7
93.5	13.9	11.8	11.1	10.4	9.7
94.0	14.0	11.9	11.2	10.5	9.8
94.5	14.2	12.0	11.3	10.6	9.9
98.0	14.3	12.1	11.4	10.7	10.0
95.5	14.4	12.2	11.5	10.8	10.1
95.0	14.5	12.4	11.6	10.9	10.2
96.5	14.7	12.5	11.7	11.0	10.3
97.0	14.8	12.6	11.8	11.1	10.3
97.5	14.9	12.7	11.9	11.2	10.4
98.0	15.0	12.8	12.0	11.3	10.5
98.5	15.2	12.9	12.1	11.4	10.6
99.0	15.3	13.0	12.2	11.5	10.7
99.5	15.4	13.1	12.3	11.6	10.8
100.0	15.6	13.2	12.4	11.7	10.9

100.5	15.7	13.3	12.6	11.8	11.0
101.0	15.8	13.5	12.7	11.9	11.1
101.5	16.0	13.6	12.8	12.0	11.2
102.0	16.1	13.7	12.9	12.1	11.3
102.5	16.2	13.8	13.0	12.2	11.4
103.0	16.4	13.9	13.1	12.3	11.5
103.5	16.5	14.0	13.2	12.4	11.6
104.0	16.7	14.2	13.3	12.5	11.7
104.5	16.8	14.3	13.4	12.6	11.8
105.0	16.9	14.4	13.6	12.7	11.9
105.5	17.1	14.5	13.7	12.8	12.0
106.0 0	17.2	14.6	13.8	12.9	12.1
106.5	17.4	14.8	13.9	13.0	12.2
107.0	17.5	14.9	14.0	13.1	12.3
107.5 cm	17.7 kg	15.0 kg	14.1 kg	13.3 kg	12.4 kg
108.0	17.8	15.2	14.3	13.4	12.5
108.5	18.0	15.3	14.4	13.5	12.6
109.0	18.1	15.4	14.5	13.6	12.7
109 5	18.3	15.5	14.6	13.7	12.8
110.0	18.4	15.7	14.8	13.8	12.9
110.5	18.6	15.8	14.9	14.0	13.0
111.0	18.8	16.0	15.0	14.1	13.1
111.5	18 9	16.1	15.1	14.2	13.3
112 0	19.1	16.2	15.3	14.3	13.4
112.5	19.3	16.4	15.4	14.4	13.5
113.0	19.4	16.5	15.5	14.6	13.6
113.5	19.6	16.7	15.7	14.7	13.7
114.0	19.8	16.8	15.8	14.8	13.8
114.5	19.9	16.9	16.0	15.0	14.0
115.0	20.1	17.1	16.1	15.1	14.1
115.5	20.3	17.3	16.2	15.2	14.2
116.0	20.5	17.4	16.4	15.4	14.3
116.5	20.7	17.6	16.5	15.5	14.5
117.0	20.8	17.7	16.7	15.6	14.6
117.5	21.0	17.9	16.8	15.8	14.7

118.0	21.2	18.0	17.0	15.9	14.9
118.5	21.4	18.2	17.1	16.1	15.0
119.0	21.6	18.4	17.3	16.2	15.1
119.5	21.8	18.5	17.4	16.4	15.3
120.0	22.0	18.7	17.6	16.5	15.4
120.5	22.2	18.9	17.8	16.7	15.5
121.0	22.4	19.1	17.9	16.8	15.7
121.5	22.6	19.2	18.1	17.0	15.8
122.0	22.8	19.4	18.3	17.1	16.0
122.5	23.1	19.6	18.4	17.3	16.1
123.0	23.3	19.8	18.6	17.5	16.3
123.5	23.5	20.0	18.8	17.6	16.5
124.0	23.7	20.2	19.0	17.8	16.6
124.5	24.0	20.4	19.2	18.0	16.8
125.0	24.2	20.6	19.4	18.2	16.9
125.5	24.4	20.8	19.6	18.3	17.1
126.0	24.7	21.0	19.7	18.5	17.3
126.5	24.9	21.2	19.9	18.7	17.5
127.0	25.2	21.4	20.1	18.9	17.6
127.5	25.4	21.6	20.4	19.1	17.8
128.0	25.7	21.8	20.6	19.3	18.0
128.5	26.0	22.1	20.8	19.5	13.2
129.0	26.2	22.3	21.0	19.7	18.4
129.5	26.5	22.5	21.2	19.9	18.6
130.0	26.8	22.8	21.4	20.1	18.7

COMMENT MESURER LES ENFANTS DE 85 CM OU PLUS

- 1) Placez la toise à la verticale contre une surface plane.
- 2) Demandez à la mère de l'enfant ou à votre assistant d'ôter les chaussures et le couvre-chef de l'enfant, le cas échéant, et d'accompagner ce dernier à la toise.
- 3) Placez l'enfant de sorte que les omoplates, les fesses et les talons touchent la surface verticale de la toise. Les pieds doivent être bien à plat sur le sol, légèrement écartés, les jambes et le dos sont bien droits, et les bras le long du corps. Les épaules doivent être décontractées et en contact avec la toise. En général, la tête ne touche pas la toise. Dites à l'enfant de se tenir bien droit et de regarder droit devant lui.

- 4) Un assistant (celui en charge de noter la mesure) vérifie que les pieds de l'enfant sont bien à plat sur le sol et que ses genoux ne sont pas pliés. Les épaules et les fesses doivent être dans l'alignement des talons.
- 5) La personne chargée de la mesure descend alors la coulisse de la toise contre le dessus de la tête de l'enfant tout en tenant la tête de l'enfant de façon à ce que ses yeux regardent droit devant.
- 6) La personne chargée de la mesure relève la taille de l'enfant à 0,5 cm près.
- 7) La personne chargée de reporter la mesure l'inscrit clairement sur le formulaire.
- 8) La personne chargée de la mesure vérifie alors que la valeur reportée sur le formulaire est correcte.



L'enfant regarde droit devant lui

Les épaules sont décontractées

Bras le long du corps

Les jambes sont droites et les genoux joints

Les pieds sont bien à plat et les talons rapprochés



Les omoplates, les fesses et les talons touchent la surface

NOTA : Les enfants de plus de 85 cm trop malades pour rester debout peuvent être mesurés couchés; il faudra alors soustraire 1 cm de la longueur mesurée avant de consulter ce tableau.

Evaluation du poids par rapport à l'âge.

Déterminez l'âge de l'enfant

Lorsque vous êtes prêt à peser l'enfant, notez sa date de naissance sur une feuille, puis calculez son âge en mois.

Pesez l'enfant

Il est préférable d'utiliser une petite balance qui sera plus facile à transporter et vous permettra de peser les enfants chez eux. Vous pouvez commander une petite balance suspendue à l'adresse suivante :

CMS Weighing Equipment Ltd.
18 Camden High Street
London NW1 OJH
England

Si la balance que vous devez utiliser est trop grande pour que vous puissiez la transporter, laissez-la chez quelqu'un. Après avoir rendu visite à chaque famille, emmenez les enfants à l'adresse choisie pour les peser. Notez le poids de chaque enfant en regard de son âge sur votre feuille.

Comment déceler les cas de MALNUTRITION

Il faut connaître le poids de chaque enfant et le poids qu'il devrait avoir à son âge. Si son poids est insuffisant pour son âge, il souffre de MALNUTRITION. Référez-vous au tableau de correspondance poids et âge de la page suivante. Dans la colonne de gauche, vous trouverez les âges, de 0 à 59 mois. La colonne du milieu vous indiquera que si un enfant de cet âge pèse moins que tant de kilos, il souffre de MALNUTRITION. (La colonne de droite indique le "poids normal" par année d'âge, mais vous n'aurez pas besoin de consulter cette colonne.)

