

Lutte Contre les Maladies Transmissibles d'Enfance - Prospectus Vol.II

NOTE POUR LES UTILISATEURS INTERNET: Certaines pages contiennent beaucoup d'images.

Peace Corps
INFORMATION COLLECTION & EXCHANGE
TRAINING MANUAL NO. T-52

Peace Corps

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 documents 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

Session 31

Prospectus 31 A

Prospectus 31 C

Prospectus 31 D

Annexe du moniteur 31 A

Annexe du moniteur 31 B

Annexe du moniteur 31 C

Annexe du moniteur 31 D

Session 32

Prospectus 32 A

Annexe du moniteur 32 A

Annexe du moniteur 32 B

Session 33

Prospectus 33 A

Prospectus 33 B

Annexe du moniteur 33 A

Session 35

Prospectus 35 B

Annexe du moniteur 35 A

Session 36

Prospectus 36 A

Annexe du moniteur 36 C

Session 38

Prospectus 38 A

Prospectus 38 B

Annexe du moniteur 38 B

Session 39

Prospectus 39 A

Annexe du moniteur 39 C

Annexe du moniteur 39 D

Session 40

Prospectus 40 A

Prospectus 40 B

Prospectus 40 C

Prospectus 40 D

Annexe du moniteur 40 B

Annexe du moniteur 40 C

Annexe du moniteur 40 D

Annexe du moniteur 40 E

Session 41

Prospectus 41 A

Annexe du moniteur 41 A

Annexe du moniteur 41 B

Annexe du moniteur 41 C

Annexe du moniteur 41 D

Annexe du moniteur 41 F

Annexe du moniteur 41 G

Annexe du moniteur 41 H

Session 42

Prospectus 42 A

Annexe du moniteur 42 A

Session 43

Prospectus 43 A

Annexe du moniteur 43 A

Annexe du moniteur 43 B

Annexe du moniteur 43 C

Annexe du moniteur 43 D

Session 44

Prospectus 44 A

Session 46

Prospectus 46 A

Prospectus 46 B

Annexe du moniteur 46 A

Annexe du moniteur 46 B

Session 47

Prospectus 47 A

Prospectus 47 B

Annexe du moniteur 47 A

Session 48

Prospectus 48 A
Prospectus 48 A
Prospectus 48 C

Session 49

Prospectus 49 A
Prospectus 49 B
Prospectus 49 C
Prospectus 49 D
Prospectus 49 E
Annexe du moniteur 49 A

Session 50

Prospectus 50 A
Prospectus 50 B
Prospectus 50 C
Prospectus 50 D
Prospectus 50 E
Annexe du moniteur 50 A

Session 51

Prospectus 51 A
Prospectus 51 B
Prospectus 51 C
Prospectus 51 D
Prospectus 51 E
Prospectus 51 F
Prospectus 51 G

Session 52

Prospectus 52 A
Prospectus 52 B
Prospectus 52 C
Prospectus 52 D
Annexe du moniteur 52 A

Session 53

Prospectus 53 A
Prospectus 53 B
Prospectus 53 C
Prospectus 53 D
Prospectus 53 E
Prospectus 53 F

Session 54

Prospectus 54 A
Prospectus 54 B

Session 55

Prospectus 55 A

Session 31

Prospectus 31 A

Prospectus 31 C

Prospectus 31 D

Annexe du moniteur 31 A

Annexe du moniteur 31 B

Annexe du moniteur 31 C

Annexe du moniteur 31 D

Prospectus 31 A

PRATIQUES LOCALES D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

Les questions suivantes portent sur les pratiques locales d'allaitement; il est important d'avoir ces renseignements avant de commencer toutes activités promotionnelles ou éducatives.

- Est-ce que la plupart des mères allaitent leurs enfants? Dans la négative, comment les nourrissent-elles?
- Jusqu'à quel âge les enfants sont-ils allaités?
- A quel moment les mères commencent-elles à allaiter? Immédiatement après la naissance? Deux jours après?
- L'allaitement est-il activement encouragé par les docteurs, les infirmiers, les sage-femmes?
- Quelle est la fréquence des tétés? A volonté? Toutes les heures?
- Que mange le bébé si la mère va travailler? Qui nourrit le bébé?
- Existe-t-il une préparation indigène, par exemple de gruau ou de bouillie, pour les bébés? De quoi s'agit-il? Comment est-elle employée?
- Existe-t-il des croyances relatives à certains aliments ou certaines herbes locales ayant le pouvoir d'accroître la sécrétion lactée?
- Quels sont les problèmes rencontrés couramment avant ou pendant l'allaitement?
- Quand les mères sentent-elles que le sein maternel est insuffisant et qu'il convient de compléter avec d'autres aliments?
- Quels sont les aliments couramment employés lors du sevrage et sous quelle forme sont-ils administrés?

Ajoutez d'autres questions pertinentes, par exemple, concernant l'emploi de biberon et de préparations pour bébés.

Prospectus 31 C

DIRECTIVES DE SEVRAGE

- allaiter pendant les 4 premiers mois, à l'exclusion de toute autre nourriture.
- à moins qu'il ne fasse très chaud, les bébés nourris au sein n'ont pas besoin de boire de l'eau au cours des quelques premiers mois de la vie. Le cas échéant, donner de l'eau bouillie à la tasse ou à la cuillère.
- ajouter du lait maternel (soustré) aux céréales et aux autres aliments pris par le bébé, pour assurer l'apport de protéines.
- commencer à donner des aliments semi-solides (ex. : du porridge) à environ 5 mois, surtout des céréales riches en protéines.
- ajouter progressivement des aliments faciles à digérer (légumes bien cuits et fruits à chair tendre-un à la fois, en petite quantité.
- ajouter progressivement des mélanges d'aliments riches en protéines. Commencer avec un volume de légumes pour 4 volumes de céréales; puis augmenter à 1 volume de légumes pour 2 volumes de céréales.
- employer des aliments riches en protéines faciles à digérer et tirer profit au maximum des protéines complémentaires.
- après 6 mois, le régime de sevrage doit inclure des nutriments appartenant aux 3 groupes d'aliments.
- ne pas utiliser de poivre ni d'épices fortes dans les repas pour enfants.
- n'utiliser le sel et le sucre que rarement dans les repas pour enfants.
- broyer ou hacher les aliments avant de les cuire pour s'assurer qu'ils sont tendres et pas trop cuits.
- Nourrir les enfants plusieurs fois par jour, par petites doses (au moins 4 fois par jour).
- à 12 mois, l'enfant peut avoir un régime pour adulte modifié (c'est-à-dire, d'une valeur protéique adéquate, d'une consistance appropriée et sans épices fortes).
- continuer l'allaitement jusqu'à l'âge de 18 ou 24 mois.
- lors du sevrage, il est important d'augmenter lentement, d'une façon homogène et progressive, la diversité et la quantité des aliments introduits, tout en diminuant lentement la fréquence des tétés.
- Pour assurer le succès du sevrage, la mère doit faire preuve de confiance, de patience et de persistance.

Prospectus 31 D

METHODES ET RESSOURCES ALIMENTAIRES POUR AMELIORER LE REGIME DE SEVRAGE

Types de préparation :

1. Aliments préparés à la maison (nourriture familiale)

AVANTAGES

Possibilité de réduire le coût au minimum pour la famille

Possibilité d'influencer le comportement journalier et forte probabilité que les changements adoptés se perpétueront.

Ingrédients disponibles localement.

Pas besoin de nouvelle technologie.

Coûts de distribution et de conditionnement nuls.

INCONVENIENTS

La préparation des repas prend probablement plus de temps pour les femmes.

Nécessite un effort d'éducation diététique important : besoin de personnel et de fonds. Il est nécessaire de former le personnel pour lui donner les connaissances de base requises et la capacité de les communiquer.

La qualité des aliments varie.

Les variations saisonnières peuvent limiter le choix d'aliments pendant certains mois de l'année.

2. Aliments préparés par le village/groupe

AVANTAGES

La préparation des aliments est quelque peu surveillée. Possibilité d'assurer qualité et hygiène.

Moins coûteux que la préparation centralisée.

La préparation en groupe des aliments favorise davantage l'apprentissage de bonnes méthodes que la préparation centralisée.

Rend possible certaines préparations qui seraient trop longues à préparer par les mères à la maison.

Possibilité d'engendrer des revenus.

Peut permettre de démontrer les avantages de certains nouveaux aliments locaux.

Le travail de groupe sur un projet peut engendrer l'enthousiasme de la collectivité et présenter d'autres avantages.

INCONVENIENTS

Les gens dépendent d'aliments du commerce et de préparations qui ne peuvent pas être effectuées à la maison.

Peut être difficile à organiser.

Les possibilités d'encourager des changements à long terme dans les habitudes culinaires domestiques sont plus limitées que dans le cas de la préparation des aliments à la maison.

Les matières premières sont parfois difficiles à obtenir en temps opportun.

Besoin de capital pour les frais de lancement, puis les frais d'entretien.

Nécessite du personnel compétent en matière de gestion de petites entreprises désireux de rester fidèle au projet.

Nécessite un effort éducatif et promotionnel important : besoin de personnel et de fonds.

3. Centralisation de la préparation des aliments.

AVANTAGES

Les aliments sont préparés sous surveillance de sorte que leur contenu nutritif est contrôlé.

Economie de temps pour la personne préparant les repas.

Economie possible de combustible.

Des aliments ne convenant pas aux enfants sans préparation préalable peuvent être transformés en aliments nutritifs de qualité.

Peut faire valoir la nécessité d'introduire d'autres aliments dans le régime de l'enfant en temps opportun.

Possibilité d'entreposage sans contamination.

Facile à préparer.

Peut être la façon la plus économique pour le gouvernement de fournir des aliments aux familles qui ne peuvent pas se permettre financièrement d'acheter davantage d'aliments ou de se procurer des aliments variés.

INCONVENIENTS

Le coût du produit est plus élevé, soit pour le gouvernement soit pour les familles.

Les familles sont dépendantes de produits du commerce.

Nécessite un investissement de capitaux pour les installations d'entreposage et de traitement.

Nécessite l'instauration d'un plan de marketing pour assurer que les politiques des prix, les réseaux de distribution et les stratégies promotionnelles sont bien au point.

Il se peut que les aliments commerciaux n'atteignent pas le groupe visé mais seulement les personnes qui peuvent se les offrir.

Les matières premières seront parfois difficiles à obtenir en quantités suffisantes en raison de mauvaises récoltes ou de l'irrégularité des livraisons d'aliments importés.

Coûts de conditionnement et de distribution élevés.

Les changements dans les habitudes alimentaires adoptés en raison des nouvelles conditions d'alimentation seront probablement difficiles à préserver si les aliments ne sont plus disponibles.

Ressources alimentaires

1. Aliments importés (dons ou achats)

AVANTAGES

Possibilité de mettre à la disposition des consommateurs des aliments qu'ils ne peuvent normalement pas s'offrir, par exemple, du lait en poudre (en raison de leur prix prohibitif).

Aide le gouvernement à subventionner l'achat des aliments pour les familles à revenu faible.

INCONVENIENTS

Si les aliments importés sont différents des ressources locales de base, cela peut engendrer une dépendance d'aliments difficiles à remplacer localement.

Si les aliments doivent être achetés, cela utilise des devises étrangères précieuses.

Approvisionnement incertain.

Nécessite des moyens d'entreposage, de conditionnement et de distribution importants; les coûts pour le gouvernement sont donc élevés.

Les efforts d'éducation diététique ne seront pas nécessairement applicables aux aliments locaux.

Peut décourager la production locale ou les efforts entrepris par le village pour résoudre le problème de la nutrition des nourrissons.

2. Aliments locaux

Les gens doivent faire appel à leur créativité pour utiliser et produire des ressources locales nécessaires à la satisfaction de leurs besoins.

L'effort a plus de chances d'être durable.

Peut avoir un impact économique positif au niveau de la famille et de la collectivité grâce à l'accroissement de la production agricole.

INCONVENIENTS

La satisfaction de besoins locaux peut nécessiter de la part des familles ou du village un investissement de temps plus important.

Annexe du moniteur 31 A

HISTOIRE D'UN ENFANT ELEVE AU BIBERON

Marangu est un village africain où, il n'y a pas tellement longtemps, les femmes allaitaient encore leur enfants. Marangu n'est pas très loin d'un centre urbain qui dispose d'une clinique pour enfants.

Grâce vit à Marangu depuis toujours et est mariée à un fermier. Leurs revenus sont faibles et ils ont maintenant cinq enfants à élever. Le dernier né de Grâce, Eli, a 5 mois. Grâce l'emmène à la clinique une fois par mois pour le faire peser. Sur le chemin de la clinique, elle remarque une affiche sur un grand panneau le long de la route-des images d'un bébé radieux, en bonne santé, nourri au biberon par sa mère. Grâce remarque que la mère sur l'image est heureuse et jolie. Chaque fois qu'elle voit ces images, elle pense que ce serait merveilleux si elle pouvait être exactement comme cette femme.

Parfois, des femmes habillées en infirmières viennent à la clinique pour distribuer des échantillons gratuits de préparations lactées. Elles rendent également visite aux femmes chez elles pour leur montrer comment préparer ces aliments. Certaines des amies de Grâce lui ont dit que l'alimentation au biberon est mieux pour le bébé et plus facile pour la mère. Elles disent que l'allaitement fait tomber et enlaidit les seins. Plus Grâce les écoute parler, plus elle est convaincue qu'elle devrait commencer à allaiter Eli au biberon.

Lorsqu'elle se rend à nouveau à la clinique, Grâce prend l'argent qu'elle a économisé pour le baptême d'Eli et le dépense pour l'achat de 5 boîtes de préparation lactée pour enfants. Eli s'habitue rapidement au biberon. Grâce a cependant des problèmes, car ses seins sont gonglés et douloureux. Mais elle est tellement heureuse au début qu'elle en oublie sa douleur.

Ne pouvant pas lire les instructions figurant sur la boîte, Grâce mélange la préparation avec de l'eau de la rivière jusqu'à ce que le mélange lui "semble" acceptable. Eli a souvent la diarrhée, mais Grâce suppose que c'est parce qu'il fait ses dents et qu'il lui faut probablement s'habituer au biberon.

A mesure que s'écoulent les jours, les réserves de préparation diminuent de plus en plus et Grâce commence à en mettre de moins en moins dans le biberon d'Eli.

Eli commence à perdre du poids et n'a pas l'air heureux. Il est toujours malade, ou bien il a la diarrhée, ou il est constipé. Ses bras et ses jambes sont enflés et il semble toujours triste. Grâce n'ose pas emmener Eli à la clinique. Elle a honte de ne pas être capable de nourrir son bébé avec cette préparation qui est censée être si simple d'emploi.

Grâce décide trop tard de recommencer à allaiter son enfant. Elle essaie, mais Eli ne réussit pas à tirer suffisamment de lait. Son lait ne monte plus parce qu'elle a cessé d'allaiter Eli et que l'enfant n'a désormais plus suffisamment de forces pour têter. Grâce est malheureuse et Eli sur le point de mourir.

NOTA: Adaptez l'histoire pour inclure les facteurs les plus pertinents (ex. mauvaises conditions sanitaires) qui contribuent aux cas de malnutrition dus à une alimentation inappropriée au biberon.

Annexe du moniteur 31 B

L'ALLAITEMENT AU SEIN ET LE BIBERON: AVANTAGES ET INCONVENIENTS

Allaitement

Avantages :

- naturellement adapté aux besoins et à la digestion des enfants
- pas besoin de préparation, moins de travail pour la mère
- toujours prêt
- économique
- propre
- température et concentration correctes
- contient des éléments protecteurs pour l'enfant
- le bébé bénéficie d'un contact étroit avec sa mère, qui le tient contre elle.
- peut retarder la conception (n'est pas toutefois une méthode de contraception fiable)
- aide l'utérus de la mère à reprendre sa taille normale

Inconvénients :

- les mères souffrant d'une malnutrition sévère se privent et privent leur enfant de nutriments vitaux en allaitant.

Biberon

Avantages :

- donne à la mère plus d'indépendance et la possibilité de travailler en dehors de la maison
- permet à d'autres membres de la famille de nourrir l'enfant
- (nota : ceci n'est pas toujours un avantage pour l'enfant)

Inconvénients :

- les préparations lactées sont coûteuses
- ces préparations doivent être mélangées avec précision pour assurer une bonne nutrition

- la préparation du biberon prend du temps
- les produits doivent être préparés dans des conditions sanitaires adéquates
- la contamination des biberons, des tétines ou de la préparation expose davantage le bébé aux maladies et infections
- besoin de combustible pour faire chauffer l'eau
- besoin de quantités adéquates d'eau potable pour préparer le mélange et nettoyer le biberon
- besoin de plusieurs biberons et tétines
- besoin d'ustensiles de nettoyage et de savon

Annexe du moniteur 31 C

HISTOIRE D'AMI

Ami est née juste après la première lune de la nouvelle année. Sa mère, Daba, l'allaita immédiatement. Ami était heureuse, en bonne santé et poussait bien.

Lorsqu'Ami fut capable de s'asseoir toute seule, Daba commença à lui donner de la bouillie de riz liquide. Au début, elle lui en donna seulement une ou deux cuillères. Dans les premiers temps, Ami se contentait de recracher la plupart de la bouillie, mais sa mère continua à lui en donner patiemment. Elle savait que l'allaitement n'était pas suffisant pour Ami maintenant - elle avait besoin de plus de nourriture. Elle était désormais capable de ramper et se dépensait beaucoup-elle avait besoin de nourriture supplémentaire pour grandir et pour avoir de l'énergie pour jouer. Daba savait également qu'Ami devait apprendre progressivement à manger des aliments pour adultes de sorte que, lorsqu'elle serait plus grande et qu'elle ne prendrait plus le sein, elle ne risquerait pas de refuser de manger des aliments nouveaux et de tomber malade. Daba connaissait beaucoup d'enfants qui étaient devenus faibles lorsqu'on leur avait supprimé le sein et qui en étaient morts.

Bientôt Ami mangeait un petit bol de bouillie de riz chaque matin et chaque après-midi. Quand Ami se fut habituée à la bouillie, Daba ajouta des bananes ou de la citrouille écrasées, un peu à la fois. Ami s'était habituée à essayer de nouveaux aliments et aimait presque tout. Elle prenait toujours le sein mais pas aussi souvent. Quand Ami fut capable de se tenir debout en prenant appui sur quelque chose, elle mangeait une bouillie de riz plus épaisse mélangée avec du poisson broyé ou un jaune d'oeuf. Elle était en bonne santé et rarement malade ou malheureuse. Elle était maligne quelquefois. Sa mère la grondait, mais elle était très heureuse de voir Ami en bonne santé et suffisamment bien portante pour faire des bêtises. c'était une petite fille intelligente.

Lorsqu'Ami fut presque prête à marcher toute seule, elle avait déjà quatre dents. Elle mangeait presque la même chose que le reste de la famille mais plus écrasé et moins épicé. Elle prenait encore le sein au moins deux fois par jour. Daba lui donnait des petits repas quatre fois par jour parce qu'elle savait que les bébés ne peuvent pas manger beaucoup à chaque fois.

Lorsqu'Ami commença à marcher toute seule, elle mangeait comme le reste de la famille. Daba l'aidait à manger en coupant ses aliments en petits morceaux et lui donnait un bon

morceau de poisson ou de poulet à chaque repas. Petit à petit Ami arrêta de prendre le sein parce qu'elle était en très bonne santé et qu'elle mangeait tout ce dont elle avait besoin.

Daba avait bien fait d'apprendre à l'enfant à manger des aliments pour adultes progressivement tout en continuant de l'allaiter. De cette façon, Ami apprit à aimer le goût et la texture des nouveaux aliments avant d'être privée du lait maternel. Ami continue de grandir, toujours plus heureuse et en bonne santé.

Annexe du moniteur 31 D

EXEMPLES DE PROBLEMES RELATIFS A L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

Un enfant de 9 mois souffre d'une diarrhée aiguë. Il est nourrit au sein uniquement et la mère est convaincue qu'il n'est pas prêt à manger des aliments solides, parce que, selon elle, il a la diarrhée à chaque fois qu'elle essaie. Que suggèreriez-vous?

Une enfant d'un an arrive à la clinique; elle n'a pas pris de poids depuis sa dernière visite 3 mois auparavant, paraît apathique et semble avoir un oedème. Lorsque vous demandez ce qu'elle mange-la mère répond : "elle ne veut pas manger." Quel peut être le problème, et comment aborderiez-vous la situation?

Vous arrivez chez une amie et découvrez sa cousine (d'un autre village) en train de nourrir un bébé avec un biberon sale. Au cours de la conversation, vous apprenez qu'elle ne l'allait pas parce que ce n'est pas son enfant. La mère de l'enfant est morte. Quels conseils pourriez-vous donner?

Peu après votre arrivée dans votre village, vous remarquez un enfant d'environ 2 ans assis sur le porche de devant d'une maison voisine. Elle est léthargique, a le ventre gonflé, ses membres sont maigres et elle a une conjonctivite. Lorsque vous trouvez ses parents, ils disent : "elle mange beaucoup". Comment vous y prendriez-vous pour résoudre cette situation?

(Développez d'autres études de cas basées sur les problèmes nutritionnels qui touchent les nourrissons et les jeunes enfants du pays.)

Session 32

Prospectus 32 A

Annexe du moniteur 32 A

Annexe du moniteur 32 B

Prospectus 32 A

CONSULTATION SANITAIRE INDIVIDUALISEE

La consultation est l'une des méthodes d'éducation sanitaire les plus fréquemment utilisées pour aider les particuliers et les familles.

Dans le cadre d'une consultation, une personne ayant un certain besoin et une personne offrant son soutien et ses encouragements (le conseiller) se réunissent et discutent de façon à ce que la personne ayant besoin d'aide finit par avoir confiance dans la capacité du conseiller à trouver des solutions aux problèmes posés. Le travail du conseiller repose dans une large mesure sur l'art de communiquer et d'établir des rappports avec autrui.

On a souvent l'occasion de donner des conseils lorsque l'on travaille avec les gens, qu'il s'agisse de particuliers ou de familles : avec les patients au centre de soins, les élèves à l'école, ou au cours des visites à domicile, entre autres. La consultation doit faire partie du traitement et des soins administrés à une personne malade ou ayant des problèmes. Le conseiller joue un rôle important au niveau de la prévention des maladies et de la promotion de la santé en ce qu'il aide les gens à comprendre ce qu'ils peuvent faire, personnellement, pour éviter la maladie et améliorer la qualité de leur vie.

Objectif des consultations

Le conseiller encourage le sujet à réfléchir à ses problèmes et donc à mieux en saisir la cause. Cette compréhension, espérons-le, incitera le sujet à prendre des mesures pour résoudre ses problèmes. Les mesures prises par le sujet représenteront la décision personnelle du sujet, qui pourra être éclairée par le conseiller, si nécessaire.

Le rôle du conseiller est d'offrir un choix et non d'imposer ses recommandations par la force. L'agent de santé pense peut-être que son avis est raisonnable, mais il n'est peut-être pas approprié aux conditions de vie de la personne à laquelle il est destiné. Le conseiller laisse à l'intéressé le soin de prendre lui-même ses décisions; les solutions choisies auront donc plus de chances d'être adaptées au problème. Une solution est appropriée si elle permet à la personne qui l'adopte d'arriver à des résultats positifs.

Voici un exemple de problèmes résultant de l'imposition par la force de recommandations.

Au cours d'une visite à domicile, un agent de santé rencontre la mère de jumeaux de trois semaines. Les bébés sont si petits que l'agent craint qu'ils ne survivent pas. Elle réprimande la mère parce qu'elle ne vient pas à la clinique.

L'agent conseille à la mère de se rendre à l'hôpital avec les jumeaux immédiatement et d'y rester avec eux jusqu'à ce qu'ils prennent du poids et des forces. La mère acquiesce d'un signe de tête. Alors qu'elle fait ses bagages, elle fond en larmes. L'un de ses beaux-frères vient voir pourquoi elle pleure.

L'agent de santé le lui explique mais l'homme se fâche. Il dit qu'elle a maintes raisons de pleurer. Elle s'inquiète parce que si elle reste à l'hôpital, il n'y aura personne pour s'occuper de ses deux autres enfants. Elle vient récemment de déménager dans une autre ville avec son mari. Elle pense qu'elle ne connaît personne avec qui ses enfants puissent rester en toute confiance. De plus, la mère pleure parce qu'elle craint que l'agent de santé ne refuse de l'aider à l'avenir si elle ne va pas à l'hôpital maintenant.

Directives à l'intention du conseiller

Il est évident que l'agent de santé de l'exemple ci-dessus ne connaît rien des techniques de conseil, sinon elle aurait agi selon les simples directives ci-dessous :

Rapports : le conseiller montre intérêt et attention. Il force dès le début d'établir de bons rapports avec la personne qu'il essaie d'aider. Les gens parlent plus facilement de leurs problèmes avec quelqu'un en qui ils ont confiance.

Identification des besoins : le conseiller essaie de saisir le problème du point de vue de la personne concernée. Les gens vue de la personne concernée. Les gens doivent identifier leurs propres problèmes. Ce n'est pas au conseiller de dire quel est le problème. Les commentaires non directifs seront les bienvenus. La tâche du conseiller est d'écouter avec attention.

Sentiments : le conseiller doit manifester de L'empathie (compréhension, acceptation, compassion ou pitié). Le conseiller ne doit jamais dire : "vous ne devriez pas tant vous en faire." Il est naturel que les problèmes inquiètent et effraient. Un bon conseiller aide les gens à prendre conscience de leurs sentiments et à les surmonter.

Participation : Le conseiller n'essaie jamais de persuader quelqu'un d'accepter son conseil. Si ce conseil se révèle mauvais, la personne sera fâchée et ne fera plus confiance au conseiller. Si le conseil est bon, la personne sera encline à compter sur le conseiller pour résoudre ses autres problèmes.

Le conseiller aide les gens à réfléchir à tout ce qui touche au problème, et les encourage à choisir les solutions les mieux appropriées à leur situation particulière.

Caractère confidentiel des consultations : le conseiller devra prendre connaissance de nombreux problèmes personnels et quelquefois embarrassants. Cette information ne doit être révélée à personne, pas même aux membres de la famille du sujet. Si votre interlocuteur découvre que vous avez révélé à d'autre le contenu de vos conversations, il ne vous fera plus jamais confiance et vous évitera. Une personne peut avoir des ennuis si le conseiller dévoile à d'autres ses confidences. Le conseiller doit toujours respecter le caractère confidentiel de ses rapports avec les gens qu'il aide. Il ne doit jamais dévoiler les informations qui lui sont confiées a moins d'avoir reçu une permission spéciale.

Informations et ressources : bien que le conseiller ne donne pas de leçons, il doit partager avec son interlocuteur les informations et idées dont ce dernier a besoin pour prendre une décision appropriée. Par exemple, beaucoup de gens ne font pas le rapport entre leur comportement et leur santé. Le conseiller ne doit pas leur faire une leçon, mais il doit leur indiquer de simples faits pendant la discussion pour les aider à mieux prendre conscience de leurs problèmes.

Tous les agents de santé ou les agents de services communautaires peuvent jouer un rôle de conseiller dans le cadre de leur travail. Les parents et les amis peuvent jouer ce rôle également. L'important est que l'agent de santé, l'enseignant, le père ou l'ami se donne la peine d'écouter attentivement la personne en quête de conseils et l'encourage à prendre en mains, le plus possible, la résolution de ses problèmes.

Maintenant que vous avez pris connaissance des directives applicables à la fonction de conseiller, réfléchissez au cas de la mère des jumeaux. Comment l'agent de santé aurait-elle pu aborder cette visite à domicile d'une façon plus appropriée? Quels commentaires et questions aurait-elle pu utiliser pour en apprendre davantage sur le problème de la mère? Comment les autres membres de la famille auraient-ils pu participer? Pouvez-vous imaginer d'autres solutions possibles à ce problème?