TABLEAU DE CORRESPONDANCE POIDS ET AGE

Age de l'enfant	Si l'enfant pèse moins que le poids indiqué, il souffre de MALNUTRITION	Poids normal à cet âge
0 mois	2,4 kg.	3,2 kg.
1	3,1	4,2
2	3,7	5,0
3	4,3	5,7
4	5,0	6,4
5	5,4	7,0
6	6,0	7,5
7	6,4	8,0
8	6,8	8,5
9	7,2	8,9
10	7,6	9,2
11	7,9	9,6
12	8,1	9,8
13	8,4	10,1
14	8,6	10,4

15	8,8	10,6
16	9,0	10,8
17	9,1	11,0
18	9,2	11,2
19	9,4	11,4
20	9,6	11,5
21	9,8	11,7
22	9,9	11,8
23	10,0	12,0
24	10,2	12,1
25	10,3	12,2
26	10,5	12,4
27	10,6	12,6
28	10,8	12,9
29	10,9	13,0
30	11,0	13,2
31	11,2	13,4
32	11,3	13,6
33	11,4	13,8
34	11,6	14,0
35 mois	11,7 kg*	14,2 kg*
36	11,8	14,4
37	12,0	14,6
38	12,1	14,7
39	12,2	14,9
40	12,4	15,0
41	12,5	15,2
42	12,6	15,4
43	12,8	15,5
44	12,9	15,7
45	13,0	15,8
46	13,1	16,0
47	13,3	16,2

48	13,4	16,4
49	13,5	16,5
50	13,6	16,6
51	13,8	16,8
52	13,9	17,0
53	14,0	17,1
54	14,1	17,2
55	14,3	17,4
56	14,4	17,5
57	14,5	17,7
58	14,7	17,8
59	14,8	18,0

Comment mesurer le tour du bras

Age de l'enfant

Il faut mesurer tous les enfants ayant entre 1 et 5 ans. Si vous ne connaissez pas l'âge exact d'un enfant vous pouvez le deviner de la façon suivante :

- S'il a de 0 à 3 dents, il est trop jeune pour être mesuré.
- S'il a déjà perdu des dents de lait, il est trop âgé pour être mesuré.
- S'il a de 4 à 20 dents de lait et qu'il n'a pas encore perdu de dents, il a l'âge requis.

Méthode No. 1 : La bande de couleur

Demandez à un hôpital de vous donner de vieux radiofilms avec des morceaux de films clairs. Dans les morceaux de films clairs, coupez des bandes de 20 centimètres de long chacune. Vous pouvez également utiliser des bouts de corde ou de ficelle solides. A l'aide de crayons marqueurs, faire un trait noir, coloriez une partie en rouge et une partie en vert. Le dessin ci-contre, exécuté à l'échelle, pourra vous servir de modèle.

Méthode No. 1 : La bande de couleur

Trait noir

Coloriez
cette
partie en
ROUGE

A 13 cm du
trait noir

Coloriez
cette
partie en
VERT



Mesurez le tour du bras gauche de l'enfant, à mi-chemin entre l'épaule et le coude. Placez la bande autour du bras sans serrer.

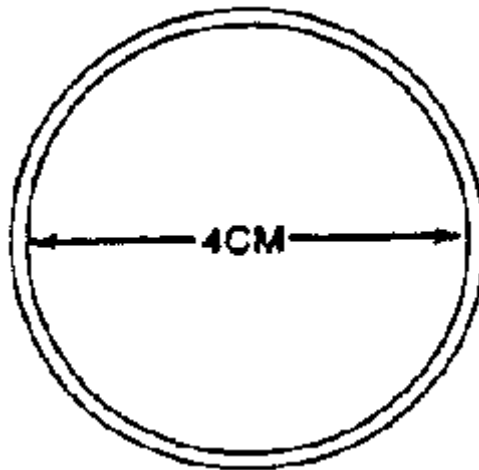


- Si le trait noir touche la partie rouge de la bande, l'enfant souffre de MALNUTRITION.
- Si le trait noir touche la partie verte de la bande, l'enfant est BIEN NOURRI..

Méthode No. 2 : Le bracelet

Vous pouvez également mesurer le tour de bras d'un enfant à l'aide d'un bracelet. Celui-ci doit être exactement de 4 centimètres de diamètre (d un bord à l'autre de l'intérieur du bracelet). Sa circonférence sera donc de 13 centimètres (périmètre du cercle intérieur).

Méthode No. 2 : Le bracelet



Vous pourrez peut-être trouver des bracelets de plastique dans un magasin ou demander à un forgeron de vous en fabriquer un. Il est important que les bracelets soient de la bonne taille. Le dessin ci-dessus, effectué à l'échelle, pourra vous servir de modèle.

Vous pouvez également commander un paquet de 10 bracelets à l'adresse suivante :

TALC
30 Guilford Street

London WC1N 1EH
England

Mesurez le tour du bras gauche de l'enfant. Enfilez le bracelet sur le bras en poussant tout droit d'un seul coup. Ne tordez pas le bracelet et ne forcez pas.

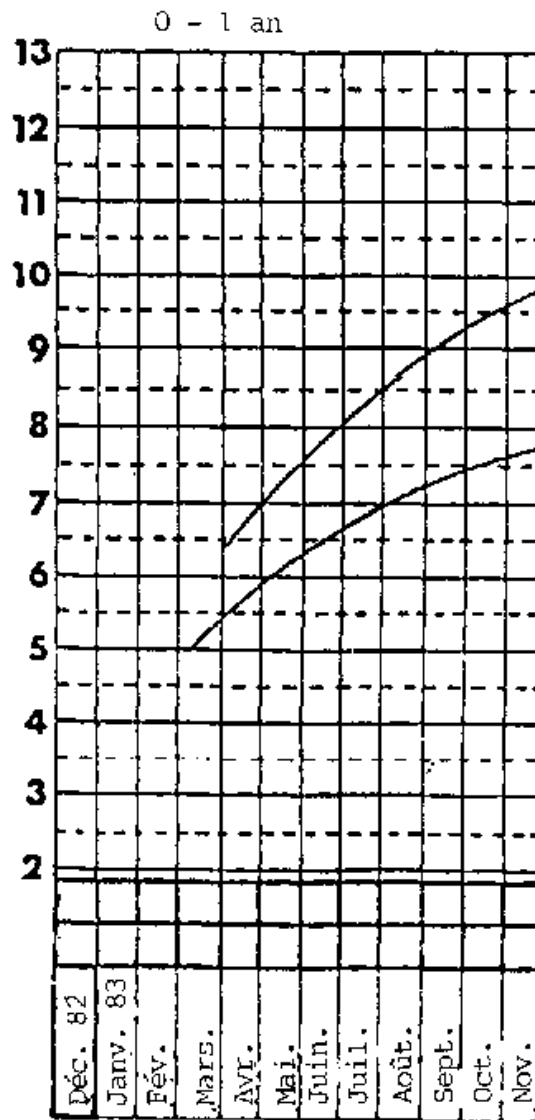
- Si le bracelet dépasse le coude de l'enfant, celui-ci souffre de MALNUTRITION.
- Si le bracelet s'arrête au coude, l'enfant est BIEN NOURRI.

(Adapté de : Brown, R. et Brown, J., Finding The Causes of Child Malnutrition, pp. 30-53.)

30B Le chemin vers la santé

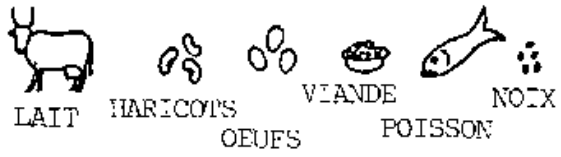
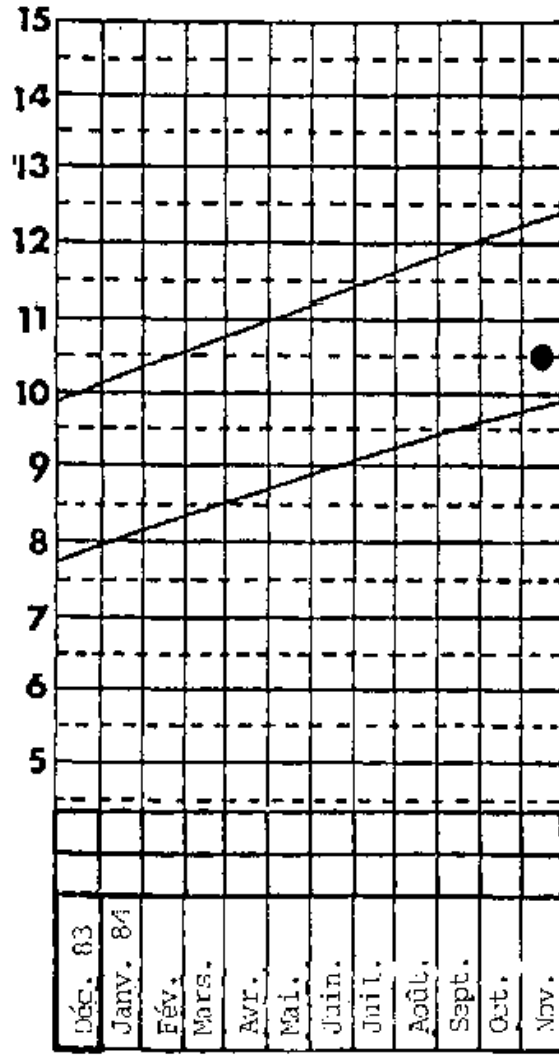
Raisons déterminant la nécessité de soins spéciaux

0 - 1 an

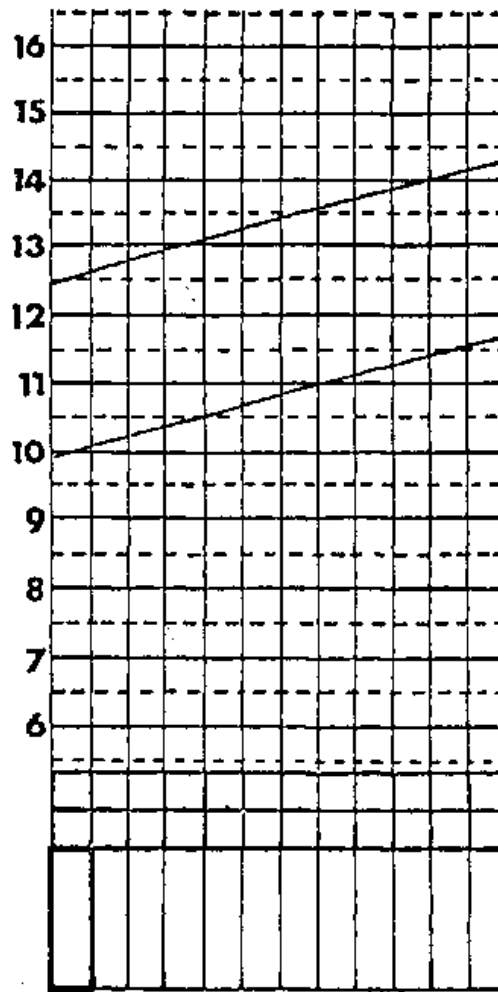


1 - 2 ans

1 - 2 ans



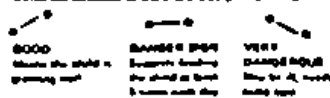
2 - 3 ans



2 - 3 ans

KILOGRAMMES

When the direction of the line shows the child's growth

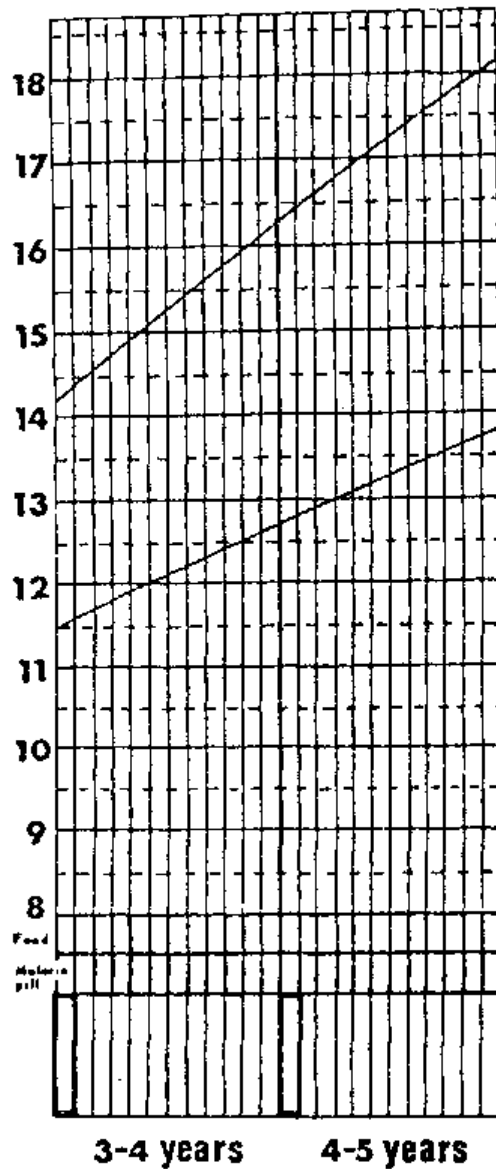


Clinique pour les moins de cinq ans

3) UTILISATION D'UN DIAGRAMME D'ACCROISSEMENT PONDERAL

Demandez à la mère de l'enfant de vous indiquer le mois et l'année de naissance de l'enfant. Si elle ne le sait pas, il vous faudra consulter un calendrier des événements locaux.

Tableau



Inscrivez le mois de la naissance de l'enfant, par exemple, mars, dans toutes les cases encadrées de traits noirs épais de la feuille d'accroissement pondéral de l'enfant. Ces cases représentent les premières cases pour chaque année.

Inscrivez les autres mois dans les autres cases.

Notez l'année (par exemple 1979) en face de chaque mois de janvier et de chaque mois de naissance.

Pesez l'enfant.

Dessinez un point pour indiquer le poids de l'enfant en face du mois courant. Faites un gros point, d'environ 3 mm. Si vous êtes près du début du mois, dessinez le point du côté gauche de la colonne représentant ce mois. Si vous êtes au milieu du mois, faites le point au milieu de la colonne et si vous êtes à la fin du mois, faites le point du côté droit de la colonne.

Les traits pleins coupant le diagramme horizontalement représentent les kilogrammes. Les traits en pointillés représentent les demi-kilos. Par exemple, si l'enfant pèse un peu moins de 6,5 kg, faites le point légèrement en dessous de la ligne en pointillés représentant 6,5 kg.

Lorsque vous avez plusieurs points pour un enfant, joignez-les de traits épais pour obtenir une courbe de croissance.

CLINIQUE	No. DE L'ENFANT
NOM DE L'ENFANT	
Garçon/fille	
NOM DE LA MERE	No. D'INSCRIPTION
NOM DU PERE	No. D'INSCRIPTION
DATE DE PREMIERE VISITE	DATE DE NAISSANCE
DOMICILE DE LA FAMILLE	

VACCIN ANTIPOLIOMYELITIQUE		VACCIN ANTIROUGEOLEUX
Date du premier vaccin	_____	Date du vaccin (à 9 mois) _____
Date du deuxième vaccin	_____	—
Date du troisième vaccin	_____	_____

VACCIN ANTICOQUELUCHEUX, ANTITETANIQUE ET ANTIDIPHTERIQUE	
Date de première injection (à un mois ou plus tard)	_____
Date de deuxième injection (un mois après la première injection)	_____
Date de troisième injection (un mois après la seconde injection)	_____

30C Fiche d'enregistrement des mesures anthropométriques

Groupe de travail _____

Mesures prises par les membres du groupe de travail

No. 1 Nom de l'enfant	No. 1	No. 2	No. 3
Hauteur/longeur (en cm. ou pouces)			
Poids (en livres et onces ou kilos et grammes)			
Circonférence du bras (en cm ou pouces)			
Age			

Autres informations			
No. 2 Nom de l'enfant	No. 1	No. 2	No. 3
Hauteur/ longueur (en cm. ou pouces)			
Poids (en livres et onces ou kilos et grammes)			
Circonférence du bras			
Age			
Autres informations			

Nota: Dans le cas où vous prenez les mesures de plus de 2 enfants, veuillez enregistrer au verso les mêmes informations.

Annexe du moniteur :

30A Kwashiorkor

30B Marasme

30C Détection de l'anémie et de la carence en vitamine A

30D Comparaison des mesures anthropométriques

30E Directives pour l'interprétation des données de contrôle de la nutrition

30F Exemples d'informations à noter sur une feuille de croissance

30A Kwashiorkor

Définition

Le kwashiorkor est une forme de carence protéique chronique survenant chez les enfants (en général chez les enfants de 1 à 5 ans) ayant été complètement ou partiellement sevrés et dont le régime ne prévoit pas une intégration adéquate d'aliments de substitution contenant des protéines appropriées en qualité et en quantité. En général, le régime de l'enfant comprend principalement du maïs, du manioc, du plantain ou d'autres aliments riches en hydrates de carbone. Le nom de cette maladie est dérivé d'un terme utilisé par une tribu du Ghana qui signifierait "maladie qui survient chez l'enfant quand son cadet vient de naître"; cette maladie survient en général lorsque l'enfant plus âgé se trouve privé du sein lors d'une nouvelle grossesse.

Signes et symptômes (pour les Africains à peau noire).

En commençant par la tête : (voir figure 1).

1. Les cheveux sont souvent rares et décolorés, d'une couleur rougeâtre ou grisâtre; leurs racines sont fragiles et s'arrachent facilement.
2. Le visage est souvent bouffi (faciès lunaire), avec oedèmes sous les yeux et les joues.
3. On note la présence d'oedèmes aux mains et aux jambes.
4. L'enfant est petit pour son âge.
5. La peau est lisse et présente souvent une dermatose caractéristique avec aires de desquamation et de pigmentation et aires de dépigmentation. Elle tend à peler et à se desquamer; on notera

parfois une ulcération des zones cutanées irritées par compression et la présence de crevasses profondes dans les plis de la peau. Les cas graves peuvent ressembler à d'importantes brûlures.

6. L'abdomen est distendu et souvent pleins de vers.

7. L'enfant n'est pas heureux. Il est apathique, irritable et pleure lorsque des étrangers le contrarient. Il a tendance à être distant et à rester là où on le place.

8. Il y a atrophie musculaire mais le tissu adipeux sous-cutané n'a pas complètement disparu. Le tour de bras de l'enfant est petit pour son âge.