DIVERS TYPES DE CONSULTATIONS

Entretien avec la famille

Une personne peut avoir besoin de l'aide de sa famille pour résoudre un problème. La compétence en matière de conseil est utile que l'on travaille avec une personne ou avec toute une famille. Lorsque l'on travaille avec une famille, on traite avec plus d'une personne, il peut y avoir donc plus d'un problème, plus d'un besoin et certainement plus d'une solution. Il faut toujours garder à l'esprit également qu'au sein d'une famille les différents membres de la famille ont des responsabilités et des pouvoirs différents. C'est peut-être le père par exemple qui s'occupe du budget familial. La mère par contre, décide peut-être de la composition des repas. Les grands parents influent sur le degré de respect accordé aux coutumes traditionnelles. Pour chaque problème, il est nécessaire de s'adresser à la bonne personne. Il s'agit également de se montrer respectueux envers le chef reconnu de la famille.

Entretien avec les enfants

A la clinique, à l'école ou au sein de la communauté, vous rencontrerez des enfants présentant des problèmes de santé, des troubles émotionnels ou autres. Des consultations pourront leur être offertes s'ils sont suffisamment grands pour parler.

Il est préférable de parler à l'enfant seul. On peut obtenir des informations générales en parlant aux parents pour commencer; puis, on peut leur demander poliment d'attendre dehors. Quelquefois les parents veulent répondre à toutes les questions et ne laissent pas l'enfant s'exprimer. Il arrive aussi que l'enfant ait peur de dire certaines choses en présence de ses parents. Le conseiller devra expliquer aux parents que l'enfant parlera plus librement s'il est seul avec lui .

Commencez par parler de choses gaies. Demandez à l'enfant quels sont ses jeux préférés par exemple. Une fois l'enfant détendu, abordez le problème. Informez l'enfant que tout ce qu'il dira restera secret. De cette façon il vous fera confiance et parlera librement. Ne trahissez jamais cette promesse. Si les parents, les enseignants ou d'autres découvrent ce que l'enfant a dit, ce dernier aura peur du conseiller et ne voudra plus jamais qu'il l'aide.

Les directives de conseil pour adultes s'appliquent également aux enfants. L'enfant doit pouvoir apprendre beaucoup sur sa santé si le conseiller mène sa tâche à bien.

Visites à domicile

Les consultations peuvent avoir lieu à la clinique ou à l'école, mais il est bon aussi de faire des visites à domicile. l'agent de santé doit se rendre dans tous les foyers de la communauté régulièrement. Si le village est petit, de 10 à 15 maisons, les visites pourront

avoir lieu au moins une fois tous les quinze jours. Dans les villages ou les quartiers plus importants, les visites pourront avoir lieu une fois par mois.

Les visites à domicile permettent entre autres :

- d'entretenir de bons rapports avec les gens et les familles;
- d'encourager la prévention de maladies courantes;
- de détecter et d'améliorer les situations difficiles de bonne heure, avant qu'elles ne deviennent de gros problèmes;
- de se rendre compte des progrès d'un malade, ou des progrès effectués en vue de la résolution d'autres problèmes;
- d'enseigner à la famille comment aider une personne malade;
- d'informer les gens d'événements locaux importants nécessitant leur participation.

On peut beaucoup apprendre des visites à domicile. On peut comprendre comment l'environnement et la situation familiale sont susceptibles d'influer sur le comportement d'une personne. La famille dispose-t-elle de ressources telles qu'un puits? Quels membres de la famille habitent dans la maison? Est-ce qu'ils sont utiles ou nuisibles aux progrès de la personne?

Lorsque les gens sont dans leur propre maison, ils se sentent généralement plus heureux et plus en sécurité. Il arrive souvent qu'ils soient mieux disposés à parler chez eux qu'à la clinique. A la clinique, ils ont peur parfois que d'autres personnes les voient ou entendent la discussion. Ils parlent souvent plus à la maison parce qu'ils s'y sentent davantage en sécurité.

Les démonstrations diététiques, par exemple, seront plus utiles si elles sont conduites à domicile. L'agent de santé pourra utiliser le matériel et les installations que la personne doit utiliser. Cela rendra la démonstration plus réaliste et l'apprentissage plus facile.

Si vous êtes compréhensif, les gens vous accueilleront chez eux. Vous trouverez alors de nombreuses occasions de leur apprendre à mieux gérer leur santé.

Annexe du moniteur 32 A

HISTOIRE DE BOLA

Bola était un gros bébé plein de santé à la naissance. Sa mère l'allaitait chaque fois qu'il réclamait à manger. A six mois, Bola fit sa première dent et semblait grandir plus rapidement que son cousin qui était né trois semaines avant lui. Sa mère était heureuse. Elle avait perdu deux de ses enfants en bas âge mais cette fois-ci Bola avait l'air en bonne santé et heureux. Elle était fière et contente et continuait de l'allaiter. De temps en temps, elle lui donnait du gruau de millet. Il semblait aimer ça, mais elle n'avait pas le temps de lui préparer un repas spécial chaque jour. Elle avait déjà un emploi du temps chargé; elle devait aller chercher l'eau et le bois, moudre le millet, travailler dans les champs, préparer le repas familial sur le feu, aller au marché, s'occuper de ses autres enfants et débarrasser la maison du sable et des animaux.

Pendant la deuxième moitié de la première année de Bola, son père mourut et les frais d'enterrement endettèrent considérablement la famille. La mère de Bola fut forcée d'aller travailler pour une autre famille et dut laisser son bébé au soin de sa petite soeur de 9 ans. Bola n'était plus allaité et il recevait uniquement la nourriture préparée pour le reste de la famille.

La nourriture était épicée et Bola n'était habitué qu'au riz. Il faisait la petite bouche et ne mangeait guère que du riz. Sa mère le regardait tristement maigrir et devenir malheureux. Il était souvent malade et semblait ne plus grandir. c'est ce qui s'était passé avec ses deux autres enfants. Elle était sûre qu'il allait mourir, mais elle acceptait ce fait comme une punition pour avoir été trop fière et heureuse lorsque Bola était un nourrisson.

Annexe du moniteur 32 B

Exercice de recommandation diététique pour un enfant

Avant cette session, développez quatre à six descriptions de nourrissons ou de jeunes enfants de moins de cinq ans. Il vous faudra deux descriptions pour chacun des petits groupes travaillant ensemble à l'étape 4.

Assurez-vous que les descriptions des nourrissons et des enfants que vous créez sont bien différentes les unes des autres, en particulier en ce qui concerne l'âge et les méthodes nutritives et culturelles susceptibles d'influencer le comportement des sujets. En outre assurez-vous que les descriptions ont un rapport avec la diarrhée de sorte que les participants aient l'occasion de s'entraîner à mettre au point des régimes appropriés pour des enfants sensibles à la diarrhée, souffrant de diarrhée ou se remettant d'une diarrhée.

Les descriptions doivent inclure les points suivants : nom, âge, groupe ethnique ou religion (le cas échéant) de l'enfant, saison à laquelle se passent les faits, informations médicales ou sociales pertinentes, apparence physique et état de santé actuel. Poids, hauteur et température du corps sont des renseignements facultatifs que vous pouvez inclure si vous le désirez.

Utilisez l'exemple ci-dessous comme modèle pour rédiger vos descriptions :

Exemple de description d'enfants

Hawa

Hawa est une petite fille de 1 an et demi. Elle est musulmane. C'est le milieu du Ramadan, cette année. Elle est très maigre et a le ventre gonflée. Sa mère vient d'avoir un autre bébé qu'elle allaite. Hawa a une soeur de cinq ans, Adama, avec qui elle partage sa nourriture. Adama aide sa mère à s'occuper des plus jeunes enfants et a dit à sa mère que Hawa avait été à la selle 5 fois aujourd'hui.

Après avoir écrit votre description d'enfant, vous devrez aussi écrire des recommandations diététiques spécifiques pour cet enfant. Ces recommandations ne doivent pas être considérées comme étant les seules réponses acceptables, mais comme

étant des solutions possibles. Tenez bien compte des variations saisonnières des ressources alimentaires dans vos recommandations.

Recommandations diététiques suggérées pour Hawa

Dans le cadre de la formulation de recommandations diététiques pour Hawa, l'agent de santé devra :

- Consulter le tableau d'évaluation et de traitement de la diarrhée WHO ou celui utilisé par le pays hôte, afin d'évaluer la diarrhée d'Hawa et de mettre au point un plan de traitement
- Tenir compte des méthodes alimentaires traditionnelles du pays hôte pour un enfant de 18 mois et
- Sans autres renseignements à sa disposition (c'est-à-dire, quel est le nombre normal de selles journalières pour Hawa, son pouls est-il plus rapide que la normale, est-elle irritable, etc.) si ce n'est de savoir qu'elle a eu 5 selles liquides, l'agent de santé devra recommander la réhydratation avec une solution SRO et, une fois Hawa réhydratée, l'allaitement et l'administration de petites mais fréquentes doses d'une préparation variée.

Il est à noter que les recommandations diététiques données dans cet exemple varieront d'un pays à l'autre selon la disponibilité des aliments et l'acceptabilité d'un tel régime pour un enfant de cet âge.

LMTE

Module 6

Maladies transmissibles d'enfance

Objectifs de comportement

A la fin du présent module, les participants seront en mesure d'effectuer les tâches suivantes :

1. Décrire les causes et les principaux symptômes cliniques des six maladies contre lesquelles il existe des vaccins, de la diarrhée et du paludisme selon les indications des conférenciers hôtes ou selon les descriptions élaborées au cours des diverses sessions.
2. Enumérer les vaccins, l'âge de vaccination et l'ordre des vaccinations, selon le programme de vaccination adopté par le pays hôte.
3. Indiquer les termes locaux employés par les habitants du pays hôte pour décrire les 3-5 maladies infantiles courantes.
4. Indiquer les températures correctes pour l'entreposage des vaccins contre le DPT, la rougeole et la poliomyélite au centre de soins local.
5. Décrire les groupes identifiés par le pays hôte comme étant particulièrement à risque, dans le cadre du traitement et de la prévention du paludisme.

6. Définir un traitement antipaludéen présomptif et une prophylaxie médicamenteuse.
7. Employer le tableau de traitement WHO pour évaluer les trois phases de diarrhée/déshydratation et déterminer un plan de traitement approprié pour chaque phase.
8. Préparer des solutions sucre-sel et une solution SRO selon les formules données à la session 41.
9. Calculer la quantité de fournitures à commander selon les données de consommation passées et les stocks disponibles.

Session 33

Prospectus 33 A

Prospectus 33 B

Annexe du moniteur 33 A

Prospectus 33 A

TABLEAU DES MALADIES INFANTILES COURANTES

(NOM DE LA MALADIE)

AGE DE CONTRACTION

AGENT INFECTIEUX

MODE DE TRANSMISSION

PRINCIPAUX SIGNES, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS

TRAITEMENT

MODE DE PREVENTION ET CONTRE-INDICATION

Prospectus 33 B

MALADIES INFANTILES COURANTES

ROUGEOLE

<u>AGE DE CONTRACTION</u>	En général 5 ans et en dessous
<u>AGENT INFECTIEUX</u>	Virus
<u>MODE DE TRANSMISSION</u>	Propagation de gouttelettes ou contact avec des sécrétions rhinopharyngées d'une personne infectée
<u>PRINCIPAUX SIGNES SYMPTOMES ET COMPLICATIONS</u>	La maladie commence par une fièvre, une toux, un écoulement nasal et les yeux rouges. La bouche devient douloureuse. La fièvre atteint son paroxysme au bout de 4-5 jours. Au cours du 3-4 ème jour de la maladie, de petites macules populeuses rouges (violette chez de nombreux enfants africains) apparaissent sur la tête et gagnent les jambes. Des croûtes se forment à la guérison et les boutons ne durent en général pas plus d'une semaine. Les complications les plus courantes de la rougeole sont l'infection de l'oreille moyenne, la pneumonie et la diarrhée, qui peut mener à une déshydratation et/ou une malnutrition.
<u>TRAITEMENT</u>	La diarrhée accompagnée de déshydratation et/ou malnutrition et la pneumonie sont les deux causes les plus courantes des cas mortels de rougeoles infantiles. L'administration de liquides et une bonne nutrition peuvent aider à prévenir les cas mortels de diarrhée; on peut employer des antibiotiques pour traiter certains cas de pneumonie. Il n'existe pas de traitement toutefois pour la rougeole elle-même.
<u>MODE DE PREVENTION ET CONTRE-INDICATION</u>	Vaccins antirougeoleux aux E.-U, 1 dose à l'âge de 15 mois. En Afrique, 1 dose à 9 mois. <u>Pas</u> de contre-indications. Une fièvre légère, un rhume et une diarrhée ne sont <u>pas</u> des raisons suffisantes pour repousser les vaccinations.

MALADIES INFANTILES COURANTES

TETANOS DES NOUVEAU-NES

<u>AGE DE CONTRACTION</u>	4-21 jours
<u>AGENT INFECTIEUX</u>	Bactérie
<u>MODE DE TRANSMISSION</u>	En général, les spores du tétanos sont introduites dans l'organisme par l'instrument utilisé pour couper le cordon ombilical, ou par l'infection d'une plaie ombilicale au contact de substances contaminées.
<u>PRINCIPAUX SIGNES, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS</u>	Spasmes musculaires, trismus, 4-21 jours après la naissance. Ne prend plus le sein.
<u>TRAITEMENT</u>	Le traitement ne peut être efficace que s'il est effectué dans un

	hôpital bien équipé. Même dans ce cas, 40-60 % des enfants atteints meurent.
<u>MODE DE PREVENTION ET CONTRE-INDICATION</u>	Pour le tétanos des nouveau-nés, administrer deux doses d'anatoxine tétanique à quatre semaines d'intervalle aux femmes enceintes n'ayant jamais été vaccinées. La dose initiale doit être administrée le plus tôt possible après le début de la grossesse. La seconde injection doit être faite au moins 4 semaines plus tard et de préférence au moins 3 semaines avant l'accouchement. Si la seconde dose n'est pas administrée à ce moment-là, s'assurer qu'elle est administrée lors d'une visite post-natale (4 semaines plus tard). Au cours de chaque grossesse ultérieure, on administre, en règle générale, 1 dose de rappel. Après 5 vaccinations bien documentées à l'anatoxine tétanique, il n'est guère besoin de doses supplémentaires. On peut également éviter le tétanos des nouveau-nés en soignant le cordon ombilical d'une façon hygiénique.

MALADIES INFANTILES COURANTES

COQUELUCHE

<u>AGE DE CONTRACTION</u>	En général, en dessous de 1 an, chez les enfants qui habitent dans les zones urbaines à forte densité de population où la coqueluche est endémique. Dans les communautés rurales où la maladie se manifeste généralement sous forme d'épidémies, elle touche les enfants de 0 à 4 ans.
<u>AGENT INFECTIEUX</u>	Bactérie
<u>MODE DE TRANSMISSION</u>	Projection de gouttelettes; contact direct avec des sécrétions provenant de la membrane de la muqueuse des voies respiratoires des enfants.
<u>PRINCIPAUX SIGNES, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS</u>	<u>Période catarrhale</u> - Dure 7-14 jours. Toux et écoulement nasal. <u>Période des quintes</u> - Dure en général de 4 à 6 semaines. Secousses de toux sans respiration suivies d'une reprise respiratoire ("chant du coq"), bien que ("chant du coq") ne soit pas toujours présent, en particulier chez les enfants de moins de 6 mois. Ces quintes de toux sont marquées par le rejet de mucosités collantes et sont souvent suivies de vomissements. La coqueluche s'accompagne d'une perte d'appétit. Elle peut mener à un syndrome de malnutrition.
<u>TRAITEMENT</u>	Antibiotiques (valables uniquement durant la période d'incubation) et soins infirmiers peuvent réduire la gravité de certains cas.
<u>MODE DE PREVENTION ET CONTRE-INDICATION</u>	Un vaccin DPT administre aussitôt que possible, 6 semaines après la naissance, suivi de 2 ou plusieurs doses de rappel à au moins 4 semaines d'intervalle. Ce vaccin ne doit pas être administré aux enfants ayant souffert de convulsions, d'encéphalite ou de choc lors d'injections antitétaniques antérieures.

MALADIES INFANTILES COURANTES

POLIO PARALYSANTE

<u>AGE DE CONTRACTION</u>	En dessous de trois ans
<u>AGENT INFECTIEUX</u>	Virus
<u>MODE DE TRANSMISSION</u>	Fécal-oral, principalement, lorsque les conditions sanitaires sont mauvaises. En cas d'épidémies ou lorsque les conditions sanitaires sont bonnes, la transmission se fait surtout par projection de gouttelettes.
<u>PRINCIPAUX SIGNES, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS</u>	Fièvre, raideur du cou et faiblesse soudaine au niveau des bras ou des jambes. Les sens du toucher et de la douleur sont normaux.
<u>TRAITEMENT</u>	Après une crise aiguë de polio, le patient devrait exercer ceux de ses muscles qui fonctionnent toujours. Ne pas administrer d'injections au cours de la phase aiguë de la maladie. Il n'y a <u>pas</u> de traitement pour l'infection même.
<u>MODE DE PREVENTION ET CONTRE-INDICATION</u>	La série primaire de vaccins antipolio oraux consiste en 3 doses. Il est recommandé d'administrer la première dose aussitôt que possible dès que l'enfant a atteint 6 semaines. L'intervalle minimum recommandé entre les doses est de 4 semaines. Il n'existe <u>aucune</u> contre-indication. Lorsque l'enfant souffre de diarrhée le jour de l'administration du vaccin, il faudra lui donner une dose supplémentaire 4 semaines plus tard ou plus.

MALADIES INFANTILES COURANTES

DIPHTERIE

<u>AGE DE CONTRACTION</u>	Enfant non immunisés de moins de 15 ans.
<u>AGENT INFECTIEUX</u>	Bactérie
<u>MODE DE TRANSMISSION</u>	Contact avec un patient ou un porteur de germes. Le lait cru est connu pour permettre la transmission de cette affection.
<u>PRINCIPAUX SIGNES, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS</u>	Rhume accompagné de fièvre, maux de tête et de gorge. Mauvaise haleine. Membrane blanche ou grisâtre, sur l'un ou les deux amygdales, qui s'étend vers le fond de la gorge. Cou enflé, parfois.
<u>TRAITEMENT</u>	Consulter un médecin.
<u>MODE DE PREVENTION ET CONTRE-INDICATION</u>	Vaccination DPT. Même série que pour la coqueluche.

MALADIES INFANTILES COURANTES

TUBERCULOSE INFANTILE

<u>AGE DE CONTRACTION</u>	Variable
<u>AGENT INFECTIEUX</u>	Bactérie
<u>MODE DE TRANSMISSION</u>	Exposition aux bacilles contenus dans les gouttelettes aérogènes provenant des expectorations de personnes atteintes d'une tuberculose infectieuse. La transmission chez les enfants est associée en général avec un contact étroit avec des cas infectieux.
<u>PRINCIPAUX SIGNES, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS</u>	Toux productive, perte de poids, fièvre, faiblesse générale.
<u>TRAITEMENT</u>	INH. Bonne nutrition.
<u>MODE DE PREVENTION ET CONTRE-INDICATION</u>	Vaccin BCG à la naissance.

Annexe du moniteur 33 A

GLOSSAIRE DE L'INSTRUCTEUR

Au cas où les volontaires auraient des difficultés à comprendre certains termes utilisés au cours de cette session, il convient de fournir les définitions/explications suivantes:

Agent infectieux

L'organisme qui doit être présent pour qu'une maladie se manifeste. Ces agents se trouvent en général dans l'environnement biologique.

Mode de transmission

Tout mécanisme selon lequel l'agent infectieux se propage dans l'environnement ou atteint une autre personne. Ces mécanismes sont les suivants :

- Transmission directe
- Transmission indirecte
 1. Par véhicule
 2. Par vecteur
 3. Aérogène

EPIDEMIOLOGIE: DEFINITION ET TAUX DE BASE

L'étude d'une collectivité n'est pas complète sans l'obtention de données sur les principales maladies qui la touchent. L'organisation de programmes curatifs et préventifs, en particulier de programmes d'éducation sanitaire, doit être basée sur une connaissance précise de l'existence et de l'importance des diverses maladies touchant la collectivité. Pour cette raison, le personnel infirmier doit être capable de recueillir les données d'épidémiologie de base.

On entend par épidémiologie l'étude des maladies qui existent dans une population donnée. Ce type d'étude permet de décrire les facteurs associés à l'agent (vecteur), à l'hôte même et au réservoir (source naturelle de l'infection) qui contribuent à la transmission et à la survie d'une maladie dans une population. L'épidémiologie est basée sur le contrôle des maladies au sein d'une collectivité. Ce type d'étude peut permettre de mesurer l'impact des soins infirmiers sur la santé de la collectivité d'après le calcul des taux annuels d'incidence et de prévalence des maladies. Que signifient ces termes?

Taux d'incidence : l'incidence est le nombre de cas d'une maladie qui ont commencé pendant une période donnée et pour une population déterminée. En général ce taux est exprimé en pourcentage sur 100 000 habitants, par an, selon la formule suivante :

Taux d'incidence : (Nombre de cas nouveaux ayant apparu en un an x 100000)/(Population totale recensée au milieu de l'année (1er Juillet))

Exemple: si, dans un village de 5796 habitants, entre le 1er janvier et le 31 décembre, on compte 60 nouveaux cas d'hépatite virale, le taux d'incidence sera le suivant :

$60/5796 \times 100\ 000 = 1030 \text{ cas}/100\ 000$, par an

Taux de prévalence: la prévalence est le nombre de cas de maladie existant dans une population déterminée à l'époque où a lieu l'étude, Le taux de prévalence s'exprime généralement en pourcentage sur 100 000 habitants.

Taux de prévalence = (Nombre de cas au moment de l'étude x 100000)/(Population étudiée)

Exemple : si, à un certain moment, dans le même village de 5796 habitants, 110 personnes étaient atteintes de bilharzia, le taux de prévalence serait le suivant :

$110/5796 \times 100\ 000 = 1898 \text{ sur } 100\ 000$

Une fois qu'il sait calculer les taux d'incidence et de prévalence, l'infirmier doit être en mesure de se demander : quelles sont les principales maladies pour lesquelles les membres de la communauté viennent consulter les agents du centre de soins? Quelle est la fréquence des diverses maladies dans la population? Sont-elles plus fréquentes à différentes époques de l'année, dans des régions ou des quartiers particuliers, ou parmi certains groupes spécifiques: enfants, femmes enceintes, personnes âgées? Quelles sont les maladies endémiques qui touchent la communauté, c'est-à-dire, les maladies qui ravagent constamment la population de la région? Y a-t-il des épidémies, c'est-à-dire des maladies qui touchent sérieusement une grande partie de la population au même moment?

TABLEAU 9-1 PRINCIPAUX TAUX RELATIFS A LA SANTE PUBLIQUE*

Taux	Facteur usuel	Taux pour les Etats-Unisen 1971
Taux ayant pour dénominateur la population totale		

Taux brut de natalité = <u>nombre de naissances vivantes pendant l'année</u> population moyenne (au milieu de l'année)	sur 1000 personnes	17,2 15,7 (préliminaire, 1973)
Taux brut de mortalité = <u>nombre de décès pendant l'année</u> population moyenne (au milieu de l'année)	sur 1000 personnes	9,3 9,4 (préliminaire, 1973)
Taux de mortalité spécifique d'âge = nombre annuel de décès parmi les personnes <u>appartenant à un groupe d'âge donné</u> population moyenne (au milieu de l'année) appartenant au groupe d'âge spécifié	sur 1000 personnes	5-14 ans -0,4 65-74 ans-35,9
Taux de mortalité spécifique de cause = <u>nombre annuel de décès attribuables à une cause donnée</u> population moyenne (au milieu de l'année)	donnée sur 100000 personnes	Maladies cardiaques- 359,5 Néoplasmes malins- 163,2
Taux et rapports ayant pour dénominateur le nombre de naissances vivantes		
Taux de mortalité infantile = <u>nombre annuel de décès d'enfants de moins d'un an</u> nombre de naissances vivantes au cours de la même année	sur 1000 naissances vivantes	19,1 17,6 (préliminaire, 1973)
Taux de mortalité néonatale = <u>nombre annuel de décès a enfants de moins de 28 jours</u> nombre de naissances vivantes au cours de la même année	sur 1000 naissances vivantes	14,2
Rapport de mortalité foetale = <u>nombre annuel de décès de foetus**</u> nombre de naissances vivantes au cours de la même année	sur 1000 naissances vivantes	13,4
Taux de mortalité maternelle (puerpérale) = <u>nombre annuel de décès (cause puerpérale)</u> nombre de naissances vivantes au	sur 100 000 (ou 10 000) naissances vivantes	18,8 sur 100 000

cours de la même année		
TAUX AYANT POUR DENOMINATEUR LE NOMBRE DE CAS D'UNE MALADIE		
Taux de mortalité spécifique de cas = <u>nombre de décès dus à une maladie</u> / nombre de cas de cette maladie	%	Mesure la gravité des maladies
TAUX AYANT POUR DENOMINATEUR LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES ET DE DECES DE FOETUS		
Taux de mortalité foetale = <u>nombre de décès de foetus** pendant l'année</u> / nombre de naissances vivantes et de décès de foetus au cours de la même année	sur 1000 naissances vivantes et décès de foetus	13,3
Taux de mortalité périnatale = nombre de décès de foetus de 28 semaines ou plus <u>et a enfants de moins de 7 ans</u> / nombre de naissances v vantes et de décès de foetus de 28 semaines ou plus au cours de la même année	sur 1000 naissances vivantes et décès de foetus	27,6
* Tiré des statistiques au National Center for Health: Vital Statistics of the United States. Vol. I and II, U.S. Govt. Printing Office, Washington D.C., 1974.		
**Inclut seulement les décès de foetus dont la période de gestation était de 20 semaines ou plus ou n'était pas indiquée.		
(Définition E.-U. D'autres pays incluent parfois les décès se produisant avant l'expulsion ou l'extraction complète de la mère d'un produit de la concept on.	(D'après : Benenson, <u>Control of Communicable Diseases in Man</u> . Colgate, S. et al., <u>The Nurse and Community Health in Africa</u> . Mauser and Bahn. <u>Epidemiology: An Introductory Text</u> . Chapitre 9.)	
Ce taux s'applique aux décès de foetus de la période périnatale I survenant à partir de 28 semaines et inclut		

seulement les décès survenant au cours de la première semaine suivant la naissance)		
Monthly Vital Statistics Report 22:12, U.S. Govt, Printing Office, Washington, D.C., 1974.		
***Le dénominateur comprend seulement des naissances vivantes parce que l'enregistrement des naissances vivantes est plus complet que celui des décès de fœtus. Pour un taux vrai, cependant, le dénominateur devrait inclure toutes les grossesses.		

Session 35

Prospectus 35 B

Annexe du moniteur 35 A

Prospectus 35 B

PROGRAMME DE VACCINATION RECOMMANDE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (WHO)

Vaccin	Nombres de doses	Age minimum pour la première dose	Intervalle minimum entre les doses successives
BCG	1	à la naissance	
DPT	3	à 6 semaines	à 4 semaines d'intervalle
Polio	3	à 6 semaines	à 4 semaines d'intervalle
Rougeole	1	à 9 mois	
Anatoxine tétanique	2	Employer pour la prévention du tétanos des nouveau-nés. Première dose dès le premier contact avec la mère, pour les femmes susceptibles d'être infectées.	4 semaines après la première dose

La vaccination antitétanique à l'anatoxine tétanique vise en général les femmes enceintes. Voir document participants 33B, page 2 pour de plus amples recommandations.

Annexe du moniteur 35 A

NIVEAUX DE PREVENTION

Vu l'importance accordée à la prévention, il serait bon d'étudier ce concept plus en détail. Au sens strict du terme, la prévention comprend simplement l'ensemble des mesures qui permettent d'éviter l'apparition d'une maladie. Toutefois, dans l'usage courant, le sens de ce terme s'est élargi pour inclure les mesures qui permettent d'interrompre ou de ralentir la progression d'une maladie. Pour cette raison, on parlera de plusieurs niveaux de prévention. La prévention primaire (appropriée au niveau de la sensibilité) consiste à éviter la maladie en altérant le niveau de sensibilité ou en limitant l'exposition pour les sujets sensibles; la prévention secondaire (appliquée au stade précoce d'évolution d'une maladie, c'est-à-dire, au cours des phases préclinique et clinique) consiste à détecter de façon précoce et traiter la maladie; la prévention tertiaire (appropriée au stade avancé d'une maladie ou d'une invalidité) consiste à soulager l'invalidité due à la maladie et à essayer de restaurer l'efficacité du sujet.