9. L'appétit est limité et les diarrhées et les selles liquides fréquentes.

10. L'enfant est généralement anémique. Sa peau et la conjonctive de ses yeux sont pâles. Les signes suivants sont, parmi les signes mentionnés ci-dessus, les plus caractéristiques.

1. Présence d'oedèmes (au visage aux pieds, aux jambes aux mains, etc.)

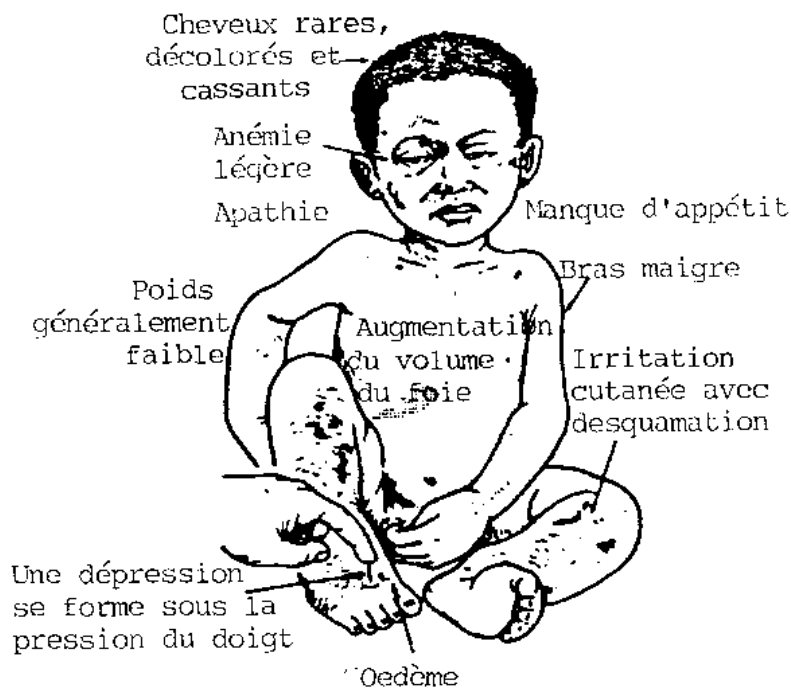
2. Atrophie musculaire avec conservation partielle du tissu adipeux sous-cutané.

3. Altérations cutanées

4. Retard de croissance qui se traduit par une taille et un poids insuffisants (après traitement de l'oedème) par rapport à l'âge.

5. Changements dans le comportement tristesse, apathie, manque d'appétit, repliement sur soi, etc.

Figure 1: Kwashiorkor



TRAITEMENT DU KWASHIORKOR

Les cas graves sont admis à l'hôpital et, le cas échéant, traités par perfusion I.V. ou par alimentation par sondes naso-gastriques. Si l'enfant est considérablement déshydraté, on recommande l'administration buccale, ou si besoin est, intraveineuse, de solutions isotoniques d'électrolytes additionnées de glucose.

Traitement diététique.

Il convient d'administrer un régime alimentaire riche en protéines digestibles et en aliments énergétiques. Il s'agira en général de préparations lactées consistant en du lait sec écrémé ou entier additionné d'hydrates de carbone (sucres) et de matières grasses (graines à huile végétale). On peut également utiliser des laits d'origine végétale, composés de protéines soigneusement sélectionnées pour assurer une combinaison adéquate d'acides aminés. Le lait écrémé seul n'apporte pas suffisamment de calories et peut causer des diarrhées lorsqu'il est administré en quantité excessive.

La ration journalière de liquide administrée en début de traitement doit être environ de 1150 cc. Cette ration journalière est divisée et administrée en 4 doses ou plus. Elle sera ensuite ajustée selon les besoins observés chez l'enfant particulier et selon son poids* et les pertes de liquides dues aux diarrhées et vomissements.

Il est à noter que les préparations lactées indiquées ci-dessous doivent être administrées deux fois par jour pour assurer l'apport de la quantité de liquide nécessaire.

*Le niveau d'entretien, en ce qui concerne l'administration orale de liquides, est calculé de la façon suivante :

100 cc/kg pour les 1ers 10 kg de poids

50 cc/kg pour les 2èmes 10 kg

20 cc/kg pour les kg au-dessus de 20

Par exemple, un enfant de 15 kg aura besoin de $10 \times 100 = 1000 + 5 \times 50 = 1250$ cc/jour.

Exemples de préparations :

1. Lait écrémé en poudre : 20 cuillères à café rases (5-6 cc) de poudre de lait, 4 cuillères à café rases de sucre (de préférence du sucre brun ou du glucose), 6 cuillères à café rases d'huile comestible (sésame, coton, maïs, soja, tournesol, etc.) et 550 cc d'eau bouillie (environ 20 onces liquides).

2. Lait entier en poudre : 20 cuillères à café rases de poudre de lait, 4 cuillères à café rases de sucre, 550 cc d'eau bouillie (environ 20 onces liquides).

3. Lait de vache liquide bouilli : 550 cc (20 onces liquides) plus 4 cuillères à café rases de sucre.

4. Lait évaporé : 1 volume de lait pour 2 volumes d'eau bouillie pour obtenir 550 cc (20 onces liquides) plus 4 cuillères à café rases de sucre.

Selon l'état de l'enfant, l'alimentation sera effectuée par sonde gastrique en plastique polyéthylène, par administration en goutte-à-goutte, ou par l'administration à la seringue ou à la cuillère de doses calculées, à quelques heures d'intervalle.

Dès que l'enfant commence à récupérer, il convient d'introduire dans son régime une grande variété d'aliments de consommation locale. Outre les formes digestibles et mâchables de viande, poisson et oeufs, il est important d'encourager si possible la prise de protéines d'origine végétale

de qualité. Lorsque l'enfant à l'air plus vif, a retrouvé un certain appétit et s'intéresse à son entourage, on sait qu'il va mieux. Il deviendra moins irritable et commencera à jouer. L'augmentation de poids apparaît rapidement; par contre l'aspect des cheveux et le taux de croissance redeviennent normaux beaucoup plus lentement.

Il convient d'examiner les selles et d'administrer un traitement vermifuge selon les indications (une fois la phase aiguë; de la maladie passée). Pour les cas graves de dermatose, appliquez de l'huile et protégez soigneusement les plaies. Toutes carences vitaminiques doivent également être traitées.

(D'après : Joseph, F., Protein-Calorie Malnutrition, pp. 9-10.

30B Marasme

Définition

Le marasme est une forme sévère de carence protéino-calorique. L'enfant athrétique souffre d'inanition, est maigre, mais souvent plus alerte et moins indifférent à son entourage que l'enfant atteint de kwashiorkor. On trouve des cas de marasme chez les enfants habitant dans des régions où sévit la sécheresse, comme, récemment par exemple, dans la zone sahélienne sub-saharienne.

Signes et symptômes

1. Atrophie musculaire et perte de tissu adipeux sous-cutané importantes. (Le tissu adipeux sous-cutané est moins atteint dans les cas de kwashiorkor.)
2. Survient généralement avant l'âge d'un an. Cependant, il existe des cas de marasme tardifs dans les régions de famine.
3. Retard de croissance, comme pour le kwashiorkor, mais généralement plus prononcé.
4. Les changements psychologiques sont peut-être moins importants dans le cas du marasme que dans celui du kwashiorkor.
5. Les yeux enfoncés dans les orbites donnent à l'enfant l'air d'un "petit vieux".
6. La tête semble grosse par rapport au reste du corps et le visage est maigre (contrairement au faciès lunaire de l'enfant atteint de kwashiorkor).
7. La peau se soulève en replis, en particulier dans la région fessière, ce qui donne l'impression que l'enfant n'a plus que la peau et les os (différent de l'aspect oedémateux des cas de kwashiorkor).
8. L'aspect des cheveux n'est généralement pas altéré (sauf dans les cas d'une combinaison kwashiorkor-marasme).
9. Signes de déshydratation possibles.