Prévention primaire

La prévention de l'apparition d'une maladie consiste en l'adoption de mesures appartenant à deux catégories principales: amélioration de l'état de santé général et mesures de protection spécifiques. Les mesures relatives à l'amélioration de l'état de santé général incluent des dispositions assurant l'intégration au niveau de l'environnement domestique, professionnel ou scolaire de conditions favorables à une vie saine, par exemple, bonne nutrition, vêtements adéquats, abri, repos et récréation. Ces mesures embrassent en outre le domaine étendu de l'éducation sanitaire, qui inclut non seulement des leçons d'hygiène, mais aussi des sujets aussi diversifiés que l'éducation sexuelle, des conseils d'orientation anticipatifs pour les enfants et les parents et des conseils préretraite. Les mesures de protection spécifiques incluent les vaccinations, l'amélioration des conditions sanitaires environnantes (par exemple, purification des sources d'approvisionnement en eau) et la protection contre les accidents de travail et les risques rencontrés dans l'environnement professionnel.

Le succès rencontré dans le passé par les services de santé publique dans les pays développés est dû en grande partie à la prévention primaire des maladies infectieuses par la manipulation de l'environnement et la vaccination. Aujourd'hui, les problèmes les plus pressants non encore résolus dans ces pays, sont les maladies chroniques dont la prévention nécessite la modification de comportements individuels profondément ancrés, tels que le choix d'un régime alimentaire, l'activité physique et la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues. Le problème des décès et des blessures dus à des accidents, en particulier, les accidents de la route, est tout aussi inexorable et sérieux. En ce qui concerne ces problèmes, les efforts futurs de prévention primaire viseront probablement à essayer d'influencer le comportement individuel et à contrôler l'environnement (par exemple, installation de sacs autogonflables dans les voitures, altération de la composition des graisses alimentaires) afin de détourner vers les services sociaux une partie de la responsabilité qui incombe aux particuliers, en matière de santé.

Prévention secondaire

Une détection précoce et un traitement rapide de la maladie permettent parfois de guérir le sujet très tôt ou de ralentir l'évolution de la maladie, d'éviter les complications, de limiter le degré d'invalidité et de faire rétrocéder la transmissibilité des maladies infectieuses. Au niveau de la collectivité, le traitement précoce des personnes atteintes de maladies infectieuses (par exemple d'infections vénériennes) peut empêcher l'infection de se propager et donc assure à la fois une prévention secondaire pour les personnes infectées et une prévention primaire pour leurs contacts potentiels. Parmi les maladies pour lesquelles les efforts de contrôle se situent principalement au niveau de la prévention secondaire, nous citerons en exemples le diabète, le cancer in situ du col de l'utérus et le glaucome.

Comme dans le cas de la prévention primaire, la responsabilité de la prévention secondaire incombe à la fois aux médecins privés et aux médecins de centres médicaux communautaires. Les services de la santé publique et autres agences communautaires effectuent souvent des enquêtes de dépistage au cours desquelles des sujets asymptomatiques sont examinés dans le but de découvrir les maladies éventuelles à un stade précoce.

Prévention tertiaire

La prévention tertiaire consiste à limiter l'invalidité et à assurer la réadaptation des sujets lorsque la maladie a déjà frappé et a laissé des séquelles. La physiothérapie appliquée à un membre touché pour en restaurer la mobilité et empêcher les contractures est un exemple des mesures visant à réduire l'invalidité.

On entend par réadaptation, l'ensemble des mesures qui visent à la réintégration dans la vie publique d'un sujet de façon à ce qu'il puisse jouer un rôle utile, satisfaisant et, si possible, retrouver son autonomie. La réadaptation vise principalement à utiliser au maximum les capacités résiduelles du sujet en mettant l'accent sur les facultés qu'il reste à sa disposition plutôt que sur celles qu'il a perdues. Etant donné le caractère médical, mais aussi psychosocial et psychoprofessionnel des méthodes de réadaptation modernes, leur application exige la coopération de professionnels de diverses spécialités, comme l'indique la figure 1-1. L'application de ces méthodes nécessite parfois également l'existence d'une infrastructure importante et suffisamment de capitaux pour pouvoir offrir une grande diversité de services sur une période de temps prolongée.

Jusqu'au moment de la mort, il est possible à chaque stade de l'évolution d'une maladie d'appliquer des mesures appropriées visant à enrayer cette évolution et la détérioration de l'état du patient. Pour bien comprendre les différents niveaux de prévention, il s'agit de les placer dans le contexte de l'évolution naturelle ou de l'histoire naturelle de la maladie. Plus nous en saurons sur l'histoire naturelle d'une maladie, plus nous aurons de chances de déterminer des points d'intervention efficaces. Nous prendrons un exemple spécifique, l'attaque, pour illustrer la relation qui existe entre l'histoire naturelle d'une maladie et les niveaux de prévention.

Session 36

Prospectus 36 A

Annexe du moniteur 36 C

Prospectus 36 A

EXEMPLE DE FEUILLE D'ANALYSE DE TACHES

Catégorie d'employé :			
Tâche			
Sous-tâche	Connaissances	Compétence	Attitudes

Annexe du moniteur 36 C

Evaluation des fiches de vaccination

Vous trouverez ci-dessous un exemple de fiches de vaccination. Pour l'exercice de l'étape 8, vous devez :

- Compléter quatre de ces fiches, ou des fiches de vaccination utilisées dans le pays hôte, d'après les renseignements donnés sur la page suivante.
- Faire 12 copies de ces fiches pour distribuer aux trois groupes de travail formés à l'étape 8.
- Lire ou écrire sur du papier journal le scénario de la page suivante.
- Informer les membres du groupe qu'ils ont 20 minutes pour évaluer les fiches afin de déterminer quelles vaccinations chaque enfant doit avoir, puis reporter ces données et toutes recommandations ou commentaires sur les fiches.

Les recommandations que les groupes doivent faire concernant les vaccinations à administrer à chaque enfant sont fournies au bas de la page suivante.

FICHE DE VACCINATION			
Nom			
Nom de la mère			
Nom du père			
Sexe masculin ou féminin			
Date de naissance	jour	mois	année
Nom du village			
VACCINS	DATE DE VACCINATION		
	jour	mois	année .
DPT et polio I			

DPT et polio II			
DPT et polio III			
BCG I			
Rougeole			
DT			

SCENARIO ET INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA FICHE DE VACCINATION

Vous êtes assis à la table de dépistage d'une clinique spécialisée dans les soins pour la mère et l'enfant (MCH). La date est le 3 décembre 1984 (03/12/84). Les enfants s'approchent avec leurs fiches de vaccination.

Regardez les données de vaccinations notées sur les fiches. Faites une coche en face des cases appropriées pour indiquer quels vaccins chaque enfant doit recevoir. Reportez toutes recommandations (commentaires) ou contre-indications nécessaires dans l'espace blanc au bas des fiches.

Le vaccinateur inscrira la date du jour après la coche dès que le vaccin aura été fait.

Exemple

Renseignements précédemment notés sur la fiche de vaccination :

Nom de l'enfant	Date de naissance	BCG	DPT1 et Polio1	DPT2 et Polio2	DPT3 et Polio3	Rougeole	Maladie le jour de la visite
No.1	01/12/83	01/12/83	12/01/84	23/02/84			03/12/84 fièvre et rhume
No.2	03/02/84		16/03/84	30/04/84	11/06/84		11 /06/84 diarrhée
No.3	11/11/83	04/01/84	26/12/84	08/02/84	22/03/84	a eu la maladie	
No.4	01/01/83	01/01/83					

Vaccins à administrer au cours de la visite à la clinique selon les renseignements ci-dessus :

Nom de l'enfant	Vaccins à administrer	Recommandations et/ou contre-indications
1	DPT3 et Polio3 et rougeole	Néant-La fièvre et le rhume ne sont <u>pas</u> des raisons pour repousser la vaccination.
2	BCG, polio3 et rougeole	Le vaccin polio3 doit être refait parce que l'enfant

		avait la diarrhée le 11/06/84.
3	Rougeole	A moins que le cas n'ait été confirmé par un médecin, le vaccin doit être administré.
4	BCG, DPT, polio et rougeole	Revenir dans 4 semaines pour DPT2 et polio2.

Session 38

Prospectus 38 A

Prospectus 38 B

Annexe du moniteur 38 B

Prospectus 38 A

Information générale concernant le paludisme

Transmission de la maladie	En général, le paludisme se transmet chez les hommes par la piqûre d'un moustique femelle du genre Anopheles infecté par l'une des quatre espèces du genre Plasmodium (P. falciparum, P. malariae, P. ovale, ou P. vivax). En se nourrissant du sang de l'homme, l'anophèle libère des sporozoïtes paludéens qui gagnent les cellules hépatiques (stade exo-érythrocytaire). Une fois que le parasite est arrivé à maturité, la cellule hépatique se rompt et libère de nombreux mérozoïtes. Ceux-ci envahissent les globules rouges, ce qui marque le début de la phase érythrocytaire de l'infection. A l'intérieur des globules rouges, les parasites arrivent à maturité, prennent le nom de schizontes, et se segmentent à nouveau en mérozoïtes. Enfin, les globules rouges infectés éclatent et le cycle recommence avec l'envahissement d'autres globules rouges par les mérozoïtes libérés. La libération des mérozoïtes des érythrocytes engendre les frissons et les accès fébriles caractéristiques des attaques de paludisme (convulsion).
Tableau clinique	Le paludisme est caractérisé par un accès fébrile, des sueurs, des frissons, des maux de tête, un malaise général et, dans les cas graves, une perte de connaissance et la mort. Chez les enfants, les symptômes du paludisme peuvent être subtils et assez variables et inclure perte d'appétit, agitation et léthargie.
Répartition géographique	En Asie, la zone paludéenne connue s'étend de l'ouest de l'Iran à l'Assam et à la Birmanie. En Amérique, elle couvre la plupart de l'Amérique du Sud tropicale à l'est des Andes ainsi que les côtes antillaise et pacifique de la Colombie et de Panama. En Afrique, le paludisme sévit principalement dans les pays de la région subsaharienne.
Groupes d'âge	Bien que le paludisme frappe à tous les âges, deux groupes sont

	particulièrement exposés aux cas graves et mortels : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.
Mesures de contrôle	<p>Pour la plupart des pays, l'éradication du paludisme dans un avenir proche est peu vraisemblable en raison du manque de ressources, y compris au niveau de l'infrastructure sanitaire, et de l'absence de mécanismes d'intervention d'une efficacité totale. Les budgets sanitaires limités réduisent la portée des activités de contrôle du paludisme. La plupart des programmes de contrôle du paludisme visent à diminuer l'incidence des cas mortels. L'administration précoce de médicaments antipaludéens, en particulier la chloroquine, pour traiter tous les cas de fièvre, devrait réduire les cas mortels de paludisme. L'emploi de chloroquine dans le traitement des fièvres doit être encouragé en particulier chez les deux groupes les plus exposés aux cas mortels de paludisme, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.</p> <p>Etant donné que le parasite du paludisme à falciparum devient de plus en plus résistant à la chloroquine dans certaines régions de l'Afrique de l'Est, chaque pays doit contrôler la sensibilité à la chloroquine des souches locales. Une méthode de contrôle a été mise au point à cet effet et peut être obtenue en s'adressant aux autorités nationales en charge de la santé publique.</p>
Médicaments antipaludéens	<p>Les médicaments antipaludéens permettent de réduire et/ou d'éliminer de façon sûre et efficace les parasites du paludisme dans le sang d'une personne et peuvent également être utilisés de façon préventive. Même dans les régions où il existe une résistance à la chloroquine, ce médicament continuera de jouer un rôle important parce qu'il peut être efficace pour un grand nombre des infections locales et qu'il est sûr et peu coûteux. Nous citerons deux mesures recommandées pour réduire les effets du paludisme sur la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans :</p> <p><u>Traitement présomptif</u> : ce traitement est dit "présomptif" parce que, sans avoir examiné un frottis de sang pour confirmer la présence des parasites, on suppose que la fièvre est causée par le paludisme et que l'enfant répondra au traitement par la chloroquine. La chloroquine est administrée aux enfants qui ont de la fièvre et/ou présentent d'autres signes et symptômes du paludisme. La quantité de chloroquine administrée dépend du poids (ou de l'âge) de l'enfant et de la présence ou de l'absence de soupçons relatifs à l'existence d'une chloroquino-résistance dans la région. Le programme de traitement présomptif adopté doit être conforme au traitement utilisé dans le pays hôte ou au traitement décrit dans le Prospectus 38B.</p> <p><u>Prophylaxie médicamenteuse</u> : on entend par prophylaxie l'ensemble des moyens destinés à prévenir l'apparition d'une maladie. Les cas graves de paludisme chez les femmes enceintes peuvent engendrer un avortement. Une femme enceinte qui prend</p>

	<p>de la chloroquine ou un autre agent prophylactique antipaludéen à des intervalles appropriés devrait être protégée contre le paludisme. La dose recommandée pour les femmes enceintes est de trois comprimés de chloroquine base de 100 milligrammes (mg), soit 300 mg par semaine (jusqu'à 2 mois après l'accouchement) pour protéger la mère et le bébé contre les méfaits du paludisme. La mère ne devrait pas présenter de symptômes même si elle est piquée par un moustique infecté.</p> <p>Il est à noter qu'il arrive parfois qu'une femme enceinte se rende au centre de soins pour la première fois pour un accès de fièvre. Dans ce cas, la femme doit tout d'abord recevoir un traitement antipaludéen <u>présomptif</u> pendant trois jours, puis passer à une prophylaxie médicamenteuse. Le traitement présomptif à administrer aux femmes enceintes est décrit au Prospectus 38B.</p>
<p>Contrôle des moustiques</p>	<p>Les <u>anophèles</u> (larves et papés) sont les vecteurs (porteurs) du paludisme. Le premier stade de développement des anophèles (larves et pupes) nécessite un milieu aquatique. Les milieux aquatiques, flaques d'eau de pluie, lacs et rivières, servent de gîtes de ponte à diverses espèces du genre <u>Anopheles</u>. On peut réduire le nombre de futurs moustiques en éliminant les larves présentes dans ces gîtes. On peut par exemple assécher les réserves d'eau stagnantes en les drainant ou en les comblant de terre. Ou encore vaporiser périodiquement des produits à base de pétrole ou des insecticides sur les eaux stagnantes servant de gîtes de ponte. Les moustiques adultes (stade volant) se posent souvent sur les murs des maisons. Pour les éliminer, on peut vaporiser des insecticides sur les murs intérieurs des maisons à intervalles réguliers. On peut aussi vaporiser des pesticides dans l'air pour supprimer les moustiques adultes. L'emploi généralisé d'insecticides pour le contrôle du paludisme a ses inconvénients, toutefois. Les insecticides sont toxiques et coûteux, et leur coût ne cesse d'augmenter.</p>
<p>Protection individuelle</p>	<p>Les gens peuvent se protéger contre les piqûres de moustiques en installant des moustiquaires aux fenêtres de leurs maisons, de leurs chambres à coucher, ou autour de leur lit, en appliquant des produits insectifuges sur leurs corps et leurs éliminer les gîtes de ponte dans leur communauté. Bien que ces mesures de contrôle des moustiques permettront de réduire les risques de transmission du paludisme, il se peut qu'elles soient trop coûteuses pour une application généralisée dans beaucoup de pays.</p>

Prospectus 38 B

PROGRAMME DE TRAITEMENT ANTIPALUDEEN

Les pages qui suivent décrivent le programme recommandé pour le traitement antipaludéen présomptif et prophylactique dans les régions où il existe une chloroquino-résistance et dans celles où il n'en existe pas.

Cette feuille est fournie uniquement à titre informatif et les volontaires ne doivent en aucun cas prescrire de traitement. Il est à noter également qu'il s'agit de programmes recommandés qui pourront parfois différer des mesures établies par le pays hôte; il faudra donc ne pas oublier de se renseigner sur la politique adoptée par le pays hôte et de la respecter.

TRAITEMENT ANTIPALUDEEN PRESOMPTIF A DOSE UNIQUE DE CHLOROQUINE SELON L'AGE ET LE POIDS DES PATIENTS

NOMBRE DE COMPRIMES DE 100 MG BASE			
	GAMME DE POIDS	NOMBRE DE	GAMME DE MG
GROUPE D'AGE	(KG)	COMPRIMES.	BASE PAR KG
Moins de 6 mois	3,4 - 7,4	3/4	10-22
6-11 mois	7,5 - 9,9	1	10-13
1-3 ans	10,0 - 14,4	1 1/2	10-15
4-6 ans	14, 3 - 18,4	2	11-14
7-11 ans	18,5 - 34,9	3 1/2	10-19
12-15 ans	35,0 - 59,9	6	10-17
16 ans et plus	60,0 et plus	6	variables

Si la santé de l'enfant ne s'est pas améliorée dans les 24 heures et que la fièvre est toujours présente dans les trois jours suivant l'administration de chloroquine, il doit revenir à la clinique pour réévaluation.

*La chloroquine est quelquefois disponible sous forme de sirop. Le sirop contient généralement 50 mg de chloroquine base par dose de 5 ml (environ 1 cuillère à café). On peut donner en toute sécurité de 10 à 20 mg de chloroquine par kg de poids corporel.

REGIONS DE CHLOROQUINO-RESISTANCE: TRAITEMENT ANTIPALUDEEN PRESOMPTIF PAR LA CHLOROQUINE SELON L'AGE ET LE POIDS DES PATIENTS

NOMBRE DE COMPRIMES DE 100 MG BASE					
<u>GROUPE D'AGE</u>	<u>Gamme de poids</u>	<u>Jour 1</u> <u>Nombre de comprimés</u>	<u>Jour 2</u> <u>Nombre de comprimés</u>	<u>Jour 3</u> <u>Nombre de comprimés</u>	<u>TOTAL</u>

Moins de 6 mois	3,4 -7,4	3/4	3/4	1/4	1 3/4
6-11 mois	7,5 -9,9	1	1	1/2	2 1/2
1-3 ans	10,0-14,4	1 1/2	1 1/2	1/2	3 1/2
4-6 ans	14,5-18,4	2	2	1	5
7-11 ans	18,5-34,9	3 1/2	3 1/2	1 1/2	8 1/2
12-15 ans	35,0-59,9	6	6	3	15
16 ans et plus	60,0 et plus	6	6	3	15

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE POUR LES FEMMES ENCEINTES

Groupe d'âge	Nbre de comprimés par semaine	Nombre de semaines
femmes enceintes	3 (comprimés de 100 mg base)	Depuis le début de la grossesse Jusqu'à 1-2 mois après l'accouchement.

Au cours de discussions relatives au traitement antipaludéen, ne pas oublier de mentionner les points suivants :

Discussion concernant le traitement présomptif :

- Déterminer si l'enfant a de la fièvre ou non ou s'il a eu de la fièvre récemment.
- Chercher d'autres signes et symptômes du paludisme.
- Administrer la quantité appropriée de chloroquine selon le poids ou l'âge de l'enfant.
- Traiter les fortes fièvres également par l'aspirine, par l'application de linges mouillés d'eau froide sur le corps et par l'administration orale de liquides supplémentaires.
- Noter sur des feuilles de pointage : a) les enfants traités et b) les stocks de chloroquine disponibles.
- Commencer le traitement par SRO rapidement chez les enfants souffrant de diarrhée, condition susceptible de compliquer un accès paludéen.
- Envoyer le patient à un centre de soins si la réponse au traitement n'est pas satisfaisante.
- Se renseigner sur les pratiques culturelles et déterminer celles qui peuvent être utiles, par exemple brûler de l'encens.
- Incorporer ce que les villageois peuvent faire, par exemple, fabriquer des moustiquaires pour entourer les lits et placer aux fenêtres, assainir les mares et autres réservoirs d'eau.
- Déterminer la quantité de médicament disponible localement.

- Incorporer des méthodes d'éducation sanitaire qui encouragent les villageois à rechercher un traitement dès les premiers signes de fièvre chez leurs jeunes enfants.

Au cours de discussions relatives au traitement prophylactique :

- Expliquer que prophylaxie signifie prévention de l'infection ou de la maladie.

- Insister sur les risques que représente le paludisme pour les femmes enceintes : avortement, enfants morts nés, ou enfants de poids faible.

- Continuation du traitement pendant deux mois après l'accouchement pour assurer que la mère est toujours protégée contre le paludisme pendant cette période critique pour le bébé.

- Informer la mère que le traitement est sûr.

- Commencer le traitement dès les premiers signes de grossesse.

Traiter les femmes enceintes ayant de la fièvre qui ne suivent pas de chloroquinothérapie présomptive (administrer 6 comprimés de chloroquine base à 100 mg à la clinique; puis 300 mg chaque jour pendant les 2 jours suivants). Une semaine suivant l'administration de la dernière dose, commencer un traitement prophylactique (soit 3 comprimés de 100 mg base par semaine).

Annexe du moniteur 38 B

QUESTIONNAIRE KAP SUR LE PALUDISME DESTINE AUX MENAGES

Vous trouverez ci-dessous un exemple de questionnaire KAP sur le paludisme. Utilisez cet exemplaire ou le questionnaire employé dans le pays hôte lorsque vous enseignerez l'étape 3. N'oubliez pas que si la session "Survey and Surveillance and the Impact of Culture on Diarrhea" n'a pas encore été abordée dans ce cours, il vous faudra prendre le temps de présenter le questionnaire KAP et les principes de base concernant l'organisation et la conduite d'une enquête.

Avant d'aborder cette session, utilisez ce formulaire ou une adaptation de ce formulaire pour recueillir des données KAP en interrogeant les habitants du pays hôte, ce qui vous permettra de rassembler des données quantitatives valables sur ces points. Ces résultats devront ensuite être regroupés, présentés et utilisés par les participants pour développer leur activité sanitaire.

QUESTIONNAIRE KAP SUR LE PALUDISME DESTINE AU MENAGES

1. Votre enfant a-t-il de la fièvre actuellement?

oui __ non __

Dans l'affirmative, depuis combien de temps a-t-il de la fièvre?

Nombre de jours (99 = ne sait pas)

2. Qu'avez-vous fait ou que faites-vous pour traiter l'accès de fièvre ou de paludisme de l'enfant? (réponse libre).

3. Qui traite ou a traité cet enfant malade? (réponse guidée par l'enquêteur).

Un agent du service de santé __ Quelqu'un d'autre __ (dans ce cas, aller à la question 6)

4. Quel jour, au cours de l'accès de fièvre ou de paludisme, avez-vous emmené l'enfant pour la première fois au centre de soins?

___ jour (ne sait pas = 99)

5. A-t-on administré des médicaments à l'enfant pour enrayer la fièvre ou l'accès de paludisme avant d'aller au centre de soins (discuter et vérifier la réponse) Oui__ (passer à la question 7) Non__ Ne s'en souvient pas__

6. L'enfant a-t-il pris des médicaments contre l'accès de fièvre ou de paludisme (discuter et vérifier)

Oui__ Non__ (arrêter l'entrevue) Ne s'en souvient pas__ (arrêter l'entrevue).

7. Quel jour de la maladie l'enfant a-t-il commencé le traitement/médicament.

___ jour (ne s'en souvient pas = 99)

8. Quel médicament a été administré pour traiter l'enfant (noter toutes les réponses)

Nivaquine (chloroquine)__ Flavoquine__ Camoquin__ Quinimax__ Fansidar__
Aspirine__ Autres__

9. Nombre total de jours d'administration du médicament au cours de la maladie.

___ fois (ne s'en souvient pas = 99)

10. Pendant combien de jours l'enfant a-t-il pris le médicament

___ jours (ne s'en souvient pas = 99)

11. Quel est le nombre total de doses de traitement administrées en 24 heures (discuter et vérifier)

___ doses (posologie inconnue = 99) comprimés__ cuillères à soupe__ cuillères à café__
injections__

Session 39

Prospectus 39 A

Annexe du moniteur 39 C

Annexe du moniteur 39 D

Prospectus 39 A

CAUSES COURANTES DE LA DIARRHÉE

Le tableau à la page suivante donne des renseignements qui aideront à identifier, sur la base des faits cliniques seuls, les agents les plus courants de la diarrhée. Il est considérablement simplifié. Par exemple, certains agents produisent diverses caractéristiques cliniques. Seuls les agents ayant une importance primordiale dans le

monde entier ont été inclus. Ce tableau clinique peut varier grandement selon les régions et les époques de l'année.

Essayez d'identifier les causes importantes de diarrhée dans votre région.

Attention : il existe un certain nombre d'autres conditions associées à la diarrhée, telles que les infections non intestinales (ex. : rougeole et paludisme), la malnutrition, l'intolérance alimentaire, etc. N'oubliez pas de vérifier l'existence ou l'absence de ces conditions et de donner un traitement spécifique le cas échéant.

Si les lecteurs trouvent ce tableau utile, nous présenterons peut-être d'autres informations sous cette forme dans des futurs numéros de Diarrhoea Dialogue. Veuillez, s'il vous plaît, nous adresser vos commentaires sur ce guide du clinicien.

SYMPTOMES	SIGNES CLINIQUES ASSOCIES		PERIODE D'INCUBATION	CONSIDERATIONS EPIDEMIOLOGIQUES	ORGANISMES	TRAITEMENT DE CHOIX
	COURANTS	AUTRES				
	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissement • Fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation grave dans certains cas 	24-72 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Nourrissons et jeunes enfants • Courant dans le monde entier au sein de tous les groupes socio-économiques • Plus courante pendant les saisons plus froides des climats tempérés. 	Rotavirus	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation
DIARRHEE ACQUEUSE AIGUE	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée • Vomissement • Douleur abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Malaise • Déshydratation grave 	6-72 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Nourrissons et Jeunes enfants dans les pays en voie de développement • Diarrhée des voyageurs chez les adultes 	Escherichia coli entérotoxigène (ETEC)	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation
Les selles prennent la forme du contenant	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée • Vomissement • Fièvre • Frissons • Douleur abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> • Malaise 	8-36 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants • Courante dans le monde entier • Flambées d'origine alimentaire (produits animaux) • Saisons plus chaudes 	Salmonelle nontypho, dique	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation
	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale • Fièvre • Malaise 	<ul style="list-style-type: none"> • Frissons • Sang et pus dans les selles 	3-5 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Répartie dans le monde entier • Dans les pays développés peut être d'origine alimentaire (produits animaux) ou transmise par 	Campylobacter	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation • Erythromycine dans les cas graves

				contact avec les animaux		
	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissement • Douleur abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation grave • Collapsus cardio-vasculaire "choc" 	1-3 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants dans les régions où l'affection est endémique • Adultes dans les régions nouvellement touchées • Pas de cas en Amérique latine 	Vibrio cholerae	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation • Tétracycline
	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée • Vomissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre 	6-72 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Flambées dans les crèches dans les pays développés • Incertain dans les pays en voie de développement 	Escherichia coli entérotoxigène (EPEC)	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation
DYSENTERIE Les selles sont molles et aqueuses et contiennent du sang et/ou au pus	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Douleur abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> • Malaise • Vomissement • Besoin pressant d'aller à la selle • Spasme douloureux lors de la défécation 	36-72 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants • Mauvaises conditions sanitaires • Malnutrition • Institutions • Saisons plus chaudes 	Shigella	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation • Ampicilline ou triméthoprim sulfaméthoxazole
DIARRHÉE PROLONGÉE (ou dysenterie) Depuis au moins 7 jours, les selles sont plus fréquentes ou plus molles (avec ou sans sang ou pus)	<ul style="list-style-type: none"> • Malaise abdominal 		2-6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les groupes à âge • Répartie dans le monde entier 	Entamoeba* histolytica	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole
	<ul style="list-style-type: none"> • Distension abdominale • Flatulence 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie • Nausée • Malabsorption 	1-3 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes enfants • Certains voyageurs • Mauvaises dans le monde 	Giardia* intestinalis	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole

		<ul style="list-style-type: none"> • Selles mousseuses 		entier <ul style="list-style-type: none"> • Répartie dans le monde entier 		
* Peut être identifié sur examen des selles avec un microscope classique. On peut également déterminer la présence de sang et de pus due à des infections à Shigelle et à Campylobacter.				Produit en collaboration avec le Ross Institute of the London School of Hygiene and Tropical Medicine et la Save the Children Fund.		