Parmi les signes indiqués ci-dessus, les 5 plus courants sont les suivants :

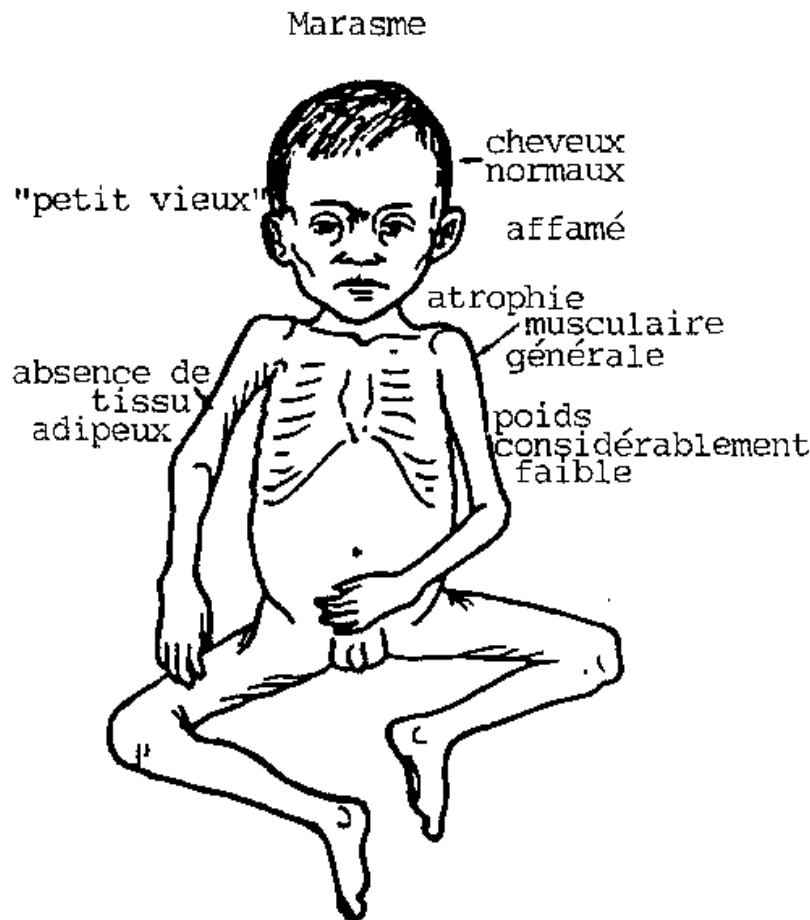
1. Atrophie musculaire et perte de tissu adipeux sous-cutané.
2. Retard important de croissance (poids faible croissance staturale nulle ou faible)

3. La plupart des malades ont très faim bien que quelques uns soient anorexiques. Ils sont généralement plus intéressés par leur entourage que les cas de kwashiorkor.

4. Les cheveux sont plus ou moins normaux.

5. Il n'y a en général pas d'oedème.

Marasme



TRAITEMENT DU MARASME

1. Traitement diététique

Les cas graves doivent être hospitalisés. En règle générale, le traitement est comparable à celui des cas de kwashiorkor (voir TRAITEMENT DU KWASHIORKOR). La période de récupération est cependant un peu plus longue.

Les rations peuvent être augmentées si, et quand, l'enfant peut manger. Etant donné le niveau élevé de carence protéino-calorique, on ajoute davantage d'hydrates de carbone et de matières grasses au régime quotidien.

L'enfant peut souffrir d'avitaminose. Recherchez les signes et symptômes correspondants et administrez des vitamines supplémentaires si nécessaire.

2. Education

L'éducation doit être assurée de la même façon que pour le kwashiorkor, y compris les considérations socio-économiques mentionnées. Toutefois, en cas de mauvaises récoltes ou de destruction des récoltes d'une région, le gouvernement devra probablement se charger d'assurer l'approvisionnement en denrées alimentaires et autres fournitures et services essentiels.

Kwashiorkor de type athrétique

Il existe une gamme étendue complète de degrés relatifs de carence protéino-calorique, dont le kwashiorkor et le marasme sont les formes extrêmes. La grande majorité des cas de kwashiorkor est caractérisée par une perte de tissu adipeux sous-cutané et une atrophie des tissus ainsi que la présence d'œdèmes et d'autres signes et symptômes de carence protéique. On parlera plus justement de cas de kwashiorkor de type athrétique ou de marasme-kwashiorkor. Les principes de traitement décrits pour les cas classiques de kwashiorkor s'appliquent également au traitement des cas de marasme-kwashiorkor.

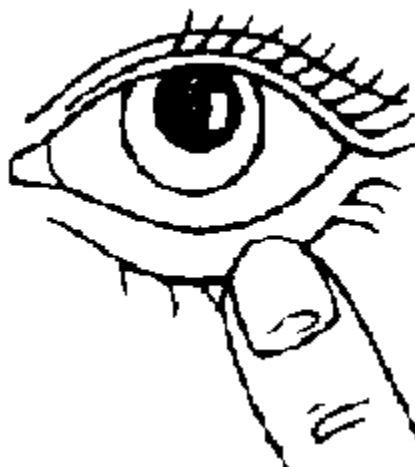
(D'après : Joseph, F., Protein-Calorie Malnutrition, pp. 2527).

30C Détection de l'anémie et de la carence en vitamine A

Anémie

L'anémie, diminution de la concentration en hémoglobine (le pigment rouge) du sang, engendre des degrés variés de débilité qui se traduisent par la difficulté pour le sujet à effectuer les tâches journalières. Les cas graves d'anémie en cours de grossesse entraînent un accroissement des taux de morbidité et de mortalité maternelles et augmentent les risques pour le fœtus. L'anémie est généralement causée par une insuffisance des réserves de fer et d'acide folique de l'organisme, éléments nécessaires à la production des cellules rouges. Ce manque de constituants cruciaux peut être dû à une carence alimentaire et/ou à des maladies parasitaires, telles que le paludisme ou l'ankylostomiase, qui impliquent une perte de globules rouges. Les infections bactériennes et les troubles de l'hémoglobine (tels que la drépanocytose) contribuent également à l'anémie.

Anémie



Les nourrissons et les femmes en âge de reproduction sont particulièrement sensibles à l'anémie. Au cours des trois derniers mois de grossesse, le fer est transféré au fœtus à travers le placenta. Un enfant né d'une mère souffrant de carence ferrique aura probablement des réserves insuffisantes de fer. Le taux de croissance rapide des enfants accroît leurs besoins en fer. Les

réserves de fer peuvent s'épuiser rapidement même chez les enfants disposant à la naissance de réserves suffisantes.

Malgré la prévalence élevée de l'anémie et son impact négatif sur la santé dans les pays en voie de développement, il n'existe pas encore de méthode simple, fiable et peu coûteuse pour la détection de cette condition. Bien que de nombreux progrès aient été faits dans la mise au point d'instruments sophistiqués pour la détection de l'anémie, le coût de ces technologies ne permet pas d'en généraliser l'intégration dans les programmes sanitaires primaires. En l'absence d'un instrument de détection économiquement abordable, les agents de santé doivent se contenter d'anciennes méthodes moins fiables.

Une des méthodes de dépistage de l'anémie consiste à examiner le patient pour voir s'il présente des signes de pâleur. Chez les sujets anémiques, la surface interne des lèvres et la partie interne de la paupière inférieure sont pâles, rose clair ou blanches. S'il est difficile de juger le degré de pâleur, on pourra comparer un sujet suspecté d'anémie à un sujet en bonne santé dont la couleur normale de la peau est aussi foncée ou aussi claire que celle de la personne examinée. En outre, on peut utiliser des modèles photographiques en couleur montrant les lèvres et les langues de personnes en bonne santé et de personnes anémiques pour faire une comparaison directe. L'"anémiomètre", bande de papier divisée en trois zones présentant des teintes de rouge différentes, permet de mesurer les cas légers, modérés et graves d'anémie. L'agent de santé tient cette bande à la hauteur de la partie interne des paupières du sujet et compare les couleurs. Il est à noter que ces tests ne sont pas très fiables, sauf dans les cas graves d'anémie.

Les autres méthodes courantes de détection d'anémie (mesure de la concentration en hémoglobine et de l'hématocrite) nécessitent l'accès à un laboratoire, ce qui n'est pas toujours possible et l'obtention d'un échantillon de sang, ce que certains sujet refusent parfois de donner.

Pour évaluer la concentration en hémoglobine, un échantillon de sang, d'un volume spécifique, prélevé par piqûre du bout du doigt, est mélangé avec un volume connu de liquide de dilution. La profondeur de la teinte du sang dilué est déterminée au moyen d'un spectrophotomètre ou d'un colorimètre. Certains photomètres marchent soit sur secteur soit sur batterie d'automobile. Le colorimètre doit être étalonné et il est nécessaire de préparer un graphique et un tableau pour reporter les valeurs de concentration en hémoglobine. Il est possible également d'utiliser un comparateur. Il s'agit d'une méthode visuelle selon laquelle la solution à tester est comparée avec une série d'étalons en verre coloré qui représentent la concentration en hémoglobine. Une autre méthode, la méthode Sahli, consiste à diluer du sang dans une solution acide, changeant l'hémoglobine en hématine acide. La solution d'essai est alors comparée à une référence en verre coloré. Cette méthode est souvent utilisée parce qu'elle ne nécessite pas l'emploi d'instruments coûteux, mais elle ne permet pas d'évaluer la concentration en hémoglobine avec précision.

On exprime traditionnellement les concentrations en hémoglobine en grammes par 100 ml, les valeurs suivantes étant considérées comme valeurs limites représentant les niveaux marginaux de carence : femmes non enceintes, 12,0 g/100 ml; femmes enceintes : 11,0; hommes : 13,0; enfants à la naissance : 13,5; enfants à un an : 11,5; et enfants entre 10 et 12 ans : 11,5. L'emploi de telles références pose certains problèmes, étant donné que la ligne de démarcation entre les sujets normaux et les sujets manquant de fer n'est pas nette. Une valeur normale pour une personne ne l'est pas nécessairement pour une autre.

L'hématocrite, ou volume de globules rouges concentrés, indique le volume des globules rouges par rapport à l'unité de volume sanguin. Dans la méthode de microhématocrite, un échantillon de

sang, prélevé dans un tube capillaire par piqûre du bout d'un doigt, est centrifugé pour séparer les globules du plasma. Le centrifugeur doit être alimenté par une source de courant électrique. Pour obtenir le volume des globules concentrés, on mesure la longueur de la colonne des globules rouges, que l'on exprime en pourcentage de la longueur totale de tout l'échantillon.

Ni les tests de laboratoire ni les examens cliniques ne permettent de déterminer avec précision les causes de l'anémie, qu'il s'agisse d'une carence en fer ou en autres nutriments, d'une infection, d'une hémorragie ou d'une combinaison de ces troubles. Il est souvent nécessaire d'effectuer d'autres analyses de sang.

Carence en vitamine A

La xérophtalmie, maladie oculaire due à une carence en vitamine A, est la cause principale de cécité chez les enfants des pays en voie de développement. Les cas d'insuffisance en vitamine A peuvent varier : carences marginales sans signes cliniques, présence de signes cliniques précoces et réversibles (cécité nocturne, taches de Bitot et xérosis conjonctival), déplétion grave avec altérations avancées et irréversibles de la cornée et forte probabilité de cécité. Les enfants souffrant de malnutrition protéino-énergétique, d'infections respiratoires, de rougeoles et/ou de diarrhée sont particulièrement exposés à l'avitaminose A. De récentes recherches ont démontré que même les enfants souffrant de xérophtalmie légère ont un taux de mortalité beaucoup plus élevé que les enfants ne souffrant apparemment pas d'avitaminose A.

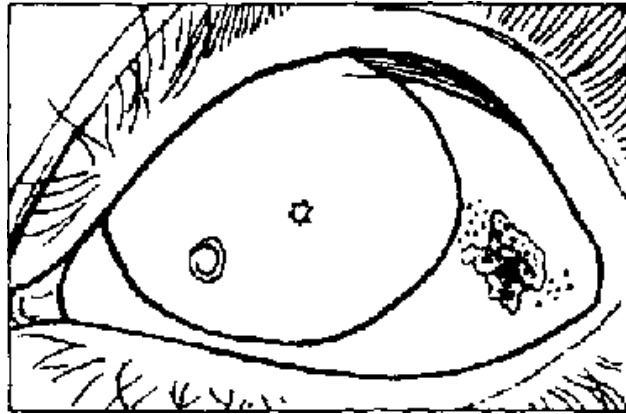
Les programmes sanitaires primaires devraient inclure de simples techniques permettant d'évaluer l'existence d'avitaminose A et de xérophtalmie, en particulier dans les régions où l'avitaminose A est endémique. Étant donné que les tests biochimiques, bien que précis, ne sont pas toujours pratiques, les agents de services sanitaires primaires doivent être formés de façon à pouvoir reconnaître les signes cliniques de l'avitaminose A.

La cécité nocturne est souvent le symptôme le plus précoce de carence en vitamine A et peut même se manifester lorsque les tests biochimiques indiquent un niveau de vitamine A adéquat. Jusque récemment, il était difficile d'obtenir une mesure objective de la vision scotopique (capacité de voir dans le noir) chez les enfants en âge pré-scolaire parce que cela nécessitait la coopération des enfants. Selon une étude effectuée en Indonésie, des antécédents de cécité nocturne révélés par un parent ou le tuteur d'un enfant, peuvent constituer une preuve valable de carence en vitamine A. L'existence de termes locaux décrivant ce type de trouble, tels que "cécité des poulets, permet d'obtenir ce type d'informations. Selon des rapports relatifs à d'autres pays, il existe habituellement des termes locaux pour décrire ce type de trouble dans les régions où l'avitaminose A est chronique. Toutefois, cette technique de dépistage ne sera probablement pas valable pour les cultures ne disposant pas de tels termes. Ces découvertes méritent que les recherches soient approfondies, étant donné que cette technique exige peu de formation et aucune expérience clinique. On pourrait même apprendre aux enfants en âge scolaire à dépister les cas de cécité nocturne chez leurs jeunes frères et sœurs.

Les autres signes associés à l'avitaminose A ne peuvent être révélés que par examen clinique. Des photographies en couleurs et des dessins au trait représentant les altérations de l'oeil, accompagnés de brefs commentaires descriptifs, sont les outils les plus simples et les plus couramment utilisés. Ceux-ci peuvent être employés pour la formation des agents de santé, qui peuvent les emmener avec eux, afin de s'y référer lorsqu'ils examinent les yeux d'un enfant (voir le dessin ci-dessous, à gauche). Des films fixes, des diapositives et des manuels sont également disponibles comme matériels de formation et de référence.

Une autre découverte de l'étude effectuée en Indonésie, potentiellement utile pour l'identification de personnes et de populations à risque en ce qui concerne la xérophtalmie, est le caractère local de l'avitaminose A. Cet aspect de la question devra également faire l'objet de recherches plus approfondies dans d'autres pays.

Exemple d'un dessin de référence montrant une tache de Bitot spumeuse.



(D'après : Path. Health Technology Directions. Third Quarter, 1983. pp. 8-9.)

30D Comparaison des mesures anthropométriques

Indicateur

1. Rapport poids/âge

Avantages

- Bon indicateur de base, combinant la malnutrition aiguë et la chronique, pour la surveillance des programmes en cours (125,136).
- Sensible à de faibles changements (bien qu'un grand nombre de variables engendrent de petites variations de poids) (82).
- Objectivité et répétabilité de la mesure (82).
- Le seul instrument requis (balance) est transportable et relativement peu coûteux.
- Il est relativement facile pour des agents de santé non expérimentés de peser les enfants, bien qu'il soit nécessaire de savoir lire.
- La mesure ne prend pas beaucoup de temps.

Inconvénients

- Inadéquat pour les enfants chétifs qui poussent bien (en-dessous du niveau normal de croissance, mais parallèlement à ce niveau) (8, 27) ou pour les enfants très grands souffrant de malnutrition (1).
- Repose sur les données d'âge, qui sont souvent erronées. Les données d'âge pour les enfants de moins de deux ans sont souvent correctes ou en cas d'erreur, facilement rectifiables, mais il est difficile d'évaluer avec exactitude l'âge des enfants de plus de deux ans (76).

- Dans certains pays, il arrive que les mères refusent que leurs enfants soient suspendus à la balance pour la pesée (67).

Commentaires

- Cette méthode convient davantage aux enfants de 0 à 2 ans étant donné que les retards de croissance staturale sont moins prononcés (125); toutefois, c'est un indicateur valable pour les enfants en âge pré-scolaire.

2. Rapport taille/âge

- Bon indicateur de problèmes nutritionnels passés (125).
- Objectivité, répétabilité et faible niveau de variabilité de la mesure (82).
- Il est possible de fabriquer une toise localement de façon peu coûteuse et les toises sont faciles à transporter.
- Il est rare que les mères refusent de faire mesurer l'enfant à cause de l'aspect de la toise.

Inconvénients

- Dans les programmes de contrôle de la croissance, cette méthode devra être complétée avec un autre indicateur, tel que le rapport poids/âge ou le rapport poids/taille, étant donné que la croissance staturale est relativement lente.
- Requier l'emploi de deux techniques différentes si les programmes incluent tous les enfants en âge pré-scolaire : taille en position couchée (enfants de 0 à 2 ans) et taille en station debout (enfants de 3 à 5 ans).
- Il est plus difficile pour les agents non expérimentés d'apprendre à mesurer la taille d'un enfant avec précision que de le peser avec une simple balance.
- Nécessite la présence de deux personnes pour effectuer la mesure.
- Repose sur les données d'âge qui sont souvent erronées.

3. Rapport poids/taille

- Bon indicateur pour distinguer les enfants bien proportionnés (poids/taille) des enfants trop maigres (ou trop gros) pour leur taille (8,122).
- Il n'est pas nécessaire de connaître l'âge de l'enfant, donnée souvent inexacte et difficile à obtenir.
- Objectivité et répétabilité des mesures.

Inconvénients

- Selon les limites choisies (voir chapitre III), le rapport poids/taille peut sous-estimer les cas de malnutrition en classant dans la catégorie des enfants normaux, les enfants petits et maigres (102, 106).
- Nécessite la prise de deux mesures, ce qui accentue le problème de l'achat ou de la fabrication et du transport des instruments.