Annexe du moniteur 39 C

HISTOIRE D'UN ENFANT DIARRHEIQUE

Premier dessin

C'est l'histoire d'Alioune. Voici le petit Alioune, lorsqu'il était heureux et en bonne santé.

Deuxième dessin

Un jour la soeur d'Alioune, Fatu, pour aider sa mère, va chercher de l'eau de boisson à la rivière où d'autres lavent leur linge et abreuvent les animaux. Soudain, elle a mal au ventre.

Troisième dessin

Elle a la diarrhée près de la rivière dans les hautes herbes comme d'autres le font. Elle revient à la maison et va remplir le pot de terre qui contient l'eau qui sert à boire, faire la cuisine et laver la vaisselle et qui est entreposé dans la cuisine sans couvercle.

Quatrième dessin

Elle verse de l'eau dans le biberon pour nourrir son petit frère Alioune. Elle ne lave ni ses mains ni le biberon du bébé avant de nourrir l'enfant.

Cinquième dessin

Le jour suivant, Alioune ne cesse de pleurer et a la diarrhée. La mère dit à Fatu, "les bébés ont toujours la diarrhée. Ne t'inquiète pas".

Sixième dessin

Le jour suivant Alioune a toujours la diarrhée. Sa mère commence à s'inquiéter et décide que le meilleur moyen d'arrêter sa diarrhée est de ne plus lui donner à manger.

Septième dessin

Alioune a très soif et pleure pour avoir de l'eau mais sa mère ne lui en donne pas. Elle pense que l'eau empirerait sa diarrhée.

Huitième dessin

Alioune s'affaiblit considérablement de se déshydrate et a toujours la diarrhée. Sa mère s'inquiète beaucoup et ne sait que faire. Lorsque le père d'Alioune rentre à la maison, il décide d'envoyer la mère et le bébé à la clinique, à 10 kilomètres de là. Il demande au camionneur du village d'emmener sa femme mais l'homme réclame 100 francs et le père d'Alioune n'en a que 50.

Neuvième dessin

Le père d'Alioune essaie d'emprunter de l'argent à son voisin mais celui-ci a tout dépensé pour boire. Il s'adresse à son patron, M. Kola, pour un prêt. Celui-ci refuse, disant "vous me devez déjà 1000 francs de votre dernier emprunt pour le baptême d'Alioune". M. Kola lui conseille de dire à sa femme de mieux nourrir sa famille pour que lui et ses enfants ne soient pas si faibles et maigres."

Dixième dessin

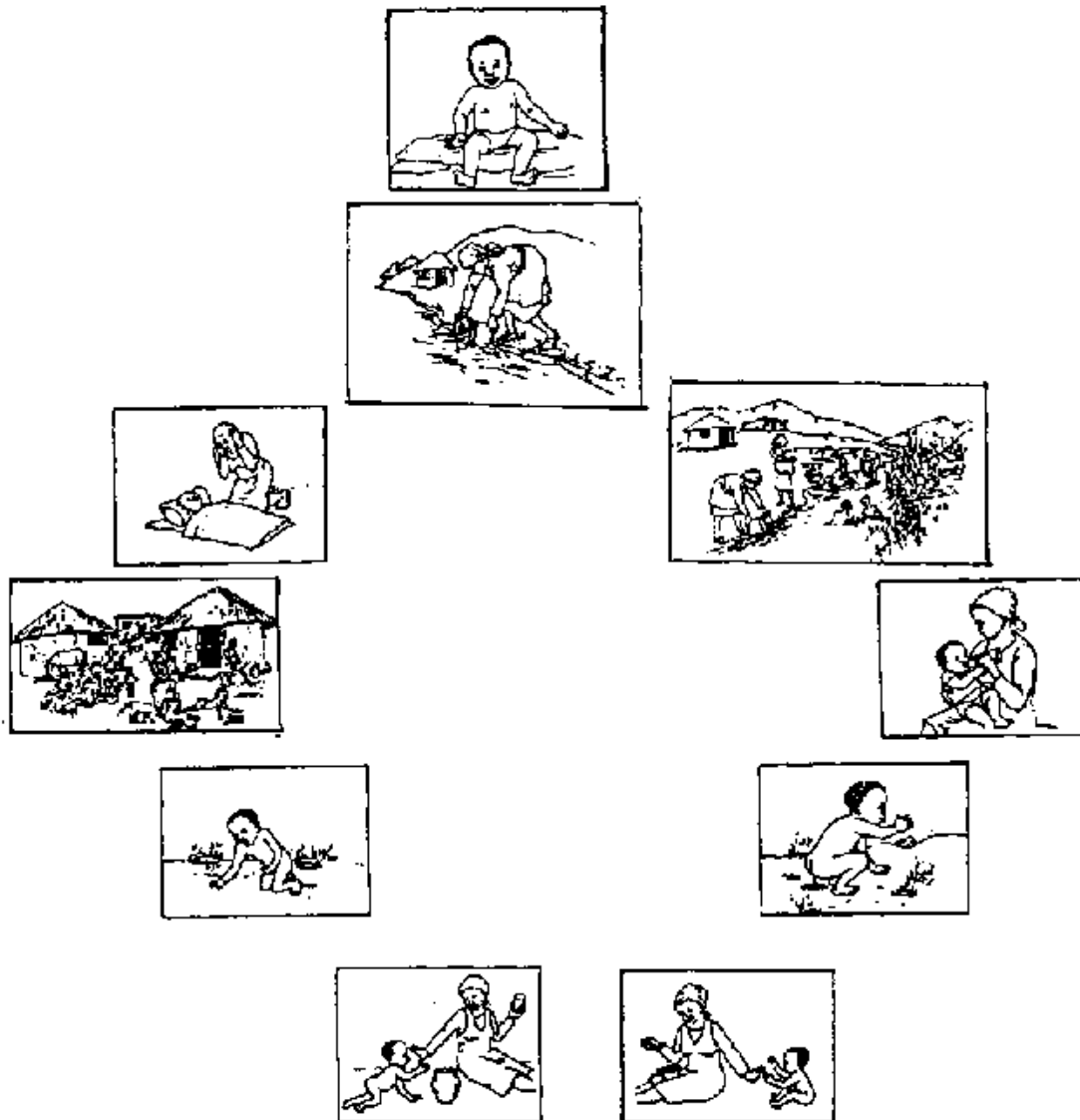
Cinq jours plus tard Alioune meurt. Qu'elle est la cause de sa mort? Aurait-elle pu être évitée?

Annexe du moniteur 39 D

SUGGESTIONS POUR L'UTILISATION DE L'HISTOIRE EN IMAGES

A mesure que vous racontez l'histoire, montrez les dessins appropriés. Puis demandez à l'un des participants de placer chaque dessin sur le mur de façon à ce que tous les dessins forment un cercle lisible dans le sens des aiguilles d'une montre (voir ci-dessous).

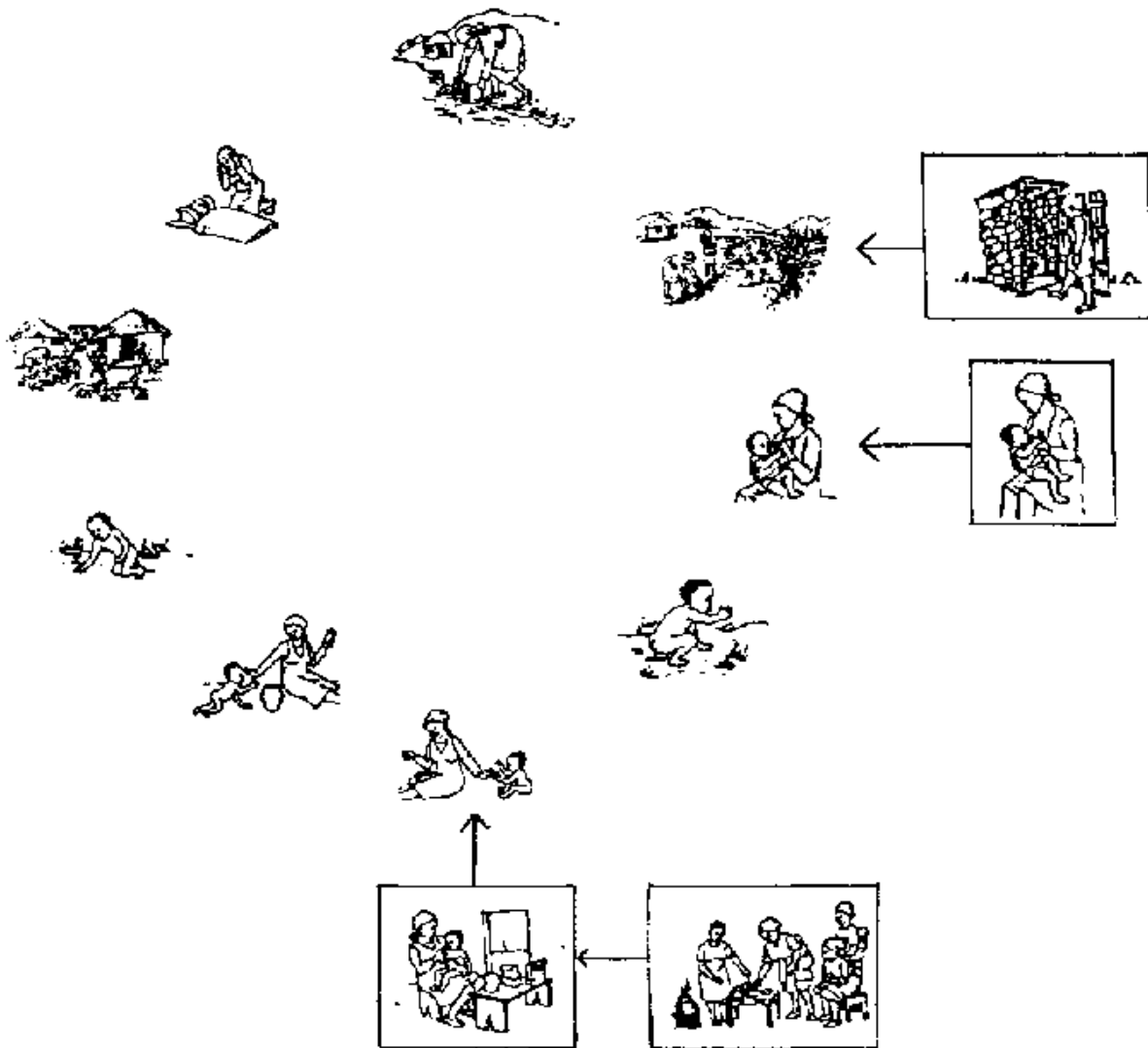
Suggestions pour l'utilisation de l'histoire en images 1



Après la discussion sur les causes de la diarrhée et les mesures à prendre en cas de diarrhée, demandez aux participants de placer les dessins représentant les mesures à

prendre à côté des dessins auxquels ces mesures s'appliquent, sur le cercle, comme le montre l'exemple ci-dessous. Laissez ces images sur le mur à titre de référence pour les sessions suivantes.

Suggestions pour l'utilisation de l'histoire en images 2



Session 40

Prospectus 40 A

Prospectus 40 B

Prospectus 40 C

Prospectus 40 D

Annexe du moniteur 40 B

Annexe du moniteur 40 C

Annexe du moniteur 40 D

Annexe du moniteur 40 E

Prospectus 40 A

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INTRODUCTION

QU'EST-CE QUE LA DIARRHÉE?

Le nombre de selles quotidiennes varie suivant le régime et la personne. Pendant un épisode diarrhéique, les selles contiennent plus d'eau - on le qualifie de selles acqueuses ou molles.

Les mères de famille savent lorsque leurs enfants ont la diarrhée. Elles disent alors que leurs enfants ont des selles nauséabondes ou que celles-ci sont émises bruyamment, en plus d'être molles ou acqueuses. c'est en parlant avec les mères que vous obtiendrez une définition locale de la diarrhée. De nombreuses sociétés définissent la diarrhée comme l'émission de 3 (ou plus) selles molles ou acqueuses en 24 heures.

Les enfants sont particulièrement sujets aux épisodes diarrhéiques entre 6 mois et 2 ans; de même que les bébés de moins de 6 mois alimentés au lait de vache ou au lait artificiel.

L'émission fréquente de selles normales n'est pas une diarrhée.

Les bébés allaités au sein ont souvent des selles plus molles que la normale, il ne s'agit pas de diarrhée.

DIARRHÉE AIGUE ET DIARRHÉE CHRONIQUE

La diarrhée aiguë et débute soudainement et peut se poursuivre pendant plusieurs jours. Elle est causée par une infection intestinale.

La diarrhée chronique peut varier d'un jour à l'autre et durer plus de trois semaines. Elle peut être causée par la malnutrition, une infection, des vers ou d'autres parasites intestinaux.

POURQUOI LA DIARRHÉE EST-ELLE DANGEREUSE?

Les principaux dangers de la diarrhée sont le décès et la malnutrition.

La perte d'une grande quantité de liquides et de sels corporels au cours d'un épisode diarrhéique aigu peut entraîner la mort par déshydratation.

La diarrhée est pire et plus commune chez les personnes qui souffrent de malnutrition. La diarrhée peut entraîner la malnutrition ou l'empirer, car:

- (a) l'organisme perd ses éléments nutritifs,
- (b) une personne qui souffre de diarrhée peut ne pas avoir faim, et

(c) les mères de famille ont souvent la mauvaise habitude de ne pas alimenter leurs enfants lorsqu'ils souffrent de diarrhée se soit améliorée.

Les enfants qui souffrent de diarrhée devraient recevoir des aliments solides dès qu'ils ont envie de manger.

COMMENT EST-CE QUE LA DIARRHÉE ENTRAÎNE LA DESHYDRATATION?

Le corps puise normalement dans les aliments et dans les boissons l'eau et les sels dont il a besoin (entrée). Il élimine normalement l'eau et les sels (sortie) par les selles, l'urine et la sueur.

Lorsque l'intestin est sain, l'eau et les sels passent de l'intestin dans le sang. Lorsqu'il y a diarrhée, l'intestin ne travaille plus normalement et laisse passer moins de sels et d'eau dans le sang. Par conséquent, une plus grande quantité d'eau et de sels sont éliminés.

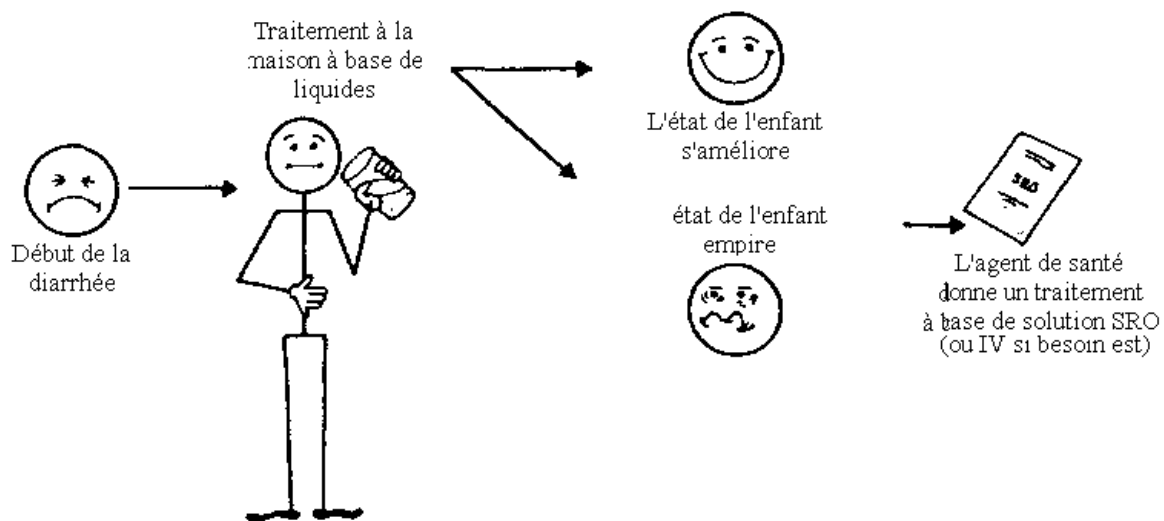
Cette perte supplémentaire de sels et d'eau entraîne la déshydratation, qui se produit lorsque la sortie d'eau et de sels est supérieure à l'entrée. Plus un patient émet de sels diarrhéiques et plus il perd d'eau et de sels. La déshydratation peut également se produire par suite de vomissements répétés, qui accompagnent souvent les épisodes diarrhéiques.

La déshydratation se produit plus vite chez les nourrissons et les jeunes enfants, en climats chauds, et lorsqu'il y a fièvre.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE

Deux choses sont importantes dans le traitement de la diarrhée: (1) prévenir la déshydratation si possible, et (2) traiter vite et bien la déshydratation si elle se produit.

Traitement de la diarrhée



Prevention de la déshydratation: On peut aisément prévenir la déshydratation a domicile en donnant à l'enfant plus de liquides dès que la diarrhée se produit. Il convient de donner les boissons dont on dispose, comme de l'eau de riz, du jus de fruit, du thé léger, ou

encore une solution de sel et de sucre préparée à la maison et/ou augmenter l'allaitement au sein. Les liquides utilisés pour prévenir la déshydratation dépendent:

- des traditions locales,
- de la possibilité de se procurer du sel et du sucre,
- de l'accès aux services de santé,
- de la disponibilité de sels de réhydratation orale (SRO), et
- de la politique nationale.

Traitement de la déshydratation: Si la déshydratation se produit, l'enfant doit être transporté auprès d'un agent de santé communautaire ou dans un centre de santé. Le meilleur traitement est alors la thérapeutique de réhydratation orale à l'aide d'une solution de sels (SRO). Ce traitement vous sera décrit plus loin. Bien que ce module décrive surtout le traitement des enfants atteints de diarrhée, il peut s'appliquer également aux adultes. Chaque fois que cela est possible, il faut utiliser les sachets SRO dans les cas de déshydratation.

BUT DE L'APPRENTISSAGE

Le tableau suivant montre les tâches nécessaires qu'il faut réaliser pour le traitement de la diarrhée. L'information, les exemples et les exercices pratiques doivent vous préparer à réaliser ces tâches dans votre région sanitaire.

D'une manière générale, procéder comme suit, si cela est possible:

Eduquer les membres de la famille en ce qui concerne le traitement à domicile de la diarrhée 10

Réaliser les étapes suivantes chaque fois qu'un enfant est amené pour traitement de la diarrhée:

Evaluer l'état de l'enfant souffrant de diarrhée 2.0	Traiter l'enfant souffrant de diarrhée 3.0	Notez les données de l'enfant 4.0
-	-	
<i>· Evaluer le degré de déshydratation.</i>	<i>• Choisir le plan de traitement et traiter la déshydratation.</i>	
<i>Recherches les signes ou symptômes qui peuvent indiquer un autre problème grave.</i>	<i>Traiter tout autre problème grave.</i>	

EDUQUER LES MEMBRES DE LA FAMILLE EN CE QUI CONCERNE LE TRAITEMENT A DOMICILE DE LA DIARRHEE

Il est possible d'éviter la déshydratation grâce à certaines méthodes de traitement à domicile, à appliquer dès qu'un enfant souffre de diarrhée. Il est très important

d'expliquer aux membres de la famille qu'une diarrhée peut et doit être traitée à la maison, et quel en est le traitement.

Il existe différents moyens d'enseigner cela aux membres de la famille: les émissions de radio, les écoles, les affiches, les réunions au sein de la communauté, les consultations au centre de santé ou auprès d'un agent de santé. Il vous faudra identifier, avec les dirigeants et les membres de la communauté plusieurs sources possibles d'enseignement qui vous permettront d'atteindre toutes les familles de la région. Grâce à l'aide et à la coopération des membres de la communauté, chaque famille aura la possibilité d'apprendre comment soigner la diarrhée à domicile.

Les agents de santé communautaires et le personnel des centres de santé doivent expliquer les trois règles du traitement à domicile aux mères et aux autres membres de la famille chaque fois qu'ils en ont l'occasion (par exemple lorsqu'une mère vient à une consultation prénatale ou lorsqu'elle fait vacciner ses enfants).

Lorsqu'il explique comment soigner une diarrhée à domicile, l'agent de santé doit toujours faire une démonstration, afin que la mère puisse comprendre et se souvenir. Par exemple, il est plus facile de montrer que d'expliquer quelle est la quantité de liquide à donner à l'enfant ou comment préparer une solution de sucre et de sel.

Il faut également permettre à la mère de mettre en pratique ce qu'elle apprend (la préparation de la solution, par exemple) afin de s'assurer qu'elle est en mesure de le faire.

En ce qui concerne ce qui est expliqué, mais pas réellement mis en pratique (alimentation de l'enfant, par exemple), l'agent de santé posera quelques questions à la mère afin d'être sûr qu'elle a bien compris et qu'elle se souviendra.

Les pages suivantes sont une explication des trois règles du traitement de la diarrhée à domicile. Vous les retrouverez également dans la version abrégée de "Comment traiter la diarrhée à domicile" (brochure à l'usage des mères de famille) et dans le Plan de Traitement A du TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE que l'agent de santé gardera comme référence. Chaque fois qu'un enfant est atteint de diarrhée, il doit être soigné suivant ces trois règles.

TROIS REGLES POUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE A DOMICILE

1. Faire absorber à l'enfant plus de liquides que de coutume.

- Si l'enfant est allaité par sa mère, le mettre au sein plus souvent. S'il n'est pas allaité, accroître la quantité de lait prise, mais diluer ce lait, une fois préparé, dans une quantité égale d'eau.
- Donner à l'enfant:
 - des boissons locales comme de l'eau de riz, des doupes, du thé léger ou des jus de fruits, et/ou
 - une solution soigneusement préparée de sucre et de sel. Cette solution peut être préparée de différentes façons (voir Annexe 1).

Faire absorber à l'enfant plus de liquides que de coutume.



Un enfant de moins de deux ans doit recevoir environ 50 à 100 ml (1/4 à 1/2 tasse) de liquide après chaque selle diarrhéique; un enfant plus âgé doit en absorber le double. Les adultes doivent boire à volonté.

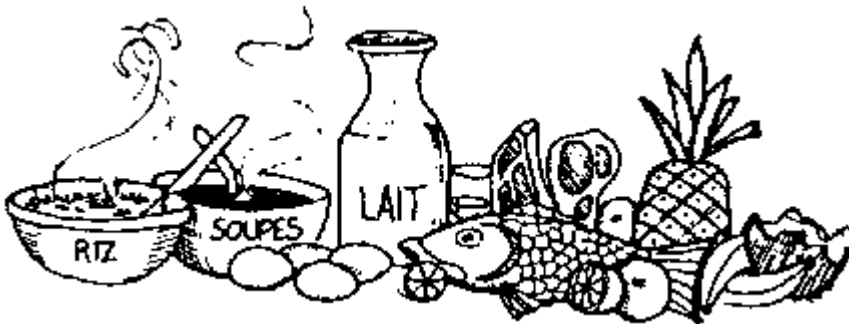
2. Continuer d'alimenter l'enfant

Ne rien donner à l'enfant qui souffre de diarrhée peut entraîner ou empirer un état de malnutrition.

Tous les enfants sevrés, de 4 mois ou plus, doivent recevoir des aliments solides pendant un épisode diarrhéique. Les meilleurs aliments sont ceux qui sont aisément digérés (comme le riz blanc, les soupes, les produits laitiers, les oeufs, le poisson et la viande bien cuite), et ceux qui contiennent du potassium (comme l'ananas, les bananes et l'eau de coco). On peut également donner un peu de graisse ou d'huile.

Même si l'absorption de substances nutritives est réduite en cas de diarrhée, la plupart des éléments seront assimilés.

Continuer d'alimenter l'enfant



L'enfant doit pouvoir manger autant qu'il en a envie. Le mieux est de lui donner plusieurs repas (de 5 à 7 par jour) pendant un épisode diarrhéique, car il ne mangera que peu

chaque fois. Il faudra ensuite lui offrir au moins un repas supplémentaire par jour pendant une semaine après la fin de la diarrhée.

3. Surveiller les signes de déshydratation

L'examen des signes de déshydratation commence à la page 8 de ce module. Si un enfant montre un signe de déshydratation, ou si sa diarrhée dure deux jours de plus, il faut le transporter à un centre de santé ou le faire examiner par un agent de santé communautaire.

Traitement de la diarrhée à domicile

1. AUGMENTER les liquides
2. POURSUIVRE l'alimentation
3. SURVEILLER les signes de déshydratation

Prospectus 40 B

EVALUER L'ETAT DE L'ENFANT SOUFFRANT DE DIARRHÉE

Etant donné que l'effet le plus dangereux de la diarrhée est la déshydratation, la première chose à faire dans le traitement de la diarrhée est d'examiner le patient afin d'évaluer les signes d'une éventuelle déshydratation. La méthode décrite ci-dessous doit toujours être suivie par l'agent de santé qui examine un enfant dont la mère indique que la diarrhée est la ou l'une des raison(s) de consultation. (Les agents de santé doivent toujours connaître les termes localement utilisés pour décrire la diarrhée ou ses différents symptômes). La même méthode sera suivie lorsque l'agent de santé reverra le patient après le début du traitement.

REMARQUE: Les mères de famille attendent de vous un traitement qui va arrêter la diarrhée de l'enfant. Il peut donc être nécessaire d'expliquer qu'un traitement de déshydratation, en soulignant pourquoi cela est plus important que d'arrêter la diarrhée.

INTERROGER, EXAMINER, PALPER POUR DECOUVRIR LES SIGNES DE DIARRHÉE OU D'AUTRES PROBLÈMES GRAVES

Voici une liste des questions qu'un agent de santé doit poser, de ce qu'il doit examiner et palper. Dans le prospectus 400 se trouve également le tableau "Comment évaluer votre patient". Dépliez-le. Lisez la liste suivante afin de vous familiariser avec les questions qu'un agent de santé doit poser et avec les examens physiques auxquels il doit procéder. Reportez-vous également au tableau afin d'apprendre à interpréter chaque signe.

L'agent de santé doit:

INTERROGER:

· Combien de selles liquides l'enfant a-t-il eu? Depuis combien de temps l'enfant souffre-t-il de diarrhée? Avez-vous remarqué une présence de sang et de glaires dans les selles?

· l'enfant a-t-il vomi?

Si oui,

- en quelle quantité?
- quelle a été la fréquence des vomissements?
- l'enfant peut-il boire? Si oui, a-t-il plus soif que de coutume?
- l'enfant a-t-il uriné au cours des six dernières heures? Si oui,
 - en quantité normale ou réduite?
 - la coloration était-elle plus foncée que d'habitude?

EXAMINER l'état général du patient:

- Quel est l'état général de l'enfant?
- Se sent-il bien, est-il gai?
- Se sent-il mal, est-il fatigué ou nerveux?
- Est-il très fatigué, abattu, ou inconscient?
- A-t-il eu des convulsions?
- Est-il dans un état de malnutrition grave? Remarque: Un agent de santé doit être capable de savoir si un enfant souffre de malnutrition après observation. S'il ne peut le faire par simple observation, il peut aisément détecter un état de malnutrition chez un enfant de 1 à 5 ans, en mesurant son tour de bras. Si le tour de bras mesure moins de 12,5 cm, l'enfant souffre de malnutrition. On peut utiliser, pour faire cette mesure, une bande tricolore (voir Annexe 2). Si l'on atteint la bande rouge, l'enfant est en état de malnutrition grave.
- l'enfant a-t-il des larmes lorsqu'il pleure?
- Ses yeux sont-ils normaux, enfoncés, très secs et très enfoncés?
- Sa bouche est-elle humide, sèche, ou très sèche?
- A-t-il une respiration normale, accélérée, ou très accélérée et profonde?

PALPER ensuite:

- La peau, une fois pincée, revient-elle à sa situation initiale vite (pas de pli cutané), lentement (pli pâteux), ou très lentement (pli cutané en plus de 2 secondes)? Chez un bébé, l'agent de santé pincera la peau du ventre, de la nuque ou du dessus de la main. Remarque: Cette façon de procéder peut donner une information erronée chez les patients obèses ou gravement atteints de malnutrition. Chez le patient gravement dénutri, la peau peut présenter un pli cutané, même s'il n'y a pas de déshydratation. Chez le patient obèse, la peau peut reprendre rapidement son aspect normal, même s'il y a déshydratation.
- Peut-on sentir le pouls? Si oui, est-il normal, rapide, très rapide ou faible?
- La fontanelle (petite membrane souple sur le dessus de la tête des bébés) est-elle normale, déprimée ou très déprimée? Remarque: Il ne s'agit là d'un symptôme utile que dans le cas des enfants dont la fontanelle n'est pas encore fermée (jusqu'à un an).

PESER l'enfant si vous disposez d'une balance: Les raisons pour lesquelles il est bon de peser l'enfant sont les suivantes: (1) si l'enfant a été pesé de façon routinière, vous remarquerez aisément une perte de poids soudaine au cours d'un épisode diarrhéique qui peut indiquer le niveau de déshydratation et, (2) en pesant l'enfant régulièrement pendant le traitement, vous pourrez évaluer les progrès de la réhydratation.

- Si vous disposez d'une balance, pesez l'enfant nu ou peu vêtu. Si l'enfant a été pesé de façon régulière et que son poids a été soigneusement noté, comparez le poids actuel avec le dernier poids enregistré.

Y a-t-il eu perte de poids pendant la diarrhée? Si oui, y a-t-il eu une perte de poids de 25 à 100 gr par kilo de poids de l'enfant, ou bien la perte a-t-elle été supérieure à 100 gr par kilo de poids?

Cela peut s'avérer difficile à évaluer sans balance exacte. C'est pourquoi il vaut mieux s'en tenir à l'évaluation des autres symptômes pour établir un diagnostic de déshydratation.

· S'il n'y a pas de balance, ne retardez pas le traitement.

PRENDRE LA TEMPERATURE

· L'enfant a-t-il une forte fièvre? (supérieure à 38.5° C ou de 101° F)? Remarque: Prenez la température rectale ou axillaire. l'agent de santé accoutumé à la méthode rectale, qui possède plusieurs thermomètres et qui est en mesure de les désinfecter après chaque usage, prendra la température rectale. Sinon, on prendra la température axillaire.

DETERMINER UN TRAITEMENT APPROPRIE.

· Trouvez sur le tableau "Comment évaluer votre patient" les signes qui décrivent l'état de l'enfant.

· Déterminez si certains des signes de la colonne D sont présents. Si oui, le cas présente de graves problèmes qui requièrent un traitement en plus de tout traitement de réhydratation nécessaire. Traitez ces problèmes selon les méthodes traditionnelles ou envoyez le malade à un médecin. S'il y a beaucoup de sang et de glaire dans les selles ainsi qu'une forte fièvre, soupçonnez une dysenterie. Traitez ce problème avec des antimicrobiens.

· Déterminez le degré de déshydratation.

- Référez-vous à la colonne C. Si 2 ou plus des signes énumérés dans cette colonne sont présents, le patient est gravement déshydraté.

- Dans le cas contraire, consultez la colonne B. Si 2 ou plus des signes énumérés dans cette colonne sont présents, le patient souffre d'une légère déshydratation.

- Dans le cas contraire, vous pouvez conclure que le patient ne présente aucun signe de déshydratation.

· Sélectionnez le plan de traitement approprié selon le degré de déshydratation. Ces plans de traitement sont décrits dans le TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHEE qui vous sera donné.

Lorsqu'il n'y a aucun signe de déshydratation, sélectionnez le plan de traitement A - Comment éviter la déshydratation.

Pour les cas de déshydratation légère, sélectionnez le plan de traitement B - Comment traiter la déshydratation avec une solution SRO.

Pour les cas de déshydratation grave, sélectionnez le plan de traitement C - Comment traiter rapidement les cas graves de déshydratation.

EXEMPLE Une mère apporte sa fillette de 3 ans, Rania, à une clinique parce qu'elle a la diarrhée. l'agent de la clinique pose des questions, examine et palpe l'enfant, à la

recherche de signes de déshydratation. Vous trouverez ci-dessous le tableau "Comment évaluer votre patient" dans lequel ont été encerclés les résultats de l'examen :

COMMENT EVALUER VOTRE PATIENT

		A	B	C	D
TERROGEZ SUR:	LA DIARRHEE	Moins do 4 selles liquides/jour	De 4 à 10 selles liquides/jour	Plus de 10 selles liquides/jour	Dure depuis plus de 3 semaines (diarrhée chronique)
	LES VOMISSEMENTS	Aucun ou très faibles	Quelques vomissements	Très fréquents	Traces de glaires et do sang
	LA SOIF	Normale	Plus grande	Incapacité de boire	
	L'URINE	Normale	En petite quantité, foncée	Pas d'émission d'urine au cours des 6 dernières heures	
AMINEZ:	L'ÉTAT GÉNÉRAL	Normal	Mal à l'aise, somnolent, nerveux	Très somnolent, abattu, inconscient, convulsions	Malnutrition grave
	LES LARMES	Présentes	Absentes	Absentes	
	LES YEUX	Normaux	Enfoncés	Très secs et enfoncés	
	LA BOUCHE et LA LANGUE	Humides	Sèches	Très sèches	
	LA RESPIRATION	Normale	Rapide	Très rapide et profonde	
LPEZ:	LA PEAU	Pas de pli cutané	Pli pâteux	Pli cutané persistant	
	LE POULS	Normal	Rapide	Très rapide, faible, ou Imperceptible	
	LA	Normale	Déprimée	Très	

	FONTANELLE (chez les bébés)			déprimée	
RENDRE LA TEMPERATURE					Fièvre élevée, égale ou supérieure à 38,5°C
ESEZ, SI POSSIBLE		Pas de perte de poids pendant l'épisode diarrhéique	Perte de 25 à 100 grammes par kilo de corporel	Perte de poids de plus de 100 grammes par kilo poids corporel	
VALUATION ET PRISE DE DÉCISION		Si le patient ne présente aucun signe de déshydratation	Si le patient présente au moins 2 de ces signes, Il souffre de déshydratation	Si le patient présente au moins 2 de ces signes dangereux, Il souffre de déshydratation grave	Si le patient souffre de diarrhée chronique, de malnutrition, ou de forte fièvre, traiter ou orienter vers__pour traitement. S'il y a présence de glaires et de traces de sang, et fièvre élevée, il y a présomption de dysenterie.
		Suivez le plan A	Suivez le plan B	Suivez le plan C	

Etant donné que Rania a du sang et des glaires dans ses selles et une forte fièvre (colonne D), l'agent de la clinique suspecte une dysenterie et prescrit de l'ampicilline. Puisque Rania ne présente aucun des signes de la colonne C et seulement 1 des signes de la

colonne B. l'agent de la clinique détermine qu'elle n'a aucun signe de déshydratation. Il sélectionne donc le plan de traitement A pour prévenir tout risque de déshydratation.

Prospectus 40 C

PLAN DE TRAITEMENT A

POUR PRÉVENIR LA DÉSHYDRATATION

EXPLIQUEZ À LA MÈRE COMMENT IL EST POSSIBLE DE TRAITER LA DIARRHÉE À DOMICILE EN SUIVANT 3 RÈGLES:

1. DONNEZ A VOTRE ENFANT PLUS DE LIQUIDES QUE DE COUTUME:

- * eau de riz, jus de fruit, infusions légères, ou solution de sel et de sucre et
- * lait maternel, ou lait reconstitué puis dilué dans une quantité d'eau égale

2. DONNEZ A VOTRE ENFANT DES ALIMENTS SOLIDES:

- * autant qu'il en désire
- * 5 à 7 fois par jour
- * faciles à digérer
- * contenant du potassium

3. SURVEILLEZ LES SIGNES DE DÉSHYDRATATION. (Montrez à la mère comment interroger, examiner et palper afin de découvrir ces signes. Puis demandez-lui de le faire devant vous.)

RAMENEZ VOTRE ENFANT, SI:

- * vous découvrez des signes de déshydratation
- * la diarrhée se poursuit 2 jours de plus

DITES À LA MÈRE QUE CES SIGNES SONT IMPORTANTS. EXPLIQUEZ LUI QU'ELLE PEUT PRÉVENIR LA DIARRHÉE, SI:

- * elle donne à son enfant des aliments frais, lavés et bien cuits et de l'eau potable
- * elle suit des règles d'hygiène

MONTREZ À LA MÈRE COMMENT PRÉPARER ET ADMINISTRER UNE SOLUTION SRO À DOMICILE, SI:

- * son enfant a été traité suivant le Plan B
- * la politique du pays est de donner une solution SRO à tous les enfants amenés à un centre de santé pour y recevoir un traitement de la diarrhée
- * la mère ne peut revenir, même si la diarrhée de son enfant empire

DONNEZ À LA MÈRE SUFFISAMMENT DE SACHETS SRO POUR 2 JOURS

DITES LUI DE DONNER, APRÈS CHAQUE SELLE MOLLE:

- * de 50 à 100 ml (de 1/4 à 1/2 tasse) de solution SRO à un enfant de moins de 2 ans
- * de 100 à 200 ml à un enfant plus âgé. Les adultes en recevront autant qu'ils le souhaitent

Indiquez-lui que si l'enfant vomit, elle doit attendre 10 minutes puis reprendre l'administration de la solution lentement et par petites quantités.

REMARQUE: Les enfants à qui i on administre une solution SRO ne recevront pas de solution de sel et de sucre en même temps.

PLAN DE TRAITEMENT B

POUR TRAITER LA DÉSHYDRATATION PAR SOLUTION SRO

1. UTILISEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR VÉRIFIER LA QUANTITÉ DE SOLUTION SRO APPROPRIÉE POUR UN TRAITEMENT DE 4 À 6 HEURES:

Tableau

Poids du patient en kilogrammes							
Age du patient*						adulte	
Administrez cette quantité de solution pendant 4 à 6 heures	en ml	200-400	400-600	600-800	800-1000	1000-2000	2000-4000
	en unité locale de mesure						

* N'utilisez l'âge du patient que lorsque vous n'en connaissez pas le poids.

Si le patient réclame plus de solution SRO, donnez lui en plus. Si ses paupières gonflent, arrêtez et donnez d'autres boissons. Renouvelez la solution SRO dès que les paupières seront dégonflées.

Si l'enfant vomit, attendez 10 minutes, puis poursuivez lentement et par petites quantités l'administration de la solution SRO.

2. SI LA MÈRE PEUT RESTER AU CENTRE DE SANTÉ

- * Indiquez-lui la quantité de solution SRO à donner à son enfant
- * Montrez-lui comment la lui donner
- * Observez-la pendant qu'elle la lui donne

3. APRÈS 4 À 6 HEURES, FAITES UNE NOUVELLE ÉVALUATION DE L'ENFANT. PUIS CHOISISSEZ LE PLAN DE TRAITEMENT APPROPRIÉ.

REMARQUE: DANS LE CAS DES ENFANTS DE MOINS DE 12 MOIS, POURSUITE DU PLAN DE TRAITEMENT B APRÈS 4 À 6 HEURES. DITES À LA MÈRE DE DONNER

- * du lait maternel entre les prises de solution SRO ou
- * de 100 à 200 ml d'eau potable avant de poursuivre la solution SRO, au cas où elle n'allait pas son enfant

4. SI LA MÈRE DOIT REPARTIR AVANT LA FIN DU PLAN DE TRAITEMENT B. DITES-LUI:

- * de terminer le traitement des 4 à 6 premières heures suivant le paragraphe 1. ci-dessus
- * de donner à l'enfant autant de solution SRO qu'il voudra, après le traitement
- * de vérifier l'éventuelle apparition des signes de déshydratation, et, au cas où l'enfant en présenterait, de revenir le lendemain matin

Donnez-lui suffisamment de sachets SRO pour 2 jours et montrez-lui comment préparer une solution SRO.

Expliquez brièvement comment prévenir la diarrhée.

PLAN DE TRAITEMENT C

POUR TRAITER RAPIDEMENT UNE DÉSHYDRATATION GRAVE

Suivez les flèches. Si la réponse à la question est «oui », lisez à droite. Si c'est «non», lisez plus bas.

COMMENCEZ ICI		
Etes-vous en mesure d'administrer une perfusion intraveineuse (IV)?	OUI	1. Administrez la perfusion IV 2. Après 4 à 6 heures, réévaluer l'enfant et choisir le Plan de Traitement approprié.
NON		
L'enfant est-il capable de boire?	OUI	1. Commencez le traitement par la solution SRO comme dans le Plan de Traitement B. 2. Orientez l'enfant vers un centre où il recevra un traitement par perfusion IV.
NON		
Avez-vous reçu une formation vous permettant d'utiliser une réhydratation?	OUI	1. Commencez la réhydratation à l'aide de la sonde. 2. Si la perfusion IV peut être faite dans les environs envoyez Immédiatement l'enfant afin qu'il reçoive une perfusion.
NON		
URGENT: Orientez l'enfant vers un traitement par perfusion IV.		

REMARQUE: Si l'enfant a une forte fièvre, indiquez à la mère la façon de le rafraîchir à l'aide d'un linge humide et en l'éventant.

Prospectus 40 D

EVALUATION DES CAS DE DIARRHÉE ET DE DESHYDRATATION

Au cours de cet exercice vous lirez la description de 3 cas différents de diarrhée infantile. Pour chaque enfant, vous devrez évaluer le degré de déshydratation, sélectionner un plan de traitement et décrire le traitement choisi.

Référez-vous au TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE selon les besoins. Vous devrez vous familiariser avec ce tableau de façon à ce que vous puissiez vous y référer facilement lorsque vous traiterez les patients qui viendront vous consulter.

CAS No. 1

Sione a 5 mois. Sa mère le nourrit au sein. Sa diarrhée a débuté la nuit précédente et il a eu 8 selles très aqueuses. Il a aussi vomi. L'agent de santé examine les selles pour voir si elles contiennent du sang ou des glaires mais n'en voit pas.

En examinant Sione, l'agent de santé remarque que sa peau reprend lentement sa forme initiale lorsqu'elle est pincée, que sa fontanelle est légèrement déprimée et ses yeux un peu enfoncés. Sione n'a pas de fièvre et ne vomit plus. Il urine normalement.

- a. l'enfant présente-t-il des signes de déshydratation? Si oui, décrivez-les.
- b. Est-il gravement déshydraté?
- c. Quel plan de traitement l'agent de santé devrait-il élire?
- d. Quelle quantité de solution SRO doit-on administrer à l'enfant pendant les 4 - 6 premières heures?
- e. Que doit-on faire si l'enfant vomit?
- f. Quant l'enfant doit-il être réévalué?

Lorsque l'agent de santé réévalue Sione, elle remarque qu'il a toujours la diarrhée. Sa peau reprend plus rapidement sa forme initiale lorsqu'elle est pincée, mais ses yeux et sa fontanelle sont toujours un peu enfoncés.

- g. Décrivez le traitement à suivre maintenant.

Quatre heures plus tard, Sione semble beaucoup mieux. Ses yeux ne sont plus enfoncés, la fontanelle est normale et la peau reprend rapidement sa forme initiale après pincement.

- h. Que doit-on faire maintenant? Pourquoi?

CAS NO. 2

Ana a 3 ans et pèse 13 kilos. Elle souffre de diarrhée depuis 24 heures, elle a eu 3 selles liquides. Sa mère l'amène chez un agent de santé qui la trouve bien. Sa bouche est humide, sa peau, une fois pincée, ne présente pas de pli cutané, ses yeux sont normaux, son pouls est normal et elle urine normalement. Cependant, sa mère précise qu'elle a très soif.

- a. Quel(s) signe(s) de déshydratation Ana présente-t-elle?
- b. Quel plan de traitement l'agent de santé doit-il choisir?
- c. La politique du Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques est d'administrer la solution SRO aux enfants qui viennent à un centre de santé pour y soigner une

diarrhée. L'agent de santé donne à la mère d'Ana suffisamment de sachets SRO pour 2 jours et lui enseigne à préparer la solution. La mère d'Ana administre aussitôt 200 ml de solution à son enfant. Quand devra-t-elle lui en redonner, et en quelle quantité?

d. Quels conseils doit-on donner à la mère d'Ana au sujet de l'alimentation de l'enfant? (Donnez une liste des boissons et des aliments courants de votre région).

e. Que devra faire la mère de cet enfant à l'avenir dans le cas d'un nouvel épisode diarrhéique?

CAS NO. 3

Dano a 8 mois. Il est sevré. Sa mère l'amène chez un agent de santé communautaire, car il souffre depuis une semaine d'une diarrhée qui empire (plus de 10 selles liquides le jour où elle l'amène chez l'agent de santé). Dano n'a pas reçu d'aliments depuis le début de l'épisode diarrhéique. Il est très somnolent et abattu. Il n'a pas uriné depuis la nuit précédente. Il pleure sans larmes. L'agent de santé prend sa température, elle est de 40°C. Dano a les yeux secs et enfoncés, une fontanelle déprimée et un pouls très rapide. Cependant, il est conscient et regarde l'agent de santé.

a. Quels sont les signes de déshydratation présentés par Dano?

b. S'agit-il d'une déshydratation légère ou grave?

c. Y a-t-il d'autres problèmes graves de santé?

L'agent de santé communautaire n'est pas en mesure d'administrer une thérapeutique sûre, il décide d'envoyer Dano et sa mère au centre de santé le plus proche.

d. Que doit-il faire pour l'enfant avant de l'envoyer au centre de santé? (Dano est capable de boire).

Dano et sa mère arrivent au centre de santé, où l'on est en mesure d'administrer un traitement IV. Ce centre utilise le Lactate de Ringer. L'infirmière pèse Dano, il pèse 5 kilos.

e. Quelle quantité de liquide IV doit-on administrer à l'enfant pendant la première heure?

Deux cent millilitres de liquide IV sont administrés à l'enfant au cours des 2 heures suivantes. Sa fièvre est traitée suivant la méthode habituelle de ce centre. On évalue les progrès de l'enfant. Le nombre de selles diminue et il a uriné. Ses yeux et sa fontanelle sont encore enfoncés, son pouls est moins rapide et il semble un peu plus éveillé.

f. Que doit-on administrer à l'enfant au cours des 3 heures suivantes? En quelle quantité?

Après 6 heures de thérapeutique, la fontanelle de Dano est encore un peu déprimée. Ses yeux sont enfoncés mais humides, et son pouls est normal. Il n'a plus de fièvre élevée.

g. Quel plan de traitement doit-on choisir maintenant?

Lorsque vous aurez terminé cet exercice, prévenez l'animateur.

Annexe du moniteur 40 B

DIRECTIVES POUR LA PRESENTATION DU TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHEE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (WHO)

Expliquez l'intérêt du tableau

- Montrer comment déceler et évaluer les signes de la diarrhée et de déshydratation chez les patients.
- Servir de référence pour le personnel médical.

Passez brièvement en revue le type d'information inclu dans le tableau et le format du tableau - en montrant les parties du tableau que vous décrivez.

- Ce qu'il faut demander, examiner, palper et mesurer est indiqué dans la colonne de gauche.
- Le tableau est divisé en trois colonnes, A, B et C.
- La colonne A comprend les symptômes indiquant l'absence de déshydratation.
- La colonne B donnent les symptômes indiquant une légère déshydratation.
- La colonne C donnent les symptômes de déshydratation grave et autre signes avertisseurs qui indiquent la nécessité d'un traitement en clinique.
- Les colonnes A, B et C renvoient à des plans de traitement que vous traiterez plus loin dans la session de formation.

Expliquez le rapport existant entre les renseignements contenus dans le tableau et la discussion précédente relative aux signes et symptômes de déshydratation. Révissez brièvement et illustrez les définitions suivantes de la diarrhée et de la déshydratation :

La diarrhée est une maladie caractérisée par des selles fréquentes anormalement molles ou aqueuses.

La déshydratation résulte d'une perte abondante d'eau et de sels par l'organisme.

Utilisez des aides visuelles telles que celles illustrées ci-dessous pour illustrer ces définitions.

Par exemple : les participants peuvent cueillir 2 fleurs, en placer une dans l'eau et garder l'autre sans eau. Ils verront que l'une continue de vivre tandis que l'autre fanne et meurt. Demandez-leur pourquoi.

Fleurs

avec eau



sans eau



Ou bien les enfants peuvent mettre un fruit, une prune ou une goyave par exemple, au soleil pour voir ce qu'il devient.

Fruit frais plein d'eau.



Fruit ayant séché séché au soleil.

Il se rabougrit et se ride.



Demandez aux enfants ce qui se passe à leur avis lorsqu'un bébé se dessèche. Bien sûr! Il perd du poids et peut même devenir tout ridé.

Voir Helping Health Workers Learn pour des idées supplémentaires.

Expliquez la différence entre les cas chroniques et les cas aigus de diarrhée.

La diarrhée aiguë est caractérisée par des selles anormalement molles ou aqueuses trois fois ou plus par jours pendant trois semaines ou moins et est causée par une infection intestinale.

La diarrhée chronique est caractérisée par une diarrhée durant plus de trois semaines et causée par une infection intestinale, une sous-nutrition ou par des vers et d'autres parasites.

- Expliquez que tous les enfants qui présentent les signes énumérés à la colonne D uniquement ou en conjonction avec des signes des colonnes A, B ou C doivent se rendre à un centre de soins pour être traités avec des médicaments spécifiques et une solution de réhydratation orale.

- Si vous pouvez vous procurer des montres avec l'aiguille des secondes, entraînez les participants à prendre le pouls et à mesurer la fréquence respiratoire. Demandez-leur de prendre leur propre température sous le bras et dans la bouche et de comparer leurs résultats, si le centre de soins communautaire dispose de thermomètres. (Il y a normalement 1 degré de différence).

Terminez cette étape en mentionnant les cinq choses qu'une personne doit faire afin d'évaluer l'état d'un enfant.

- Demander à la mère de décrire l'état de l'enfant.
- Rechercher des signes indiquant l'état de l'enfant.
- Palper l'enfant pour tester l'élasticité de sa peau, mesurer la fréquence du pouls et voir si la fontanelle est déprimée.
- Peser l'enfant.
- Prendre la température de l'enfant.

Annexe du moniteur 40 C

REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION DE CAS

Cas 1

a. Oui. Sione présente les signes de déshydratation suivants :

8 selles aqueuses vomissement la peau pincée reprend lentement sa forme initiale fontanelle déprimée yeux légèrement enfoncés

b. Non. Sione n'est pas gravement déshydraté.

c. l'agent de santé doit adopter le plan B - Comment traiter la déshydratation avec une solution SRO.

d. On doit administrer 200 à 400 ml de solution SRO à l'enfant au cours des 4 premières heures.

e. Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis administrer une autre dose de solution SRO lentement, en petites quantités.

f. l'enfant doit être réévalué au bout de 4-6 heures.

g. Puisque certains des signes de déshydratation subsistent, il est nécessaire de continuer le plan de traitement B. Il faut administrer de 200 à 400 ml de solution SRO à Sione pendant 4-6 heures de plus. Il doit être allaité entre les prises de solution SRO. Cette procédure doit être répétée jusqu'à la disparition des signes de déshydratation.

h. Il faut sélectionner le plan A parce qu'il n'y a plus de signes de déshydratation et que l'agent de santé veut éviter tout risque de déshydratation future.

Cas 2

a. Ana présente seulement un signe de déshydratation. Elle a plus soif que d'habitude.

b. l'agent de santé doit adopter le plan A pour éviter la déshydratation.

c. Il faut administrer à l'enfant de 100 à 200 ml (soit 1/2 à 1 tasse) de solution SRO après chaque selle diarrhéique.

d. Administrer des quantités croissantes de liquides disponibles localement tels que

Nourrir l'enfant à volonté 5 à 7 fois par jours, en particulier avec des aliments faciles à digérer tels que

et des aliments contenant du potassium tels que

e. Continuer de nourrir l'enfant et de lui donner des liquides. Rechercher les signes de déshydratation et emmener l'enfant à un agent de santé à l'apparition de ces signes, ou si la diarrhée dure 2 jours de plus.

Cas 3

a. Dano présente les signes suivants de déshydratation :

- plus de 10 selles liquides par jour
- calme et amorphe
- pas d'urine depuis 6 heures
- yeux secs
- yeux très enfoncés
- fontanelle très déprimée
- pouls très rapide

b. Il y a déshydratation grave.

c. Dano a une forte fièvre de 40x C.

d. L'agent de santé doit préparer une solution SRO que la mère de Dano devra administrer à l'enfant en se rendant au centre de soins (400 - 600 ml). La solution doit être administrée fréquemment, en petites quantités, à la cuillère, par exemple.

e. Il faudra lui administrer 150 ml (30 x 5) de liquide en IV pendant la première heure.

f. Il faudra lui donner 200 ml (40 x 5) de solution SRO pendant les 3 heures suivantes.

g. Il faudra ensuite adopter le plan B.

Annexe du moniteur 40 D

ETUDES DE CAS POUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE

PLAN DE TRAITEMENT A

Les trois plans de traitement sont indiqués sur le TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE. Regardez ce tableau maintenant et examinez le "Plan de traitement A," qui décrit le traitement à adopter lorsque, selon votre évaluation, le patient ne présente aucun signe de déshydratation. Ensuite, faites l'exercice suivant.

Une mère apporte son enfant de 11 mois à un agent du service de santé communautaire parce que l'enfant a la diarrhée. La mère nourrit l'enfant au sein. Elle dit qu'elle habite loin de chez l'agent de santé et qu'il lui serait difficile de revenir avant plusieurs jours,

même si l'état de l'enfant empire. l'agent de santé lui pose des questions, examine et palpe l'enfant pour voir s'il présente des signes de déshydratation et n'en trouve aucun. Il décide de commencer avec le plan de traitement A. La mère mentionne qu'elle donne de l'eau de riz à ses enfants d'habitude lorsqu'ils ont la diarrhée mais qu'elle a entendu dire que l'agent de santé avait quelque chose de mieux.

Décrivez ce que l'agent de santé est susceptible de faire et ce qu'il dirait à la mère.

Réponse:

Dans votre réponse, vous devez couvrir les points suivants dans vos propres termes. Votre réponse pourra être moins détaillée que la réponse ci-dessous.

L'agent de santé commencera par féliciter la mère de ne pas avoir attendu que son enfant soit très malade pour le lui amener.

Il lui dira de donner davantage de liquides à l'enfant. c'est-à-dire, entre autres, d'augmenter l'allaitement et de donner d'autres liquides disponibles localement, tels que l'eau de riz. Il expliquera que l'administration d'eau de riz, de tisanes légères ou de jus est une bonne habitude lorsque les enfants ont la diarrhée.

Il expliquera qu'il est nécessaire de nourrir l'enfant souvent (5-7 fois par jour) avec des aliments faciles à digérer et contenant du potassium (et donnera des exemples de tels aliments parmi les aliments que la mère est susceptible de connaître).

Il indiquera à la mère comment rechercher et reconnaître les signes de déshydratation et s'assurera qu'elle comprend bien. Nota : certains employés indiquent seulement les signes de déshydratation les plus évidents (afin d'éviter que les mères aient trop à se rappeler). Ces signes sont les suivants :

- soif plus grande que d'habitude,
- urine foncée
- enfant mal à son aise, endormi ou irritable,
- yeux enfoncés
- point tendre déprimé sur le haut de la tête
- la peau reprend lentement sa forme initiale après avoir été pincée.

Il dira à la mère d'aller rapidement au centre de soins ou d'aller voir un agent de santé communautaire si des signes de déshydratation apparaissent ou si la diarrhée dure 2 jours de plus.

Il expliquera à la mère comment éviter que son enfant ait la diarrhée en lui donnant des aliments frais, propres et bien cuits ' et de l'eau propre et en respectant les règles d'hygiène.

Etant donné que la mère habite loin, l'agent lui donnera donc de la solution SRO pour 2 jours. Il lui montrera comment préparer la solution SRO et s'assurera qu'elle a bien compris. Il lui dira de donner 50 à 100 ml de solution SRO après chaque selle molle, lui montrera combien cela fait et lui demandera de commencer à administrer la solution à l'enfant. Il lui dira aussi ce qu'il faut faire si l'enfant vomit.

PLAN DE TRAITEMENT B

Maintenant lisez le "Plan de traitement B" qui décrit le traitement à administrer en cas de déshydratation légère, indiqué dans le TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE. Ensuite, faites l'exercice suivant. N'oubliez pas qu'il est important de donner la solution SRO en petites quantités, par exemple à la cuillère, et à intervalles réguliers.