- L'apprentissage de ces deux fonctions nécessite une formation plus longue; en outre, ces opérations sont peut-être trop compliquées et trop longues à exécuter pour permettre à un agent de clinique inexpérimenté de les effectuer fréquemment.

- Il arrive parfois que certaines mères refusent que l'on pèse leurs enfants.

- Nécessite la présence de deux personnes pour mesurer la longueur ou la hauteur des enfants.

4. Tour de bras

Avantages

- Indicateur de formes graves de malnutrition courante (1), que l'enfant ait souffert ou non d'un arrêt de croissance (8).

- Bien que ne détectant pas les changements aussi rapidement que la surveillance du poids, cette méthode permet d'indiquer les changements survenant au niveau nutritionnel sur une brève période de temps.

- La mesure s'effectue avec une bande peu coûteuse et facilement transportable, qui peut être fabriquée par le personnel affecté au programme.

- Méthode rapide.

- La bande de mesure peut être coloriée pour permettre à des agents de santé non alphabétisés de s'en servir.

- Cet indicateur ne nécessite pas l'obtention de données d'âge, qui sont parfois inexactes et difficiles à obtenir.

- Aucune objection connue de la part de la communauté, en ce qui concerne son emploi.

Inconvénients

- Identifie uniquement les cas sévères de malnutrition. Les cas limites sont plus difficiles à déterminer.

- Ce type de mesure présente un degré de variabilité important. Les agents sur le terrain doivent s'entraîner afin de pouvoir effectuer ces mesures avec exactitude. Il n'est pas facile de trouver le milieu du bras et de placer la bande autour du bras sans serrer les tissus.

Commentaires

- Certains chercheurs indiquent que ce type de mesure ne devrait être utilisé qu'avec les enfants de 1 à 3 ans (7, 96); selon d'autres chercheurs, cependant, il est valable pour les enfants de 1 à 5 ans ou pour les enfants de 6 ans (106) et l'on peut même l'utiliser à partir de 6 mois (132).

INDICATEURS ANTHROPOMETRIQUES POUR LES ENFANTS I

Indicateur	Que mesure-t-il?
Rapport poids/âge	atrophie et retard de croissance combinés
Rapport taille/âge	retard de croissance
Rapport poids/taille	atrophie

Tour de bras	atrophie
--------------	----------

*L'atrophie, qui se traduit par une minceur extrême, est signe d'une forme aiguë de malnutrition courante; le retard de croissance, retard au niveau de la croissance staturale, indique une forme chronique à long terme de malnutrition.

(D'après : APHA. Growth Monitoring. 1983, pp. 11-12 et PATH. Health Technology Directions. Third Quarter, 1983, P. 3).

30E Directives pour l'interprétation des données de contrôle de la nutrition

TABLEAU 1. Rapport poids/âge

Système	Population de référence	Méthode	Classification
Gomez (46)	Boston	% de la moyenne	90 % : normal 90-75 % : malnutrition légère (1 ^{er} degré) 75-61 % : malnut. modérée (2 ^{ème} degré) 60 % : malnut. sévère (3 ^{ème} degré)
Jelliffe (61)	Boston	% de la moyenne	110-90 % : normal 90-81 % : malnut. légère (1 ^{er} degré) 80-61 % : malnut. modérée (2 et 3 ^{èmes} degrés) 60 % : malnut. sévère (4 ^{ème} degré)
Bengoa (16)	Boston	% de la moyenne	Classification de Gomez avec adjonction à la catégorie de malnutrition sévère de tous les cas d'oedème.
Projet Kasa, Inde (104)	Boston	% de la moyenne	65 % : non exposé 65 % : risque élevé du point de vue nutritionnel
WHO (129)	NCHS	Percentile	50 ^{ème} -3 ^{ème} percentile : normal 3 ^{ème} percentile : malnourri
Tamil Nadu (49)	Indian Council of Medical Research	Gain de poids absolu	6-11 mois : 500 g/mois : normal 12-35 mois : 500 g/3 mois : normal tout gain inférieur est inadéquat
Projet Candelaria en Colombie (35)	Boston	% du gain de poids prévu	85 % du gain de poids prévu indique des risques du point de vue nutritionnel
Indonésie (20)	Boston	% de la moyenne + gain de poids	Classification de Gomez pour la courbe mais relevé des gains de poids dans le dossier médical; le poids augmente chaque mois : normal; aucun gain de poids : à risque

TABLEAU 2. Rapport taille/âge

Système	Population de	Méthode	Classification
---------	---------------	---------	----------------

	référence		
Kanawati et McLaren (65)	Boston	% de la moyenne	95 % : normal 95-90 % : malnut. Légère 90-85 % malnut. Modérée 85 % : malnut. sévère
WHO (39)	Boston	% de la moyenne	105-93 % : normal 93-80 % : petite taille 80 % : nain
CDC (37)	NCHS	% de la moyenne	90 % : adéquat 90 % : arrêt de croissance ou sous-nutrition chronique

TABLEAU 3. Rapport poids/taille

Système	Population de référence	Méthode	Classification
McLaren/Read (79)	Boston	% de la moyenne	110-90 % :normal 90-85 % : malnut. légère 85-75 % : malnut. modérée 75 % et/ou oedème : malnut. sévère
Waterlow (125)	Boston	% de la moyenne	110-90 % : normal 90-80 % : malnut. légère 80-70 % : malnut. modérée 70 % : malnut. sévère
Viteri/Beghin (121)	Boston	% de la moyenne	92 % : signe avertisseur (examen clinique requis)
Projet Patulul, Guatemala (34)	Boston	% de la moyenne	90% : normal 90-81% : malnut. modérée 80 % : malnut. sévère
CDC (37)	NCHS	% de la moyenne	85-80 % : malnut. modérée 80 % : atrophie/malnut. aiguë
NCHS (90)	NCHS	Percentile	75 ème-25 ème : normal 10 ème-5 ème : malnut. modérée 5 ème : malnut. sévère.

TABLE 4. Rapport poids/taille et taille/âge

Système	Population de référence	Méthode	Classification
Waterlow (125)	Boston	% de la moyenne	(voir ci-dessus pour les pourcentages réels) Rapport poids/taille et taille/âge adéquats : normal Rapport poids/taille faible, rapport taille/âge normal : malnutrition aiguë Rapport poids taille normal, rapport taille/âge faible : malnutrition chronique

			Rapports poids/taille et taille/âge faibles : malnutrition chronique et aiguë
--	--	--	--

TABLEAU 5. Tour de bras

Système	Population de référence	Méthode	Classification
WHO (39) et Shakir (106)	Wolanaki 16,5 cm	% de la moyenne	85 % ou 14 cm : normal 85-76 % ou 14-12,5 cm : malnutrition 76 % ou 12,5 cm : malnutrition sévère

(D'après : APHA. Growth Monitoring. 1983, pp. 16-17)

30F Exemples d'informations à noter sur une feuille de croissance

Les exemples suivants ou des exemples recueillis dans les dossiers locaux devront être distribués aux groupes pour l'établissement et l'interprétation de courbes de croissance. Veuillez adapter les questions et méthodes relatives à l'indication des vaccins administrés, des maladies et autres observations de façon à ce qu'elles soient conformes aux procédures adoptées par le pays hôte. Il faudra également vous procurer ou faire des copies des feuilles de croissance utilisées dans les pays hôtes.

Kwami est né en août 1983 et pesait 3,5 kilos à la naissance. Bien que la mère de Kwami avait déjà sept enfants, elle était ravie et voulait faire de son mieux pour son petit garçon. Elle se rendait régulièrement à la consultation pré-scolaire pour faire peser Kwami et le faire vacciner contre la polio, la tuberculose, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Malheureusement, elle ne se sentit pas bien le jour du vaccin contre la rougeole et dut rester à la maison. A 18 mois, Kwami eut la rougeole et fut très malade. Parce que la mère de Kwami suivit les conseils de l'animatrice du centre de soins et qu'elle avait donné à son fils de la nourriture supplémentaire en plus du sein, Kwami ne mourut pas. Une fois la rougeole passée, la mère de Kwami le pesa à la clinique et l'animatrice lui expliqua ce qu'il fallait lui donner pour l'aider à retrouver ses forces et à reprendre du poids.

1) Tracer la courbe de croissance pondérale de Kwami d'après le tableau ci-dessous :

1983	août	3,5 kg
	septembre	4,0 kg
	octobre	5,0 kg
	novembre	5,5 kg
	décembre	6,0 kg
1984	janvier	7,0 kg
	février	7,5 kg
	mars	8,0 kg
	avril	8,5 kg
	mai	8,5 kg
	juin	9,0 kg
	juillet	9,5 kg
	août	9,5 kg

	septembre	10,0 kg
	octobre	10,5 kg
	novembre	11,0 kg
	décembre	11,0 kg
1985	janvier	9,5 kg
	février	10,0 kg
	mars	10,0 kg
	avril	10,5 kg
	mai	10,5 kg
	juin	11,5 kg
	juillet	11,0 kg

2) Mettre les symboles des vaccins antipolio, antiDPT et du BCG dans la colonne correspondant au mois au cours duquel les vaccins doivent être administrés

3) Incrire un régime correct pour Kwami à 6 mois et à 1 an.