EXERCICE A REPOSE BREVE

1. Un enfant diarrhéique présente quelques signes de déshydratation. L'enfant pèse 5 kilos et a 8 mois. Combien de solution SRO doit-on lui donner au cours des 4-6 premières heures?
2. Une mère amène sa petite fille de 2 ans 1/2 au centre de soins. Selon l'évaluation, l'enfant présente des signes de déshydratation. Au centre de soins, la mère lui administre 700 ml de solution SRO en 4 heures. Quatre heures plus tard, l'enfant est réévaluée et on détermine qu'elle présente toujours quelques signes de déshydratation mais que son état s'est amélioré. En supposant que la mère peut rester au centre, que doit-on faire maintenant?
3. Un enfant d'un an atteint de diarrhée est amené au centre de soins par sa grand mère. Selon l'évaluation, le bébé présente des signes de déshydratation. La grand mère doit partir bientôt pour ne pas rater son bus et sa maison est trop loin pour qu'elle y aille à pied. Que doit faire l'agent de santé?

Réponse :

1. On doit administrer 200 à 400 ml de solution SRO en 4 heures. (Lorsque l'on connaît à la fois le poids et l'âge de l'enfant, on détermine la quantité de solution selon son poids.)
2. Administrer à l'enfant 600 à 800 ml supplémentaires de solution SRO au cours des 4 - 6 heures suivantes.
3. Préparer un peu de solution SRO, en montrant à la grand-mère comment faire. Montrer à la grand-mère comment donner la solution à l'enfant, lentement à la cuillère, et lui demander, de commencer maintenant. Dire à la grand-mère :
 - de continuer pendant 4 - 6 heures jusqu'à ce que l'enfant ait pris 600 ml.
 - après cela, de donner autant de solution que le bébé veut bien en prendre.
 - si les paupières de l'enfant enflent, d'arrêter la solution SRO et de lui donner d'autres liquides à la place jusqu'à ce que les paupières redeviennent normales. Redonner alors de la solution SRO.

Il faudra donner deux sachets de solution SRO à la grand mère.

Il faudra lui indiquer les signes de déshydratation et lui expliquer comment les identifier. La grand-mère devra alors répéter quels sont ces signes et montrer comment elle s'y prendra, pour les rechercher le lendemain matin. Si l'enfant présente encore quelque signe de déshydratation le lendemain matin, la grand-mère devra le ramener au centre de soins.

PLAN DE TRAITEMENT C

Lisez la section "Plan de traitement C" qui décrit le traitement des cas graves de déshydratation sur le TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE. Lisez également, en annexe 5, "Réhydratation orale par tube nasogastrique" et à l'annexe 6, "Thérapie intraveineuse pour les cas graves de déshydratation." Puis, faites l'exercice suivant.

EXERCICE A REPONSE BREVE

1. Un enfant de 9 kg, très somnolent et incapable de boire, est amené à un petit centre de soins. Il n'y a pas de matériel de transfusion IV au centre mais l'agent de santé sait comment utiliser un tube nasogastrique. Combien de solution SRO doit-il administrer par le tube nasogastrique au cours de la première heure?

2. Un bébé de 4 mois pesant 5 kg a reçu 350 ml de liquide en IV en 3 heures et son état s'améliore. Elle est désormais capable de boire. Complétez la phrase suivante pour indiquer le traitement correct.

Donner ___ ml de ___ au cours des ___ heures suivantes.

3. Un bébé de 3 mois pesant 4 kg fortement déshydraté a été traité pendant 6 heures, tout d'abord par IV pendant 3 heures, puis avec une solution SRO pendant 3 heures. l'enfant vient juste d'être réévalué. Son état s'améliore, mais il présente encore des signes de déshydratation. Complétez la phrase suivante pour indiquer le traitement correct.

Donner ___ ml de ___ au cours des ___ heures suivantes.

Réponde:

1. 180 ml ($20 \times 9 = 180$) (L'enfant pèse 9 kg, et l'annexe 5 spécifie 20 ml/kg).

2. Donner 200 ml ($40 \text{ ml} \times 5 \text{ kg}$) de solution SRO au cours des 3 heures suivantes.

3. Donner 200 à 400 ml de solution SRO au cours des 4-6 heures suivantes. La quantité de solution est basée sur le tableau inclus dans le plan de traitement B du TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE.

TRAITEMENT D'AUTRES PROBLEMES GRAVES

Consultez le TABLEAU DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE et l'annexe 7 du présent module selon les besoins lors de l'exécution de l'exercice suivant.

EXERCICE A REPONSE BREVE

Un enfant vous est amené pour une diarrhée. l'enfant a 1 an et pèse 10 kg. L'évaluation indique qu'il présente certains signes de déshydratation. Il a également une fièvre de $40,5^{\circ}\text{C}$, ainsi que du sang et des glaires dans les selles.

En plus de l'administration de SRO pour traiter la déshydratation, quel autre traitement adopteriez-vous pour cet enfant?

Réponse :

Vous devrez prescrire un traitement antimicrobien au cas où l'enfant aurait une dysenterie. Selon l'annexe 7, vous pouvez administrer soit de l'ampicilline, soit du triméthoprim-sulfaméthoxazole. Si vous choisissez l'ampicilline, vous devrez prescrire 1000 mg par jour (100 mg x 10 kg) en 4 prises, soit 250 mg, 4 fois par jour. Le traitement est à poursuivre pendant 5 jours.

Il faudra aussi essayer de faire tomber la fièvre (par exemple, en rafraîchissant l'enfant à l'aide d'un linge humide et en l'éventant).

Annexe du moniteur 40 E

ADAPTATION DU TABLEAU DE TRAITEMENT WHO

Les renseignements qui suivent sont fondamentaux et doivent être inclus même dans la version la plus simple du tableau.

1. Demander : tous les renseignements
2. Examiner : état - bien éveillé, endormi, fait des crises.
3. Palper la peau - pincer
4. Fièvre - brûlante

Plan de traitement A

1. Donner une solution de sucre-sel préparée à la maison après chaque selle molle, 1/2 verre à 1 verre selon l'âge.
2. Si l'enfant vomit attendre 10 minutes et donner à nouveau du liquide en très petites quantités.
3. Donner d'autres liquides (tisane, lait maternel, etc.) et d'autres aliments (mélanges, carottes, soupe, etc.) de 5 à 7 fois par jour.
4. Vérifier la présence de signes de déshydratation, examiner, toucher.

Plan de traitement B

1. Donner une solution préparée avec les sachets SRO. Pour les enfants de 6 mois, donner 1 à 4 verres de solutions en 4 à 6 heures. Pour les enfants de 6 à 12 mois, donner 4 à 6 verres. Pour les enfants de 18 mois à 3 ans, donner 6 à 8 verres.
2. Regarder si les paupières sont enflées. Arrêter la solution jusqu'à ce que les paupières redeviennent normales.
3. Après 4 à 6 heures, vérifier l'état de déshydratation de l'enfant (peau, quantité d'urine, bouche humide).
4. Donner du lait maternel ou d'autre liquide entre les prises de SRO.
5. Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes et redonner de la solution.

6. Après 12 heures, re préparer de la solution fraîche.

Plan de traitement C

1. Envoyer l'enfant au centre de soins immédiatement.

Session 41

Prospectus 41 A

Annexe du moniteur 41 A

Annexe du moniteur 41 B

Annexe du moniteur 41 C

Annexe du moniteur 41 D

Annexe du moniteur 41 F

Annexe du moniteur 41 G

Annexe du moniteur 41 H

Prospectus 41 A

FICHE RELATIVE A LA PREPARATION DE LA THERAPIE DE REHYDRATATION ORALE

Observation Eléments (1-7)	Solution préconditionnée (SRO)	Solution domestique (sucre-sel)
1) Liste des ingrédients de la solution et quantités		
2) Disponibilité des ingrédients		
3) Temps de préparation pour la solution		
4) Complexité des directives énonçant la préparation de la solution		
5) Problèmes associés à la préparation de la solution		
6) Matériaux (équipement) nécessaires à la préparation de la solution		
7) Quand utiliser la solution (Plan de traitement A ou B?)		

Annexe du moniteur 41 A

MATERIAUX ET EQUIPEMENT NECESSAIRES POUR DEUX POSTES-ATELIERS DE THERAPIE DE REHYDRATATION ORALE

Introduction

L'agencement de ces postes-ateliers a été étudié pour permettre aux participants d'apprendre à préparer les divers types de solutions de réhydratation orale dans un environnement organisé et propre, en utilisant des ustensiles et mesures utilisés localement. Modifiez ces préparations selon les normes gouvernementales de préparation de solutions SRO.

Chaque poste-atelier doit avoir :

- savon et eau pour se laver les mains
- eau propre pour mélanger la solution
- louche ou ustensile pour puiser de l'eau
- essuie-main
- cuillères ou ustensiles pour remuer
- verres à boire ou tasses pour goûter la solution
- grand récipient (plus d'1 litre) pour mélanger la solution.

Poste 1 : Solutions préconditionnées.

- Récipients de taille adéquate (en général plus d'un litre mais marqués de façon à indiquer un volume correspondant exactement à 1 litre) pour mélanger le contenu des sachets et l'eau.
- Suffisamment de sachets pour que tous les participants puissent préparer la solution.

Poste 2: Préparations domestiques: sucre et sel

- Récipient de taille adéquate pour préparer la solution
- Cuillères-mesures pour le sucre et le sel
- Grande quantité de sucre et de sel (inclure du bicarbonate de sodium si l'on peut s'en procurer et que son emploi est conforme aux normes gouvernementales de préparation de solutions SRO).
- Couteau pour araser les mesures.

Si les mesures adoptées par le gouvernement sont la poignée et la pincée, demandez aux participants de comparer les quantités pesées d'ingrédients à leur poignée ou pincée. Ceci réduit la variabilité des mesures imputable au fait que la taille des mains et la notion de poignée et de pincée varient d'une personne à l'autre.

Si le sel disponible localement est très gros, se procurer un moyen de le broyer afin d'obtenir des mesures plus exactes.

Annexe du moniteur 41 B

COMMENT PREPARER A DOMICILE UNE SOLUTION DE SEL ET DE SUCRE

Une boisson à base de sel, de sucre et d'eau peut aider à traiter la diarrhée à domicile et à prévenir la déshydratation. Il existe plusieurs méthodes pour mesurer les quantités correctes de sucre et de sel; en voici deux exemples.

EXEMPLE No. 1

Cet exemple montre comment préparer 1 litre de solution.

Ce dont vous avez besoin:

Une petite cuillère, qui contient 5 ml (ou moins) de liquide

Un récipient propre d'une contenance d'au moins 1 litre

Du sel de cuisine

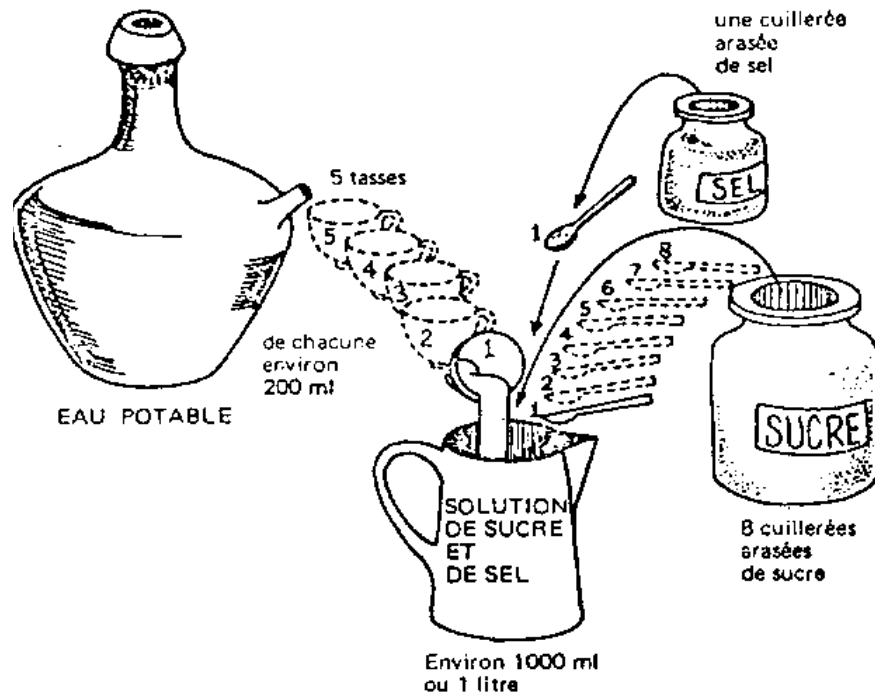
Du sucre, raffiné ou non

De l'eau potable (eau pure ou bouillie).

Comment procéder

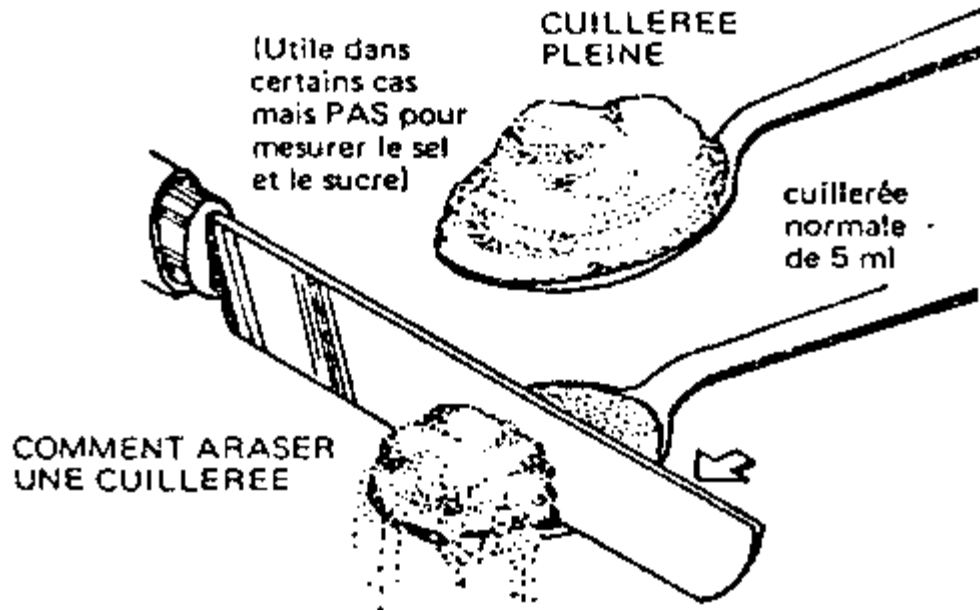
1. Verser 1 litre d'eau potable dans le récipient. (L'équivalent de 5 tasses ou 5 verres).
(Voir Fig. 1).

Figure 1. Préparation d'eau sucrée et salée



2. Araser une cuillerée de sel à l'aide d'un couteau ou de tout autre instrument plat (voir Fig. 2) et l'ajouter à l'eau. Bien mélanger.

Figure 2. Mesure des quantités de sel et de sucre



SOURCE: W. Cutting

3. Goûter l'eau salée. La solution ne doit pas être trop salée. Si la saveur est plus salée que les larmes, jeter ce mélange et le refaire avec moins de sel.

4. Ajouter 8 cuillères arasées de sucre et mélanger.

TRAITEMENT DES ENFANTS DIARRHEIQUES

Pour traiter les enfants présentant des signes de déshydratation, on emploie une solution de sels de réhydratation orale (SRO). Tous les agents de santé doivent être capables de préparer une telle solution.

COMMENT PREPARER UNE SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE.

La solution SRO, souvent fournie en sachets, doit contenir les ingrédients suivants :

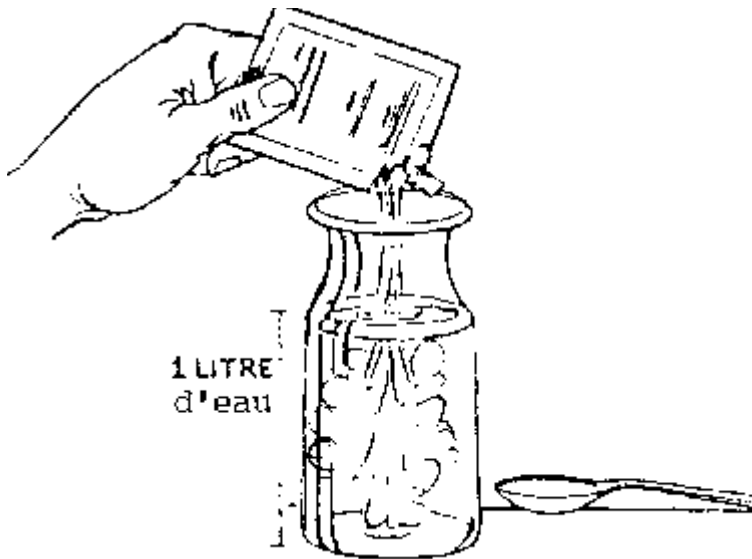
Ingrédients	Quantités
Glucose (forme de sucre)	20,0 g
Chlorure de sodium-NaCl (sel ordinaire)	3,5 g
Bicarbonate de sodium-NaHCO ₃ (carbonate de soude)	2,5 g
Chlorure de potassium-KCl	1,5 g

Les sachets contenant les quantités d'ingrédients indiquées ci-dessus sont à utiliser avec un litre d'eau potable. On obtient alors une SOLUTION SRO. NOTA : certains sachets SRO sont faits pour des volumes d'eau inférieurs; ils contiennent les mêmes ingrédients en quantité réduite. Lorsqu'il est impossible de se procurer des sachets SRO, on peut fabriquer une solution de réhydratation orale selon les directives contenues à l'annexe 3.

Pour préparer une solution SRO, suivre les directives suivantes:

- Se laver les mains.
- Mesurer 1 litre (ou le volume correct selon le sachet utilisé) d'eau potable propre dans un récipient propre. Il est préférable de bouillir, puis de refroidir l'eau, mais si cela est impossible, utiliser l'eau la plus propre possible. Utiliser n'importe quel type de récipient disponible, bocal, pot ou bouteille.
- Verser tout le contenu d'un sachet dans l'eau et mélanger bien jusqu'à dissolution complète de la poudre.
- Goûter la solution.

Préparer une solution SRO



Il est important de préparer des solutions SRO fraîches chaque jour dans un récipient propre, que l'on doit recouvrir d'un couvercle. Toujours jeter les restes de solution préparée la veille.

EXEMPLE Regarder l'assistant préparer la solution SRO selon les instructions ci-dessus.

Annexe du moniteur 41 C

SUGGESTIONS POUR UNE PETITE CONFERENCE SUR LE PRINCIPE DE LA SOLUTION SRO

SOURCES :

- Oral Rehydration Therapy (ORT) For Childhood Diarrhea
- Trainer Attachment 41F (Oral Rehydration Therapy; The Scientific and Technical Basis)

INFORMATION IMPORTANTE :

1. La diarrhée perturbe l'équilibre chimique de l'organisme et son aptitude à transformer et à absorber l'eau et les nutriments.

Chez l'enfant sain, la muqueuse intestinale transforme les aliments en une forme absorbable et transportable par voie sanguine vers toutes les parties du corps. Ces nutriments fournissent l'énergie nécessaire et permettent la croissance. C'est également par voie sanguine que sont apportées les substances minérales et l'eau dont les intestins ont besoin pour transformer les aliments en une forme utilisable. L'intestin "emprunte" l'eau et les substances minérales pour transformer les aliments, puis les restitue. Cet équilibre chimique est perturbé lors d'un épisode diarrhéique.

Les maladies diarrhéiques perturbent les fonctions intestinales. Au cours d'un épisode diarrhéique, l'intestin grêle perd sa capacité à absorber l'eau et les substances minérales essentielles, les électrolytes, (chlorure de sodium, potassium et bicarbonate). Les substances minérales et l'eau nécessaires à la transformation des aliments quittent l'organisme dans les selles de l'enfant; les réserves de l'organisme se trouvent ainsi privées de ces éléments vitaux et des nutriments qu'ils aident à transformer.

2. Le déficit hydro-électrolytique engendre les signes et symptômes physiques indiqués dans le tableau de traitement WHO.

Un déficit hydro-électrolytique de plus de cinq pour cent, mais inférieur à dix pour cent du poids corporel, engendre généralement un pouls faible et rapide, une réduction de l'élasticité de la peau, une hypotension artérielle, une grande soif et d'autres signes notés dans la colonne B du tableau de traitement de la diarrhée WHO.

Un déficit de plus de dix pour cent du poids corporel entraîne un état de choc, une stupeur, une perturbation de la fonction rénale, une accumulation d'acides dans le sang (acidose), un collapsus des vaisseaux sanguins périphériques et la mort (voir plan de traitement C sur le tableau WHO).

3. Les risques de déshydratation en cas de diarrhée sont plus importants pour les nourrissons et les jeunes enfants.

Les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement sujets à la déshydratation en cas de diarrhée en raison de leur faible poids. Par exemple, si un enfant pesant dix kilos perd un kilo d'eau, il perd en fait dix pour cent de son poids en eau et est sévèrement déshydraté.

4. Les sels de réhydratation orale (SRO) restaurent l'équilibre chimique de l'organisme et remplacent l'eau perdue.

La réhydratation orale avec les solutions SRO (Sels de réhydratation orale) permet de remplacer les électrolytes du sang presque aussi rapidement qu'ils sont éliminés dans les selles. Ceci est dû en grande partie au glucose qui a la propriété particulière d'augmenter le taux d'absorption du sodium à travers la muqueuse intestinale.

Les SRO comprennent tous les électrolytes essentiels. La solution de sucre-sel n'en comprend qu'un sur trois. C'est pourquoi il est nécessaire d'administrer une solution SRO aux enfants légèrement déshydratés.

Nous avons résumé ci-dessous la composition de la nouvelle solution SRO au citrate trisodique.

SELS DE REHYDRATATION ORALE (ORS): FORMULE CONTENANT DU CITRATE TRISODIQUE

1. En 1982-83, le programme WHO de contrôle des maladies diarrhéiques (CCD) patronna des études de laboratoire visant à identifier une formule de SRO plus stable destinée plus particulièrement à l'emploi dans les pays tropicaux où les sels SRO sont empaquetés et emmagasinés dans des endroits humides et chauds. Les résultats de ces études démontrèrent que la formule de SRO contenant 2,9 grammes de citrate trisodique hydraté au lieu de 2,5 grammes de bicarbonate de sodium était la meilleure des formules évaluées. Les formules SRO standard (SRO bicarbonate) et SRO au citrate trisodique (SRO citrate) sont décomposées ci-dessous.

<u>ORS-bicarbonate</u>	<u>g/l</u>	<u>ORS-citrate</u>	<u>g/l</u>
Chlorure de sodium	3,5	Chlorure de sodium	3,5
Bicarbonate de sodium	2,5	Citrate trisodique hydraté	2,9
Chlorure de potassium	1,5	Chlorure de potassium	1,5
Glucose anhydre	20,0	Glucose anhydre	20,0

RESUMEZ en indiquant que la thérapie de réhydratation orale est utilisée pour :

- Remplacer les liquides
- Rétablir l'équilibre chimique de l'organisme

ANALOGIES FACILITANT L'ASSIMILATION DES CONCEPTS ETUDIES :

Afin de donner aux participants une idée plus concrète de ce que l'on entend par perturbation de l'équilibre chimique, demandez à quelqu'un de se tenir sur un pied et de tenir des objets de poids égal dans chaque main. Demandez-lui ensuite de rester sur un pied mais de tenir les deux objets d'une seule main. Demandez-lui alors de faire part aux autres des impressions qu'il ressent lorsqu'il passe d'un état d'équilibre à un état de déséquilibre. Est-il possible de bien fonctionner dans cet état? Ceci pourra servir de point de départ à une discussion.

Pour transmettre l'idée que les enfants sont particulièrement vulnérables à la déshydratation en cas de diarrhée, mettez la même quantité d'eau dans une grande tasse et dans une petite tasse. Demandez aux participants de comparer les tasses. Utilisez cet exemple comme point de départ pour une discussion.

Annexe du moniteur 41 D

EMPLOI DE MODELES POUR ILLUSTRER L'IMPORTANCE DE LA REHYDRATATION

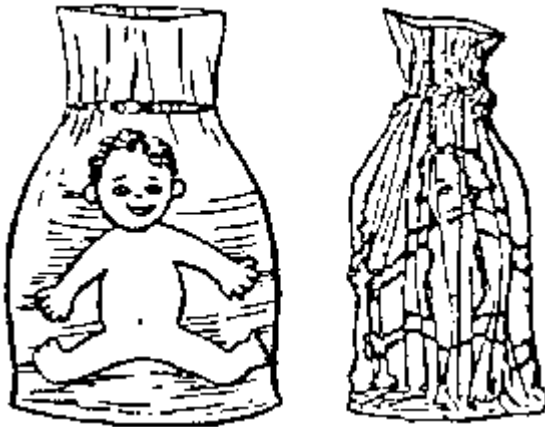
Vous trouverez ci-dessous deux exemples qui vous permettront de présenter d'une façon simple le principe de la réhydratation. Voir Helping Health Workers Learn, chapitre 24.

Modèle du sac en plastique

Prenez un sac en plastique transparent ni déchiré ni percé. A l'aide d'un crayon feutre (à encre indélébile) dessinez l'image d'un bébé sur le sac. Remplissez le sac d'eau; l'image du bébé sera tendue est bien ronde comme un enfant en bonne santé. Ensuite, faites un petit trou dans la partie inférieure du sac à l'aide d'une aiguille. Au fur et à mesure que l'eau s'écoule, le sac et l'image deviennent tout plissés. Ceci illustre ce qui se passe lorsqu'un enfant diarrhéique, se déshydrate.

Demandez à un participant de verser de l'eau dans le sac plus vite qu'elle ne s'écoule par le trou. Ceci illustre le principe de la réhydratation orale : l'image du bébé redevient normale. Ensuite, bouchez le trou avec un morceau de ruban adhésif ou de sparadrap de façon à arrêter complètement la fuite. Ceci illustre que la diarrhée est terminée et que la réhydratation n'est plus nécessaire.

MODELE DU SAC EN PLASTIQUE POUR ILLUSTRER LE PRINCIPE DE LA DESHYDRATATION



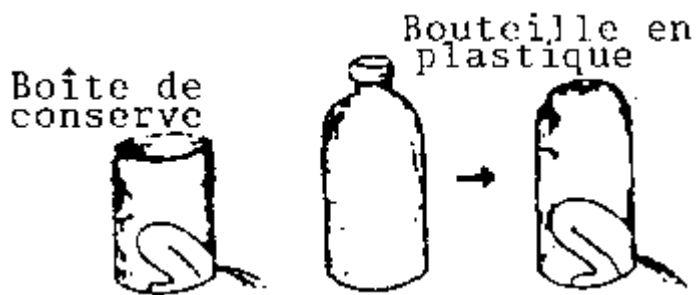
Un bébé dans une gourde

Pour mieux saisir le principe de la déshydratation, les enfants peuvent faire leur propre expérience en fabriquant un bébé dans une gourde comme le montre l'illustration ci-dessous:

Couper le haut comme ceci.



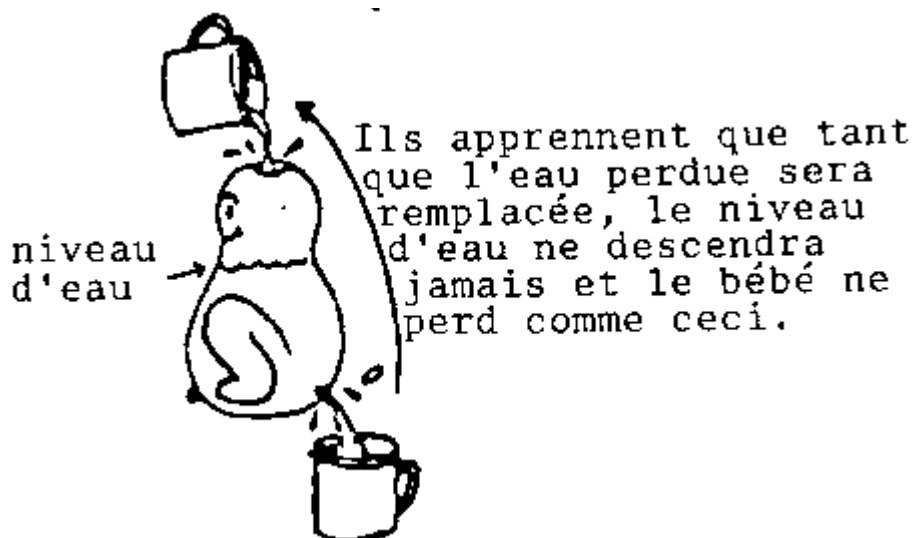
Si l'on ne trouve pas de gourde, une bouteille en plastique ou une boîte de conserve fera l'affaire.



Comment peut-on empêcher la déshydratation en cas de diarrhée?

Les enfants peuvent trouver la réponse en jouant avec la gourde. Ils ôtent le bouchon, puis essaient de remettre autant d'eau que le bébé en perd comme ceci:

Les enfants peuvent trouver la réponse en jouant avec la gourde.



Un enfant diarrhéique a besoin de boire au moins 1 verre de liquide après chaque selle acquieuse.

Lorsque l'on donne beaucoup de liquides à un bébé souffrant de diarrhée, l'abondance de la diarrhée augmente parfois au début. Mais ceci n'est pas grave. En général, l'état de l'enfant s'améliore rapidement. L'important est de s'assurer que l'enfant boit autant de liquide qu'il en perd.

La diarrhée et le contrôle de la diarrhée en cinq étapes

Résumé. Dans les pays en voie de développement, environ 1 sur 10 des enfants qui viennent au monde meurt de la diarrhée avant l'âge de 5 ans. La thérapie de réhydratation orale (TRO) peut réduire considérablement ce taux élevé. Cette thérapie consiste à administrer une solution d'eau, de sucre et de sels minéraux pour remplacer l'eau et les sels perdus par l'organisme au cours d'un épisode diarrhéique, Ceci neutralise les effets déshydratant de la diarrhée, qui sont la cause directe des cas mortels de diarrhée. Mettre ce traitement simple, peu coûteux et efficace à la portée du monde entier est une gageure d'importance primordiale en ce qui concerne la santé publique.

Du point de vue scientifique, l'utilité de cette thérapie est solidement établie. Au cours d'un épisode diarrhéique, l'organisme perd rapidement les liquides et électrolytes (sodium, potassium, chlorure et bicarbonate) qu'il renferme, alors qu'au même moment, les intestins perdent leur capacité à absorber les liquides et les électrolytes (sous forme de sels) pris oralement. Environ 10 pour cent des épisodes diarrhéiques entraînent une déshydratation et, en l'absence de traitement, un ou deux pour cent sont potentiellement mortels. Lorsque l'organisme est déshydraté, le seul traitement efficace est la réhydratation-remplacer, soit par voie intraveineuse, soit par voie orale, le volume d'eau et d'électrolytes perdu par un volume approximativement égal.

Nouvelle formule WHO complète

La solution de réhydratation orale (SRO) désormais recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (WHO) contient les ingrédients suivants :

chlorure de sodium	3,5 g
citrate trisodique hydraté	2,9 g
chlorure de potassium	1,5 g
glucose	20 g
eau	1,0 litre

Il s'agit d'une nouvelle formule, annoncée en 1984. Elle sera bientôt utilisée dans les sachets marqués Sels de réhydratation orale (SRO) distribués dans le monde entier par le Fonds international de secours à l'enfance (UNICEF). Auparavant, la formule WHO contenait du bicarbonate de sodium (2,5 g) à la place de citrate trisodique. Des études montrent que la nouvelle formule se conserve plus longtemps et réduit l'abondance des selles d'au moins 46 pour cent. La réduction du volume des selles encouragera davantage l'utilisation des solutions SRO. Les sachets contenant l'ancienne formule sont encore bons, toutefois, et devraient être utilisés.

La formule WHO complète est considérée par beaucoup comme étant la formule unique la mieux appropriée du point de vue physiologique à un emploi généralisé dans le monde entier. Bien que certains pédiatres soutiennent qu'elle contient trop de sodium pour les nourrissons, des médecins de la santé publique indiquent que ce risque est minimisé lorsque l'on continue l'allaitement et que l'on administre d'autres liquides en plus de la solution SRO.

Le principal problème aujourd'hui n'est pas la composition des sels de réhydratation orale, mais plutôt la possibilité de mettre les services nécessaires et les fournitures essentielles à la portée de tous ceux qui en ont besoin. Pour obtenir les six sachets par enfant de moins de 5 ans nécessaires par an pour tous les pays en voie de développement à l'exception de la République populaire de Chine, il faudrait 2400 millions de sachets chaque année. L'UNICEF en produit actuellement environ 75 millions et ce chiffre augmente rapidement. Cependant, la quantité produite est loin de satisfaire à la demande mondiale. Un certain nombre de firmes commerciales et de gouvernements nationaux assistés par L'UNICEF produisent des sachets sur place, et des usines supplémentaires sont en voie de création, mais l'approvisionnement continu de sachets de sels représente une lourde contrainte pour les programmes nationaux.

Le coût est autre problème. Au niveau de prix le plus compétitif, chaque sachet revient actuellement à 4 cents (E.-U.) à l'UNICEF. Même à ce prix faible, toutefois, les ministères de la santé de la plupart des pays en voie de développement ne peuvent pas se permettre d'acheter des sachets de SRO pour chaque famille. Pour un grand nombre de ces pays, le coût de la fourniture des six sachets de SRO, par enfant et par an, représenterait de 5 à 10 pour cent du budget total de la santé.

Solutions de sucre et de sel préparées à la maison

Une solution au double problème du coût et de la distribution est d'encourager la préparation à la maison de solutions SRO consistant en du sucre et du sel de table. Etant donné que la plupart des ménages peuvent se procurer du sucre et du sel et puisque le potassium et le citrate trisodique ou le bicarbonate de sodium ne sont pas toujours essentiels dans les phases précoces de la diarrhée, un certain nombre de programmes préconisent l'emploi de solutions préparées à la maison. De leur côté, certains chercheurs étudient la possibilité de substituer la fécule de riz au sucre pour accélérer le processus de réabsorption et assurer l'apport de nutriments. L'eau de riz fait également l'objet d'études.

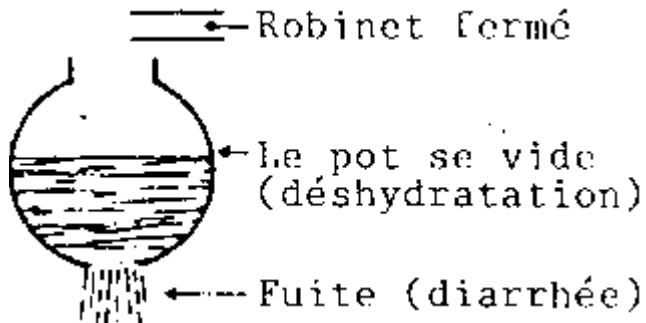
Cette méthode soulève deux problèmes. Premièrement, est-ce que ces solutions seront préparées avec exactitude? Si on utilise trop de sel, la solution peut être dangereuse. Si on n'utilise pas assez de sel, elle peut être inefficace. (Le problème est le même, bien que moins grave, avec les sachets). Les expériences faites en Indonésie et au Bangla Desh ainsi qu'en étude pilote aux Philippines suggèrent qu'il est nécessaire de bien expliquer et de répéter individuellement à chaque personne comment préparer les solutions correctement. Deuxièmement, les solutions de sucre et de sel seront-elles efficaces? L'absence de potassium et de citrate trisodique ou de bicarbonate peut limiter l'efficacité dans les cas graves de déshydratation. Dans les cas légers ou l'absorption intestinale n'est pas perturbée, il est possible que presque toutes sortes de liquides pourraient empêcher la déshydratation. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si, dans les cas de déshydratation légère, la formule complète ou les solutions de sucre et de sel

sont plus efficaces que les autres liquides disponibles, tels que l'eau de riz, l'eau de noix de coco verte ou la soupe.

La diarrhée et son contrôle en cinq étapes

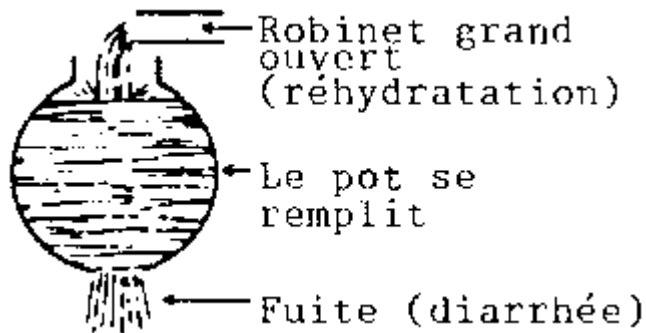
Etape 1. Déshydratation. La personne souffrant de diarrhée est comme un pot d'eau salée percé au fond. Un patient mort est comme un pot vide. Il est très important de s'assurer que le pot reste plein.

Etape 1



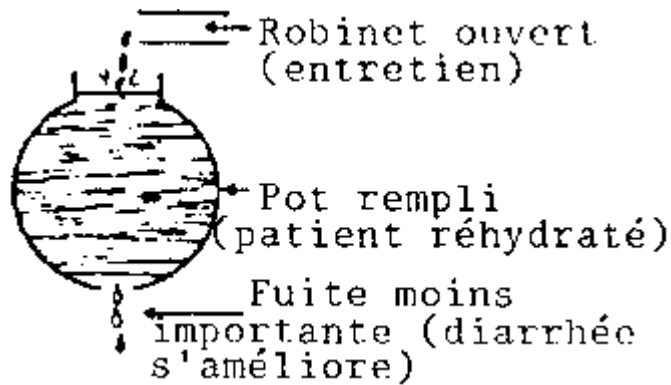
Etape 2. Réhydratation du sujet avec de l'eau et du sel : on remplit le pot. Il faut le faire rapidement, dans les six heures ou

Etape 2



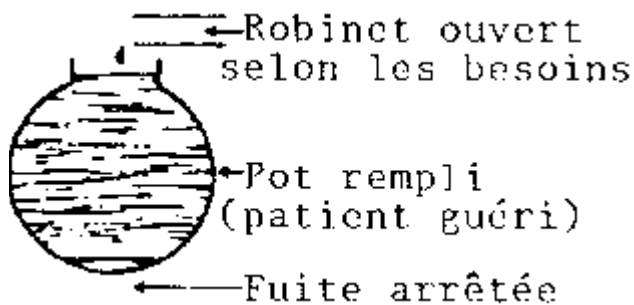
Etape 3. Entretien du sujet : on s'assure que le pot est toujours plein d'eau salée malgré la fuite, tout en redonnant des forces au sujet en lui faisant suivre un régime approprié.

Etape 3



Etape 4. Guérison du sujet : la fuite est arrêtée et le pot reste plein.

Etape 4



Etape 5. Prévention : on essaie d'empêcher l'apparition d'autres fuites en s'assurant que le sujet reste vigoureux et en bonne santé; si une autre fuite se déclare, la prévention consiste à donner de l'eau salée et des aliments avant que le pot ne commence à se vider (c'est-à-dire, avant que le sujet ne se déshydrate).

Source WHO (225)

Ne pas interrompre l'alimentation

La malnutrition est un élément important de la diarrhée. Dans les pays en voie de développement, un grand nombre d'enfants souffrent de malnutrition. De fréquents épisodes diarrhéiques contribuent à la malnutrition parce que l'appétit diminue, l'alimentation est interrompue et l'absorption de nutriments est réduite. Les enfants souffrant de malnutrition deviennent alors plus vulnérables aux infections, d'où cercle vicieux potentiel de malnutrition et d'infection.

Les programmes de thérapie de réhydratation orale mettent l'accent sur la nécessité de continuer l'alimentation des enfants au cours des épisodes diarrhéiques. Bien que certaines familles, certains médecins locaux et certains médecins formés à l'occidentale avaient l'habitude de recommander la suppression de toute nourriture en cas de diarrhée, l'idée que l'allaitement ne doit pas être interrompu du tout en cas de diarrhée fait cependant l'unanimité aujourd'hui. Lorsque l'enfant est sevré, l'alimentation doit n'être interrompue que brièvement; il est important de recommencer à administrer des liquides à faible teneur en lactose, tels que des préparations lactées diluées, ou d'autres liquides et aliments usuels dès que l'enfant veut bien les prendre. Si le volume de la diarrhée est plus

important lorsque l'enfant est alimenté, le volume de nourriture absorbée est aussi plus important dans ce cas et les pertes de poids moindres.

Les programmes de traitement par SRO découragent l'emploi d'antibiotiques et d'autres médicaments, ceux-ci étant la plupart du temps inefficaces contre les causes de diarrhées infantiles et parfois même toxiques. La néomycine, par exemple, peut aggraver la diarrhée. On est en train de mettre au point actuellement des vaccins contre quelques organismes.

Programmes au niveau communautaire

A long terme, seule l'hygiène, l'emploi d'eau et d'aliments propres, une meilleure nutrition et une amélioration de la qualité de la vie peuvent réduire l'incidence de la diarrhée chez les nourrissons et les enfants. A court terme, cependant, nous disposons de la connaissance scientifique et de la technique nécessaires (thérapie SRO) pour prévenir la plupart des décès dus à la diarrhée. Est-ce que les programmes sanitaires pourront assurer la lourde tâche de mettre la thérapie de réhydratation orale à la disposition du monde entier?

De par son ampleur, cette tâche nécessite une organisation soignée, des objectifs spécifiques, une logistique fiable, une formation au niveau de la communauté, des programmes d'information bien conçus ainsi qu'une surveillance et une supervision rigoureuses d'un système de traitement multiniveau. Si la coordination des tâches doit être assurée depuis le siège central jusqu'au village, le traitement des cas graves doit être assuré selon la progression suivante : de la maison à l'agent du village ou de la région, au centre de soins, et finalement à l'hôpital.

D'un côté, il est nécessaire d'avoir le plein accord et la coopération totale du corps médical, auquel on devra faire appel pour les cas les plus graves. Il sera peut-être nécessaire de créer des cours de perfectionnement et des séminaires étant donné que les principes de réhydratation orale ont été mis au point après que de nombreux médecins exerçant actuellement eurent fini leurs études de médecine. D'un autre côté, pour pouvoir toucher les millions de mères qui s'occupent d'enfants diarrhéiques actuellement, il est essentiel de créer des programmes communautaires qui ne dépendent pas de médecins ni d'installations cliniques. Autrement dit, il est crucial que chaque famille de chaque village ait accès aux produits SRO, qu'on leur apprenne soigneusement à les utiliser et qu'on les y encourage.

Les programmes de thérapie SRO ont un certain nombre de caractéristiques communes avec les programmes de planning familial communautaires : tous deux visent à toucher les femmes en âge d'avoir des enfants; ils visent à enseigner de nouvelles techniques applicables à domicile plutôt qu'en clinique; et leur succès dépend d'une application à long terme. Certains pays ont tenté de relier les systèmes de distribution de SRO et les programmes de planning familial communautaires-par exemple, le Bangla Desh, l'Egypte, le Guatemala et le Soudan. Les programmes de thérapie SRO et de planning familial devraient faire partie intégrale des programmes sanitaires pour la mère et l'enfant (MCH).

Annexe du moniteur 41 F

THERAPIE DE REHYDRATATION ORALE: PRINCIPES SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES

DR. NORBERT HIRSCHHORN

John Snow Public Health Group Inc.

Boston, Massachusetts

Resident Technician

National Control of Diarrheal Diseases Program

Egypte

Lorsqu'un enfant a la diarrhée, il perd des liquides organiques, principalement les sels minéraux essentiels et l'eau, et devient donc déshydraté. Il faut alors mélanger des sels et du sucre dans de l'eau et administrer cette solution à l'enfant, à volonté, jusqu'à ce qu'il ne soit plus déshydraté et que la diarrhée ait ralenti ou se soit arrêtée. Il est important de continuer d'alimenter ou d'allaiter l'enfant.

Voilà le principe de la thérapie de réhydratation orale. Cela semble si simple (comparé, par exemple, aux manipulations génétiques ou aux coeurs artificiels) que l'on peut se demander ce qu'il y a de scientifique dans cette technique SRO ou pourquoi il est nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine. Maints médecins des générations passées, infirmiers et mères de famille ont protesté : "Cette méthode n'a rien de nouveau, cela fait des années que nous pratiquons la technique SRO". Certains grands cliniciens ont traité de la thérapie SRO dans leurs écrits, il y a trente à quarante ans - Darrow, Harrison, Chatterjee. Mais c'est précisément le problème : dans leurs écrits, ces cliniciens parlaient de l'emploi de la thérapie SRO, mais ils ne savaient pas comment cette technique fonctionnait (ils ne pouvaient d'ailleurs pas le savoir à cette époque) et c'est pourquoi leur expérience anecdotique n'a eu de suite que plusieurs dizaines d'années plus tard. De nos jours encore, nous persistons dans l'emploi de méthodes de thérapie erronées ou inutiles faute de saisir et d'adopter une méthode scientifique; en fait, il en est ainsi dans tous les domaines de la médecine et de la santé publique.

Il n'est pas nécessaire d'être un savant pour pratiquer la technique SRO, mais la curiosité et les joies de la découverte propres à la science sont à la portée de tous. La curiosité scientifique peut se décomposer en cinq étapes :

1. Observation-utiliser tous ses sens pour prendre conscience des événements et les analyser : on a remarqué que les enfants déshydratés buvaient la solution de réhydratation avec vigueur et avidité et qu'une fois presque totalement hydratés, buvaient beaucoup moins rapidement et, souvent, finissaient par s'endormir.
2. Evaluation-noter ses observations et évaluer certaines données en unités de temps, de longueur, en quantité et en degrés : les enfants auxquels on a donné de la solution de réhydratation orale à volonté avaient tendance à boire une quantité presque équivalente à leur déficit initial, selon les données mesurées de quantité administrée, de quantité rejetée et de variations du poids corporel.
3. Formuler des hypothèses créatives-réfléchir aux implications de données d'observation mesurées et poser des questions pertinentes : qui est le mieux placé pour décider de la

quantité correcte de liquide nécessaire à la réhydratation, l'enfant déshydraté ou le médecin?

4. Tester, expérimenter-tout en respectant les limites imposées par l'éthique, à la lumière de données statistiques appropriées et en s'entourant de précautions pour éviter les préjugés, concevoir un test afin de vérifier l'hypothèse : dans certains cas, les enfants qui buvaient la solution de réhydratation à volonté s'hydrataient plus rapidement et retrouvaient un meilleur équilibre hydro-électrolytique que ceux qui prenaient de la solution par voie intraveineuse sous surveillance médicale.

5. Application-utiliser les résultats des tests scientifiques afin qu'ils puissent profiter au plus grand nombre possible de gens. Comme l'ont écrit Jon Rohde et Robert Northrup "transporter la science là où sévit la diarrhée". L'information d'intérêt humanitaire ne doit connaître aucunes frontières, politiques ou autres.

Les données et informations qui font l'objet de la présente communication ont passé par plusieurs de ces cinq étapes de recherche scientifique.

La thérapie SRO est issue de deux courants de recherche, si je puis me permettre cette métaphore liquide. Le premier établit ce que l'on entendait par déshydratation, sa relation avec le tableau clinique de l'enfant mourant et ce qu'il fallait faire pour renverser la situation. Aussi peu vraisemblable que cela puisse paraître, il a fallu environ huit ans pour parvenir à une solution satisfaisante. Le second courant de recherche, toujours en cours, concerne la gestion par la voie intestinale du mouvement des sels, des nutriments et de l'eau entre l'organisme et le monde extérieur.

L'image d'un enfant mourant est une pensée qui hante bien des mémoires. Le bébé a perdu environ 10 % de son poids en liquide. Ceci correspond à un litre de liquide chez un enfant de 10 kilos, soit environ un "quart" chez un enfant de 22 livres. Désormais, les yeux de l'enfant sont profondément enfoncés; son pouls est faible ou imperceptible; sa respiration est profonde et rapide; sa peau, lorsqu'on la pince, tend à rester marquée et à perdre de son élasticité; son ventre est parfois distendu; il n'urine plus; sa bouche est desséchée; ses paupières ne se ferment plus complètement; il n'a pas de larmes. Aussi déshydraté que l'enfant puisse être, les vomissements et les selles acqueuses durent presque jusqu'à la fin et il suffit parfois de 10 à 20 heures après le début de la maladie pour que l'enfant se trouve dans cet état.

Tous ces signes sont pour ainsi dire attribuables à la perte de sel, d'eau, de potassium et de bicarbonate de sodium, tous des ingrédients essentiels à la vie. Ils se retrouvent pour la plupart dans les selles acqueuses, et, en partie, en particulier le potassium, dans les urines. Quelle que soit la cause de la diarrhée, (rotavirus, choléra, E. coli, etc.), ou qu'elle sévisse à Baltimore ou au Bengal, une fois que l'enfant présente ces signes cliniques, la quantité d'eau et de sels minéraux perdus est pour ainsi dire la même (tableau 1). Ceci est heureux, dans un sens, parce que cela permet d'adopter une technique de réhydratation uniforme et ne nécessite pas que l'on connaisse le microbe spécifique en cause. Par ailleurs, alors que la perte de potassium est du même niveau de grandeur que la perte de sodium, les réserves en potassium de l'organisme sont beaucoup plus abondantes. Le remplacement du sodium est donc plus urgent et aide aussi à préserver les réserves de potassium.

Bien que le cas extrême que je viens de décrire corresponde à 1-2 % de tous les accès diarrhéiques on constate malheureusement que lorsqu'un enfant ne présente que quelques signes visibles de déshydratation, outre la soif, il a déjà peut-être perdu 5 % de son poids corporel, et est à deux doigts de la mort, et ce, en quelque cinq à dix heures. Quand les parents commencent à s'inquiéter, il ne reste parfois que quelques heures pour trouver une aide compétente. La majorité des enfants qui meurent, cependant, s'éteignent en deux à trois jours : ils ont reçu des liquides, probablement de valeur douteuse, oralement ou par voie intraveineuse; la diarrhée a ralenti quelque peu si l'on a essayé des médicaments variés. Cependant, l'argent des parents, ou la compétence et les ressources du praticien local sont parfois épuisés à ce stade et l'hôpital le plus proche est à des kilomètres de là. l'enfant a besoin d'une thérapie de réhydratation : un traitement efficace, peu coûteux, fiable et accessible localement.

Mais notre connaissance de la technique SRO est venue après notre connaissance de la perfusion IV. Au milieu des années 1940, les centres de recherche sur la diarrhée à Dhaka, Calcutta, Manille, au Caire, à Baltimore et à Taipei ont démontré qu'il était possible d'administrer rapidement en intraveineuses des solutions contenant du chlorure de sodium, du chlorure de potassium, du bicarbonate de sodium, (ou du lactate ou acétate) dans des proportions bien déterminées de façon à ressusciter, tel Lazare, les enfants gravement déshydratés, en deux à quatre heures. L'administration rapide d'une solution polyvalente, préparée selon des proportions correctes, permet de sauver des vies. c'est surtout à ce principe, découvert initialement avec la thérapie intraveineuse, que la technique SRO doit son succès. Et nous devons toujours faire appel à la thérapie intraveineuse si l'enfant est déshydraté au point d'être incapable de boire. Cette exception majeure mise à part, pourquoi la technique SRO est-elle préférable au traitement par voie intraveineuse?

- Elle peut être administrée, même à la maison, par des personnes ayant reçu une éducation formelle limitée.
- Elle ne nécessite pas l'emploi de matériel stérilisé.
- Elle est peu coûteuse (un avantage, d'ailleurs, même pour les hôpitaux bien équipés).
- Elle est plus sûre, et dans la plupart des cas, plus efficace.
- A défaut de mieux, une solution moins efficace peut être préparée à la maison avec du sel et de sucre de table (sucrose).
- Elle permet aux parents de participer au traitement de leurs enfants.
- Ceci est réconfortant pour l'enfant et les parents.

Examinons maintenant Le second courant de recherche qui a mené à la mise au point de la thérapie SRO : comment l'intestin gère-t-il les sels et l'eau?

"Quelle oeuvre extraordinaire que l'homme" : soutenu par un squelette, mu par des muscles, coordonné et programmé par un réseau électrochimique de nerfs et de matière cérébrale, et nourri et protégé par un liquide rouge vaguement apparenté à la mer primordiale.

L'intestin n'est qu'un tube vide relié au monde extérieur aux deux extrémités, noyau autour duquel le reste du corps est agencé. L'intestin fait beaucoup de choses, mais son rôle principal est de prendre des aliments, de les transformer en molécules de base assimilables par les cellules de l'organisme et de transporter ces molécules à travers l'épaisse muqueuse unicellulaire qui sépare l'intérieur de l'extérieur. Pour digérer les

aliments, il semble nécessaire d'accroître la surface du tube en ajoutant de multiples replis et en faisant partir de ces replis des expansions digitiformes dites "villosités" qui transportent de nombreuses enzymes digestives en surface ou près de leur surface. Si la surface du tube est considérablement réduite, par exemple, dans le cas d'une maladie appelée "sprue", les nutriments et vitamines essentiels ne sont pas absorbés. Il semble également nécessaire de suspendre les particules dans du liquide et de laisser les enzymes digestives accomplir leur tâche de transformation chimique. La source fondamentale de liquide digestif est la circulation sanguine, d'où l'intestin soutire et sécrète de l'eau salée qui ne contient ni sang ni sérum. La sécrétion de sels et d'eau semble surtout être la fonction des plus jeunes des cellules de la muqueuse intestinale, appelées "cellules cryptiques"; cette sécrétion est contrôlée par une succession merveilleusement programmée d'enzymes, de sels minéraux et de petits messagers chimiques qui "savent" exactement quand déclencher et arrêter le flot. Les agents infectieux qui causent la diarrhée sont capables de déclencher la sécrétion, en agissant au niveau des mécanismes cellulaires responsables, jusqu'à ce que de nouvelles cellules remplacent les cellules infectées, en général au bout de deux ou quatre jours, ou jusqu'à ce que les microbes et les toxines soient éliminés par les mécanismes de défense de l'organisme.

On a estimé que l'intestin d'un adulte en bonne santé sécrète cent litres-26,4 gallons US- ou plus de liquide chaque jour; extraordinaire, naturellement, mais étant donné la surface totale de deux millions de centimètres carrés (la taille d'un tapis de salle de bal de soixante dix pieds sur trente), cent litres ne représentent qu'une goutte par centimètre carré, par jour. Puisque l'organisme d'un adulte bien nourri contient seulement quarante litres de liquide en tout et qu'il suffirait d'un déficit permanent de sept à dix litres pour entraîner la mort, il faut un mécanisme rapide et fiable capable de reverser le liquide digestif dans la circulation sanguine aussi vite qu'il est sécrété. Grâce à ce que l'on peut très certainement qualifier de merveille d'ingénierie, ce sont les molécules produites par l'action du liquide digestif qui aident à assurer le retour des sels et de l'eau à travers la muqueuse intestinale, pour réintégrer ensuite les fonds communs de liquide organique. Les molécules qui fonctionnent de cette façon sont principalement le glucose, simple sucre dérivé de l'amidon, ou sucre de table; le galactose, un composant du lactose; et les acides aminés et les peptides, produits de la digestion des protéines. Chacune de ces molécules se combine avec le sodium probablement selon un rapport proche de 1:1, et ces dyades traversent la membrane cellulaire sans doute en se liant avec des molécules protéiniques vectrices fixées dans la membrane, en une sorte de "ménage à trois".

L'eau est attirée par osmose et d'autres sels minéraux (potassium, bicarbonate, plus de sodium) suivent, pris dans le flot pour ainsi dire. La majeure partie de cette absorption semble se produire dans les régions supérieures plus exposées des villosités, si bien que lorsqu'il y a atrophie importante de ces villosités, par exemple, en cas de diarrhées virales, il se peut que la réhydratation orale ne donne pas de résultats : ce qui est le cas chez environ 5 à 10 % des enfants gravement malades.

Comble de raffinement, le glucose, les acides aminés et les peptides semblent pénétrer les cellules liés au sodium, mais chaque classe de molécules se lie à des molécules vectrices différentes ou trouve des entrées séparées qui lui sont spécifiques. Il semble que, si l'on ajoute un acide aminé-glycine, par exemple, -au glucose dans une solution de réhydratation orale, l'absorption de liquide sera plus importante que si le glucose ou la

glycine sont utilisés seuls. C'est exactement ce qui se passe, et comme vous le verrez bientôt, ce phénomène promet de faire considérablement progresser la thérapie de réhydratation. Mais pour l'instant, quittons le tube digestif pour revenir à l'enfant.