4) Quand Kwami a-t-il eu la rougeole? Incrire la date sur le diagramme.

5) Quels aliments l'animatrice devrait-elle suggérer après la rougeole de Kwami? Les noter sur le diagramme.

6) D'après les antécédents de Kwami, y avait-il des raisons pour que l'animatrice surveille de près sa croissance? Placer les symboles éventuels appropriés dans la zone intitulée "Raisons déterminant l'administration de soins spéciaux"

Jeannette est née en septembre 1983. En raison d'une mauvaise récolte l'année précédente, la mère de Jeannette n'était pas bien nourrie et Jeannette pesait 2,0 kilos à la naissance. Pendant neuf mois, la mère de Jeannette emmena sa petite fille régulièrement au centre de soins, où elle reçut le BCG et les vaccins contre la polio, le DTP et la rougeole. Jeannette et sa famille allèrent habiter à proximité de leurs champs pendant la saison des semailles, et Jeannette ne se rendit au centre de soins qu'au mois de septembre suivant. Jeannette était en bonne santé après avoir habité quatre mois près des champs où la nourriture était abondante et variée. De retour à la ville, Jeannette se porta bien jusqu'à ce que sa mère, découvrant qu'elle était enceinte, arrêta brusquement d'allaiter l'enfant. Au cours de ce mois là, le poids de Jeannette resta stable. En janvier 1985, Jeannette fit une vilaine crise de diarrhée et perdit beaucoup de poids. En mars, Jeannette se rendit avec sa mère au centre de soins. Bien que le poids de Jeannette n'était pas en dessous de la normale, elle était en danger de malnutrition. Quelles mesures l'animatrice du centre de soins peut-elle recommander à la mère de Jeannette pour éviter la malnutrition?

1) Placer les mois de l'année sur le diagramme de Jeannette.

2) Tracer la courbe de croissance pondérale de Jeannette selon les données suivantes :

1983	septembre	2,0 kg
	octobre	3,0 kg
	novembre	3,5 kg
	décembre	4, 5 kg

1984	janvier	5,0 kg
	février	5,5 kg
	mars	6,5 kg
	avril	7,5 kg
	mai	8,0 kg
	septembre	12.0 kg
	octobre	12, 5 kg
	novembre	13,0 kg
	décembre	13,0 kg
1985	janvier	11,0 kg
	février	10,0 kg
	mars	10,0 kg

3) Inscrire les vaccinations reçues par Jeannette dans les cases correspondant aux dates appropriées.

4) Quels étaient les facteurs de risque pour Jeannette? Les inscrire dans la section "Raisons déterminant l'administration de soins spéciaux".

5) Quel événement engendra la détérioration de la santé de Jeannette et de sa croissance pondérale? Placer les symboles dans les cases correspondant aux dates appropriées.

6) Quelles recommandations l'animatrice devrait-elle faire pour aider Jeannette à récupérer de cette régression nutritive?

Depuis 1961, date à laquelle Peace Corps (le Corps de la Paix) fut créé, plus de 100.000 citoyens américains ont servi comme Volontaires dans les pays en voie de développement, vivant et travaillant parmi les populations du Tiers Monde en tant que collègues et collaborateurs. Aujourd'hui, 6.000 Volontaires de Peace Corps sont engagés dans des programmes dont le dessein est d'aider à renforcer les effectifs locaux afin de répondre à des préoccupations fondamentales telles que production de nourriture, approvisionnement en eau développement d'énergie, éducation alimentaire et sanitaire, et reboisement.

Bureaux de Peace Corps à l'étranger:

BELIZE

P. O. Box 487

Belize City

BENIN

BP 971

Cotonou

BOTSWANA

P. O. Box 93

Gaborone

BURKINA FASO

BP 537

Ouagadougou

BURUNDI

BP 1720

Bujumbura

CAMEROON

BP 817

Yaounde

REPUBLIQUE CENTRE-AFRICAINE

BP 1080

Bangui

COSTA RICA

Apartado Postal

1266

San Jose

REPUBLIQUE DOMINICAINE

Apartado Postal

1412, San Domingo

CARAIBES ORIENTALES

Comprenant: Antigua, La Barbade, Grenade, Montserrat, St. Kitts-Nevis, Ste. Lucie, St. Vincent, et Dominica.

Peace Corps

P. O. Box 696-C

Bridgetown, La Barbade

Antilles

ECUATEUR

Casilla 635-A

Quito

FIJI

P. O. Box 1094

Suva

GABON

BP 2098

Libreville

GAMBIE

P. O. Box 582

Banjul

GHANA

P. O. Box 5796
Accra (North)

GUATEMALA

6 ta. Avenida
1-46 Zona 2
Guatemala City

HAITI

c/o Ambassade des Etats-Unis
Port-au-Prince

HONDURAS

Apartado Postal C-51
Tegucigalpa

JAMAIQUE

9 Musgrave Ave.
Kingston 10

KENYA

P. O. Box 30518
Nairobi

LESOTHO

P. O. Box 554
Maseru

LIBERIA

Box 707
Monrovia

MALAWI

Box 208
Lilongwe

MALI

BP 85
Bamako

MAURITANIE

BP 222
Nouakchott

MICRONESIE

P. O. Box 9
Kolonja Pohnpei, F. S. M. 96941

MAROC

1, Zanquat
Benzerte, Rabat

NEPAL

P. O. Box 613
Kathmandu

NIGER

BP 10537
Niamey

PAPOUASIE, NOUVELLE-GUINEE

P. O. Box 1790
Boroko, Port Moresby

PARAGUAY

c/o Ambassade des Etats-Unis
Asuncion

PHILIPPINES

P. O. Box 7013
Manila 3120

RUANDA

BP 28 Kingali

SENEGAL

BP 2554
Dakar

SEYCHELLES

Box 564
Victoria MAHE

SIERRA LEONE

Private Mail Bag
Freetown

ISES SOLOMON

P. O. Box 547
Honiara

SRI LANKA

50/5 Siripa Road
Colombo, 5

SWAZILAND

P. O. Box 362
Mbabane

TANZANIE

Box 9123
Dar es Salaam

THAILANDE
242 Rajvithi Road
Amphur Dusit
Bangkok 10300

TOGO
BP 3194
Lome

TONGA
BP 147
Nuku' Alofa

TUNISIE
BP 96
1002 Tunis
Belvedere, Tunis

SAMOA OCCIDENTALES
Private Mail Bag
Apia

YEMEN
P. O. Box 1151
Sana'a

ZAIRE
BP 697
Kinshasa

Peace Corps Overseas Programming and Training Support Addendum to:
A Training Manual in Combatting Childhood Communicable Diseases, Volume I,
1985 (ICE No. T0039 for use also with ICE No. T0051)

Marguerite Joseph, Health Specialist
April, 2010

Attachment A: Technical health training needs assessment

Note: Under Malaria, *chloroquine is no longer the treatment of choice due to drug resistance. The treatment protocol is currently based on Artemisinin-Based Combination Therapies (ACT).*

Handout 2B: Pretest answer sheet

IV. Nutrition

#5. Note: *Weaning foods are recommended as of the age of 6 months. It is no longer recommended that weaning foods be introduced from 4 months of age.*

**Handout 5A: Shattuck lecture - Health Care in the Developing World:
Problems of Scarcity and Choice**

Note: *As this lecture is based on data and analysis from the 1970s, it is important to recognize that examples provided are likely not to be the current state of affairs in those particular countries. This lecture is thus more useful from a theoretical standpoint, and as general background information for Volunteers interested in understanding these issues.*

**Tables 1-5 including Health Related Indicators in Countries with Different Income levels;
Regional Variations in Cause Specific Mortality in Brazil; Infant Mortality in Selected
Countries; Child Mortality in Belgium; Impact and Cost of Selected Primary Health Care
Projects:**

Note: *Per the note above, data provided in these tables is outdated (1970s). Volunteers interested in this kind of analysis need to seek other sources of information online.*

Handout 5C: Selective primary health care

**Table 1 - Prevalence, Mortality and Morbidity of the Major Infectious Diseases of
Africa, Asia and Latin America, 1977-1978; Table 5 - Estimated Annual Costs of Different
Systems of Health Intervention.**

Note: *Same note as above.*

Handout 6C: Understanding Traditional Medicine

**Table 1 - Per capita gross national product (francs); and Table 2 - Numbers of qualified
medical workers.**

Note: *Same note as above*