La composition de la solution de réhydratation orale a été choisie à l'origine pour lutter contre les flambées épidémiques de choléra qui touchent à la fois les adultes et les enfants dans les régions où les traitements par voie intraveineuse sont rarement disponibles. Les sels sont conditionnés dans des sachets plats en aluminium, payés et entreposés par l'UNICEF, prêts à envoyer dans n'importe quel pays, à la demande. La préparation, souvent appelée "formule WHO", était à l'origine conçue comme un compromis entre ce dont les adultes avaient besoin et ce que les enfants pouvaient tolérer. Cette formule, toutefois, est plus sophistiquée que cela ne suggère. La quantité de sel est suffisante pour combler le déficit de sodium et d'eau dans les cas de déshydratation graves (tableau 1), bien que les adultes doivent peut-être en boire davantage. Deux pour cent de glucose est une concentration optimale; de nombreuses études suggèrent en effet que l'eau est mieux absorbée lorsque le rapport glucose: sodium est de 1:1 et que la concentration de glucose n'excède pas 2 % 1/2. Cette formule ne comble que partiellement le déficit en potassium, parce qu'il est dangereux de remplacer complètement les pertes aussi rapidement; cependant, il est important de commencer à combler les pertes rapidement (d aucuns suggèrent d'augmenter le taux de remplacement.) L'acidose est corrigée plus rapidement avec le bicarbonate que sans. Cette formule s'est montrée étonnamment polyvalente dans le traitement de centaines de milliers d'enfants et d'adultes, soit un taux de succès documenté de 85 à 95 %, dans les cas variés suivants :

- chez des sujets capables de boire;
- chez des enfants souffrant de malnutrition et des enfants bien nourris;
- dans des cas de diarrhée déshydratante d'origine virale et bactérienne;
- dans des cas présentant des taux sériques de sodium aussi bas que 110 milli-équivalents par litre et aussi élevés que 165, taux extrêmes mortels;
- dans des cas présentant une perturbation grave de l'équilibre entre les acides et les bases, caractérisée par une prédominance de l'acidité (état appelé acidose);
- sous des climats tropicaux et pendant les hivers de Baltimore;
- dans des cas ne présentant aucun signe de déshydratation jusqu'aux cas présentant une perte de liquide organique équivalent à 10 % du poids corporel;
- dans des cas de diarrhée abondante et continue, jusqu'à 10 millilitres par kilogramme de poids corporel par heure.

Même les vomissements n'empêchent pas le succès de cette thérapie, sauf dans quelques cas; en fait, les vomissements diminuent directement proportionnellement au degré de réhydratation SRO. Ce qui rend la thérapie SRO tellement polyvalente, outre sa formule équilibrée, c'est que la plupart des enfants boivent autant de solution de réhydratation orale que l'on veut bien leur donner jusqu'à ce qu'ils aient pris environ la quantité dont ils ont besoin pour combler leur déficit. Une fois hydratés, ou presque, il semble qu'ils

n'aient plus envie de boire ce liquide; ils s'endorment a ors, ou se mettent à pleurer pour qu'on leur donne à manger.

Pleurer de faim : la thérapie SRO est plus qu'une simple réhydratation par l'administration d'une solution de sels et de sucre. Elle permet également la restauration rapide d'un régime normal. Il est désormais acquis qu'une des causes principales de malnutrition chez les enfants du tiers monde est la répétition des épisodes diarrhéiques Les raisons sont multiples et se recourent :

- l'appétit des enfants diminue en raison de la perte de sels et d'eau et de l'acidose;
- les enfants sont souvent forcés de jeûner lorsqu'ils ont la diarrhée, quelquefois pendant plusieurs jours, parce que l'on craint que la nourriture aggrave la diarrhée;
- la perte de potassium peut diminuer le tonus musculaire au point que l'enfant est incapable de manger et de digérer;
- lorsqu'un enfant est malade, l'angoisse et l'agitation brûlent une partie des calories des réserves de graisse et de protéines de l'enfant (qui sont peut-être déjà sérieusement diminuées);
- la diarrhée et le jeûne endommagent indépendamment les enzymes digestives de la voie intestinale, ce qui entraîne une malabsorption et une perte de la nourriture administrée;
- avec chaque épisode diarrhéique grave, l'enfant perd du poids et peut très bien ne jamais récupérer son potentiel de croissance et de bonne nutrition.

Des études bien conçues effectuées aux Philippines, en Iran, en Turquie, en Inde et à Panama, démontrèrent que la thérapie SRO semblait protéger contre les pertes de poids aiguës associées aux épisodes diarrhéiques lorsque l'on encourageait également les parents à continuer de nourrir l'enfant malgré la diarrhée. Le lait maternel, les aliments tendres et les porridges et même le poisson, les fruits et le pain étaient conseillés. La thérapie SRO restaure l'appétit de l'enfant en quelques heures, si bien que soudain ce conseil semblait tout à fait logiques aux parents. L'effet protecteur était plus apparent chez les enfants déjà sous-alimentés et chez ceux souffrant de diarrhées répétées, et la protection semblait être assurée pendant plusieurs mois. Mais bien sûr, pas de nourriture, pas de protection.

Nous ne savons pas exactement comment la thérapie SRO assure cette protection nutritionnelle, mais nous observons régulièrement que le rétablissement rapide de l'équilibre hydro-électrolytique restaure l'appétit. Le potassium joue probablement un rôle majeur à ce niveau; il y a aussi la possibilité intrigante, basée sur des études effectuées sur des adultes pratiquant le jeûne, que le glucose des solutions SRO aide peut-être à restaurer ou protéger les enzymes digestives intestinales. Il est certain que les parents acceptent plus facilement de nourrir leur enfant et que l'état de l'enfant s'améliore.

La thérapie de réhydratation orale, est donc, deux thérapies en une : la réhydratation et l'alimentation continue. On a déjà prouvé que la thérapie SRO réduisait le taux de mortalité des cas de diarrhée. Ce serait un accomplissement merveilleux si elle pouvait également réduire la prévalence des cas de malnutrition.

Cet espoir m'amène à examiner un aspect imminent de l'évolution de la thérapie SRO. Souvent, le souci principal des parents et des médecins est d'arrêter la diarrhée, et tant qu'ils n'en ont pas la preuve, ils refusent de croire qu'il faut commencer par la réhydratation. La thérapie SRO n'arrête pas la diarrhée, qui en général suit son cours pendant quelques jours; nous consacrons une grande partie de nos efforts à essayer de faire comprendre cet état de choses. Peut-être aurons-nous bientôt les moyens de diminuer l'abondance des selles tout en réhydratant l'enfant.

Comme nous l'avons vu lors de notre discussion sur la voie digestive, les différents produits de dégradation, ou métabolites, obtenus au cours de la digestion (sucres, peptides, acides aminés) se lient au sodium et favorisent l'absorption des sels et de l'eau en divers endroits de la membrane de la cellule intestinale. Nous avons maintenant suffisamment de preuves pour pouvoir avancer qu'en combinant ces métabolites dans une même solution orale, nous pouvons non seulement réhydrater mais aussi diminuer le volume total de selles éliminées. La présence de peptides et d'acides aminés est d'une importance particulière dans cette solution parce qu'ils agissent sur l'absorption tout le long de l'intestin grêle alors que l'action du glucose est davantage limitée à la partie supérieure. L'absorption des peptides et des acides aminés est aussi beaucoup moins susceptible d'être perturbée par la diarrhée que celle du glucose. L'étape suivante consiste donc à mettre au point une solution SRO enrichie qui combine sel, potassium, bicarbonate, glucose, ou un simple amidon, et peptides, ou une simple protéine.

Une telle formule présenterait entre autres les avantages suivants :

-diminution du volume des selles diarrhéiques;

-la diminution de la diarrhée entraînera une diminution de la perte des nutriments provenant du régime alimentaire usuel et éventuellement une meilleure protection des enzymes intestinales;

-les aliments courants locaux, déjà familiers aux parents peuvent être adaptés pour créer une solution SRO enrichie.

Les résultats des premières études effectuées sur une telle formule sont encourageants. Nous attendons avec impatience maintenant un nouvel élan de recherche qui permettra de définir la composition optimale d'une telle solution, de déterminer l'éventail de degrés de sévérité de diarrhée pour laquelle elle pourra être utilisée, ses avantages par rapport à l'administration séparée de solution WHO et d'aliments, son coût et sa distribution. Nous devons également trouver un moyen d'intéresser les parents à préparer et utiliser une solution SRO enrichie à la maison.

Où cela nous mène-t-il? Du point de vue général de la santé publique, il est possible que la thérapie SRO ne soit rien de plus d'une méthode palliative qui permette d'attendre que les recherches produisent des vaccins antidiarrhéiques efficaces. Aujourd'hui, et cela est bien triste pour de nombreux enfants, cette thérapie ne fait que repousser la mort à un peu plus tard. Les optimistes parmi nous espèrent que les programmes de thérapie SRO inciteront les gens à faire confiance à d'autres services de santé publique, tels que les services de planning familial, et permettront d'encourager une amélioration de la nutrition et des conditions sanitaires, de soutenir moralement les agents de santé et d'aider à mettre la santé à la portée de tous.

Nous espérons que ces espoirs ne seront pas vains; il est nécessaire de les mettre à l'épreuve Mais, pour faire des progrès dans ce domaine, à mon avis, il faudrait que tous les pays du monde mettent la santé publique en tête de leur agenda. Me voici revenu aux premières considérations de la présente communication.

Les agences internationales qui sponsorisent cette conférence ont fait beaucoup pour nos enfants. Elles encouragent la recherche, elles fournissent services et techniciens, et par l'intermédiaire d'un généreux réseau d'information, elles relient les savants de Boston aux agents de santé du Bangla Desh; mais avant tout, elles prouvent l'existence du "village planétaire" : aider les enfants des autres à survivre, c'est reconnaître et travailler pour le bien commun de l'humanité entière.

Tableau 1

PERTES MOYENNES D'EAU ET DE SELS DANS LES CAS GRAVES DE DIARRHÉE CHEZ UN ENFANT DE 10 KILOS AVANT TRAITEMENT

(milli- équivalents)

	Eau	Sodium	Potassium	Chlorure
Diarrhée				
infantile	1,1 L	90	100	80
Baltimore				
Choléra	1,0 L	120	70	100
infantile				
(Calcutta)				

Annexe du moniteur 41 G

Entreposage et entretien des réserves de sels de réhydratation orale (SRO)

Que le pays en question produise des SRO localement ou qu'il utilise les sachets de l'UNICEF, il convient que le produit soit correctement entreposé pour qu'il reste efficace depuis le moment de la livraison au magasin central jusqu'au moment de son utilisation. Le bicarbonate de sodium entraîne la décomposition du glucose dans les mélanges de sels de réhydratation orale. Des températures élevées et l'humidité peuvent accélérer ce processus et les fabricants doivent considérer ces facteurs lors de la préparation et du conditionnement des mélanges SRO.

Entreposage

· La température à l'intérieur de bâtiments où les sachets SRO sont entreposés ne doit pas excéder 30x C. Au-dessus de cette température, les SRO sont susceptibles de fondre ou de prendre une couleur foncée. Dans ce cas, il devient très difficile de les dissoudre et ils

ne doivent pas être utilisés. Toutefois, si le produit a simplement jaunit, mais qu'il est possible de le dissoudre correctement, on peut toujours l'utiliser de façon sûre et efficace.

- Les réserves de SRO ne doivent pas être entreposées dans des bâtiments recouverts de toits galvanisés directement exposés au soleil et sans ventilation adéquate. La chaleur dans de tels bâtiments atteint un niveau considérable.
- L'humidité dans les magasins de réserve ne doit pas dépasser 80 pour cent. Lorsque l'humidité excède ce niveau, les sels SRO sont susceptibles de se concréter ou de durcir. Augmenter la ventilation et éviter l'accumulation d'eau stagnante à proximité ou à l'intérieur des salles d'entreposage.
- Débarrasser les entrepôts de tous insectes et rongeurs, autant que possible.
- Embaucher les sachets de sorte qu'ils ne risquent pas d'être percés par des objets pointus.
- L'UNICEF recommande d'entreposer les sachets SRO dans des cartons empilés sur environ 1 à 1 mètre 1/2 de haut.
- Adopter un système de roulement de façon à ce que les sachets SRO les plus anciens (identifiés par la date et le numéro du lot) soient utilisés en premier. Lorsque l'on est pressé, éviter de prendre les sachets de devant ou de dessus à moins d'être sûr que ce sont les plus anciens de la réserve.
- Les entrepôts régionaux doivent être situés dans des endroits permettant une distribution aisée.

Inspection régulière des sachets

- Les sachets laminés en aluminium ont une durée de vie en magasin estimée à au moins trois ans. Noter la date de production sur l'étiquette. Les sachets SRO doivent être inspectés régulièrement (tous les trois mois) pour voir si leur qualité est toujours acceptable. Ouvrir au moins un sachet de chaque lot pour voir si la poudre SRO est utilisable. Les sachets SRO produits localement sont souvent emballés dans du plastique et auront probablement une durée de vie plus brève. Il est particulièrement important de les inspecter régulièrement.
- Inspecter les sachets SRO de toute boîte qui semble endommagée. Ouvrir au moins un sachet du haut, un du milieu et un du fond de la boîte pour voir si la poudre SRO est encore bonne .

Noter les mouvements des stocks de SRO à tous les points de réception et de livraison

- Noter sur les registres :
 - la quantité, le numéro ou la lettre d'identification du lot, et la date de réception;
 - La quantité livrée et la date de livraison (c'est-à-dire, envoi du produit d'un point à l'autre du réseau de distribution);
 - la quantité actuelle en réserve;
 - la limite de réapprovisionnement;

- Les registres doivent également indiquer tout problème (tel qu'avarie en cas de fuite du toit de l'entrepôt).
- Les stocks doivent être dénombrés tous les trois mois et les résultats du dénombrement comparés avec les quantités notées dans les registres.
- L'évaluation des stocks est un facteur important pour la détermination des besoins futurs de SRO.

Si vous désirez recevoir de plus amples informations sur la production locale de SRO et sur le contrôle de qualité, les publications suivantes peuvent être obtenues en écrivant au Programme Manager, CDD Programme, World Health Organization, 1211 Genève 27, Suisse.

- Guidelines for the production of oral rehydration salts.
- Good practices for the manufacture and quality control of drugs.

Annexe du moniteur 41 H

Prescription de médicaments : prudence

Le professeur Harold Lambert présente les cas cliniques qui justifient l'emploi de médicaments en plus de la thérapie de réhydratation orale.

Deux principaux groupes de médicaments sont couramment prescrits dans le traitement des maladies diarrhéiques :

- Les médicaments antimicrobiens - qui tuent l'organisme responsable et font donc regresser la maladie.
- Les médicaments antidiarrhéiques-qui diminuent l'abondance des pertes de liquide selon divers mécanismes pharmacologiques.

Ces deux types de médicaments sont souvent combinés et de nombreuses préparations commercialisées contiennent à la fois des antibiotiques et des antidiarrhéiques. Ces médicaments combinés ne doivent jamais être utilisés. Il faut uniquement utiliser des médicaments simples et seulement dans les cas appropriés.

L'emploi d'antibiotiques dans le traitement d'infections intestinales

Le traitement de certaines infections intestinales spécifiques repose en grande partie sur l'emploi d'un médicament antimicrobien approprié.

Infection à Shigella : dans les cas légers et passagers de diarrhée dus au Shigella, le traitement par antibiotiques n'est souvent pas nécessaire, comme par exemple dans certains cas légers de dysenterie à Shigella sonnei ou flexneri. Les antibiotiques joueront toutefois un rôle important dans le traitement des cas sévères de dysenterie bacillaire, en particulier chez les nourrissons souffrant de fortes fièvres persistentes. Le choix est difficile parce que l'acquisition d'une résistance aux médicaments transférable est devenue très courante chez ces organismes et il s'agit de tenir compte de toute information locale relative à la sensibilité de ces organismes aux médicaments.

L'ampicilline ou le co-trimoxazole conviennent généralement (ampicilline, 100 mg/kg/jour, en quatre doses, pendant cinq jours, ou triméthoprime, 10 mg et sulfaméthoxazole 50 mg/kg/jour, en deux doses, pendant 5 jours). L'administration d'une dose thérapeutique unique de tétracycline (2,5 g) chez les adultes est également très efficace si les bacilles sont sensibles à ce médicament.

L'emploi des antibiotiques doit être réservé aux cas suivants



L'emploi des antibiotiques doit être réservé aux cas suivants:

- Lorsque les signes cliniques suggèrent clairement l'existence d'une diarrhée invasive (selles sanguinolentes et forte fièvre)
- u d'un choléra (dans une région où le choléra existe à l'état endémique)
- Lorsque les résultats de laboratoire indiquent la nécessité de leur emploi.

Infection à *Campylobacter* : les *Campylobacter* je juni peuvent envahir la paroi intestinale et engendrer une douleur abdominale et des selles légèrement dysentériques. Dans la plupart des cas, les patients se rétablissent parfaitement sans chimiothérapie. Les cas graves peuvent être traités par l'érythromycine (40 mg/kg/jour) en trois doses, pendant cinq jours mais son efficacité n'a pas été prouvée. Un essai contrôlé récent a montré que l'érythromycine ne présentait aucun avantage clinique, mais les traitements n'avaient débuté en moyenne que six jours après l'apparition des symptômes (1).

Choléra : selon des études, plusieurs antibiotiques, en particulier la tétracycline, permettent de raccourcir la durée de la maladie et sont donc utiles pour le traitement des patients cholériques. La tétracycline est administrée à 50 mg/kg/jour, en quatre doses, pendant trois jours. Il existe maintenant une résistance à ce médicament dans les régions où l'on a appliqué la chimioprophylaxie de masse. D'autres médicaments incluent la furazolidone et le chloramphénicol.

E. coli entérotoxigènes et entéropathogènes : relativement peu d'essais cliniques ont été conduits sur l'effet des antibiotiques sur ce groupe d'infections intestinales. *E. coli* entérotoxigène engendre généralement des crises aiguës de durée relativement brève, rendant l'emploi d'antibiotiques inutile. Etant donné qu'il est difficile d'identifier ces

organismes, il semble qu'il soit peu justifié pour l'instant de les traiter par antibiotiques. De la même façon, en ce qui concerne E. coli entéropathogène, l'utilité des antibiotiques n'a pas été prouvée d'une façon irréfutable.

Infections à Salmonella : pour la vaste majorité des maladies diarrhéiques aiguës dues à des souches de Salmonelles non typhoïdiques, les antibiotiques ne changent pas le cours de la maladie et prolongent même parfois la période durant laquelle les cultures de selles restent positives. La septicémie à Salmonella, qui peut se présenter chez les enfants sous forme combinée de diarrhée et de maladie générale avec fièvre, requiert un traitement par antibiotiques. On pourra utiliser l'ampicilline, la chloromycétine ou le co-trimoxazole, selon la sensibilité de l'agent causal.

Amibiase et lambliaze : ces deux maladies parasitaires répondent à plusieurs agents antimicrobiens. Le métronidazole est le médicament de choix dans les deux cas.

L'emploi d'antibiotiques dans les infections intestinales de cause inconnue

Dans le cas de nombreuses infections intestinales, il arrive que la cause ne soit jamais déterminée ou que l'organisme en cause soit identifié une fois que la phase aiguë de la maladie est passée. Les antibiotiques sont inutiles dans le traitement du vaste groupe de diarrhées virales. On a suggéré parfois que les antibiotiques devraient être prescrits automatiquement au cas où la maladie serait due à une infection pour laquelle le traitement par antibiotiques serait indiqué.

Cette pratique est à éviter pour plusieurs raisons :

- L'administration d'antibiotiques peut détourner l'attention de la mère et du personnel infirmier de la tâche essentielle que représente le remplacement de l'eau et des électrolytes.
- L'emploi généralisé d'antimicrobiens favorise la sélection de souches résistantes aux antibiotiques; les médicaments ont donc ainsi moins de chances d'être efficaces plus tard pour les quelques patients qui en auront vraiment besoin.
- Les antibiotiques sont coûteux.

Il est donc évident que l'emploi aveugle des antibiotiques dans le traitement des maladies diarrhéiques de cause inconnue est à bannir.

Autres médicaments pour le traitement des gastro-entérites

Les agents les plus couramment utilisés sont le kaolin et la pectine sous une quelconque des nombreuses formules disponibles, malgré les essais cliniques prouvant leur manque d'efficacité. Dans la plupart des cas, l'amélioration de l'état des enfants est tellement rapide avec la rééquilibration hydro-électrolytique que l'emploi d'agents constipants n'est pas nécessaire pour les diarrhées aiguës.

Les médicaments tels que les opiacés, le diphénoxylate et la loperamide, qui réduisent le transit intestinal, bien que largement utilisés, ne doivent jamais être administrés aux enfants. En ralentissant le péristaltisme, ils aggravent l'état du sujet- ceci a été prouvé chez un grand nombre d'enfants et de volontaires souffrant de shigellose. Ces médicaments

inhibent également la respiration et sont une cause importante d'empoisonnement accidentel d'enfants.

Dans la plupart des cas, le remplacement des pertes hydro-électrolytiques permet d'améliorer rapidement l'état des enfants

Recherche

Plusieurs projets de recherche en cours visent à trouver des médicaments qui réduiront le transport anormal de liquide à travers la muqueuse de l'intestin grêle. Par exemple, les médicaments anti-inflammatoires (aspirine et indométacine) peuvent réduire l'action de la toxine cholérique et d'autres toxines agissant au niveau de l'intestin. Le subsalicylate de bismuth, en larges doses, a été prouvé efficace chez les adultes souffrant de la diarrhée des voyageurs.

D'autres substances ont aussi été éprouvées; par exemple, des essais ont montré que la chlorpromazine, qui inhibe probablement l'adénylcyclase, réduisait les pertes diarrhéiques chez les patients souffrant de choléra. Toutefois, étant donné les risques de somnolence que présente ce médicament pour les enfants et la diminution de l'apport hydrique associée, son emploi ne doit pas être généralisé. On a essayé également d'empêcher la toxine cholérique de se lier à la paroi intestinale, mais les essais n'ont pas réussi à prouver l'utilité pratique de la méthode.

Il est impossible pour le moment de recommander l'emploi généralisé d'aucuns de ces médicaments expérimentaux chez les patients souffrant de diarrhée. Si l'on parvenait à mieux définir les médicaments qui réduisent la sécrétion intestinale et à démontrer leur efficacité sur le terrain pour combattre les cas de diarrhée dus à un large éventail d'agents causals, la médecine bénéficierait d'une addition thérapeutique utile.

Conclusion

La thérapie de réhydratation orale reste le traitement essentiel et les antibiotiques sont utiles seulement dans les quelques cas cliniques décrits.

Professeur H. P. Lambert, Communicable Diseases Unit, St. George's Hospital, London, UK.

(1) Anders, B. J. et al 1982 Double-blind placebo controlled trial of erythromycin for treatment of campylobacter enteritis. The Lancet January 16:131-132.

Session 42

Prospectus 42 A

Annexe du moniteur 42 A

Prospectus 42 A

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE KAP SUR LA DIARRHÉE A L'INTENTION DES MENAGES

Date___ Lieu___

Nom de la personne interrogée___

Occupation___

Nombre d'enfants___ Age___

1. Quand votre enfant a-t-il eu la diarrhée pour la dernière fois?
2. Quels autres termes les gens utilisent-ils pour parler de la diarrhée?
3. Comment votre enfant a-t-il attrapé la diarrhée?
4. Est-ce qu'il arrive que des enfants meurent de la diarrhée dans votre village?
5. Connaissez-vous un enfant qui est mort de la diarrhée?
6. Que faites-vous quand votre enfant a la diarrhée? Pourquoi?
7. Donnez-vous à boire à votre enfant quand il a la diarrhée? Pourquoi? Quelles sortes de liquides? Combien?
8. Nourrissez-vous votre enfant lorsqu'il a la diarrhée? Pourquoi? Quelles sortes d'aliments lui donnez-vous?
9. Continuez-vous d'allaiter votre enfant lorsqu'il a la diarrhée? Autant qu'avant, plus, ou moins?
10. Qui vous aide dans votre communauté lorsque votre enfant a la diarrhée? (questions supplémentaires : est-ce que le guérisseur traditionnel peut aider? l'agent de santé communautaire? Votre mère? etc.)
11. Donnez-vous des médicaments particuliers à votre enfant lorsqu'il a la diarrhée? Quels médicaments? Où vous les procurez-vous?
12. Est-ce que le fait de se laver les mains aide à empêcher de contracter la diarrhée? Y a-t-il moyen d'éviter la diarrhée?
13. Observez et demandez quels ustensiles on peut utiliser pour mesurer l'eau, le sel et le sucre (pour la réhydratation orale).
14. Observez et notez les conditions sanitaires à l'intérieur de la maison et dans les environs.
15. Observez et notez l'état physique de l'enfant à la maison. Recherchez les signes de malnutrition ou de déshydratation.

*Il est nécessaire de poser des questions supplémentaires légèrement plus spécifiques lorsqu'une personne a des difficultés à répondre à une question ou donne une réponse trop générale ou hors du sujet.

ENQUETE KAP SUR LA DIARRHEE QUESTIONS A POSER AUX AGENTS DE SANTE

Date___

Lieu___

Nom de la personne interrogée___

Occupation___

1. Décrivez comment les parents soignent la diarrhée de leurs enfants en général.
2. Quels médicaments sont les plus fréquemment utilisés par les parents pour traiter la diarrhée : (énumérez par ordre d'importance).

Quels médicaments sont généralement utilisés par les agents de santé pour traiter la diarrhée : (énumérez par ordre d'importance).

3. Est-ce que les agents de santé encouragent les parents à traiter leurs enfants à la maison? Oui___ Non___

Si oui, que les encouragent-ils à faire?

4. Quand doit-on traiter la diarrhée avec une solution de sucre et de sel ou une solution SRO? Pourquoi?

5. S'il est possible de se procurer des sachets SRO, indiquez où l'on peut s'en procurer et le coût.

	Oui	Non	Coût	Gratuit
Hôpital	-	-	-	-
Centre de soins	-	-	-	-
Dispensaire	-	-	-	-
Agent de santé du village	-	-	-	-
Pharmacie	-	-	-	-
Marché	-	-	-	-
Autre	-	-	-	-

6. Veuillez répondre aux questions suivantes de façon approximative :

	Hôpital	Centre de soins
Pourcentage approximatif de cas de diarrhée avec déshydratation grave	-	-
Pourcentage approximatif de cas traités par thérapie IV	-	-

Coût d'un litre de solution IV	-	-
--------------------------------	---	---

Annexe du moniteur 42 A

TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES A LA DIARRHEE

Vous trouverez à la page 3 de l'Annexe du moniteur 42A un exemple de tableau récapitulatif qui devra être adapté pour reporter les résultats des enquêtes menées au sein des collectivités et dans les centres de soins, à l'étape 5.

Des formulaires tels que celui présenté à la page 2 de la présente annexe devront être distribués à chaque groupe pour que les participants puissent y récapituler leurs résultats. Les personnes chargées de regrouper et de rapporter les résultats obtenus par tous les groupes pourront alors examiner rapidement le tableau récapitulatif de chaque groupe et noter les données sur un tableau général. Vous préférerez peut-être distribuer un exemplaire de cette feuille ou une version adaptée à chaque équipe d'enquêteurs ou simplement le reproduire sur papier journal au cours de l'étape 5.

FORMULAIRE RECAPITULATIF DES ENQUETES MENEES AU SEIN DES MENAGES

1. Numéro du groupe _
2. Groupe d'âge évalué_
3. Date de l'entrevue_
4. Région_
5. Ville ou village_
6. Interrogateur_

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII			IX	X	XI
Numéro de la personne	Numéro du ménage	Nom de l'enfant	Age	Sexe M F	Diarrhée présente Oui/Non	Diarrhée dans les 15 derniers jours Oui/Non	Traitement donné à la maison			Traitement donné ailleurs		
							Allaitement Nbre de tétés	Autres liquides (Quantité)	SSS* (Quantité)	Li eu	Nbre de jours après le début ce la	Type de traitement don

												diarr hée	né
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Codes réponses pour les colonnes VIII à XI

Colonne VIII

- 1=moins que d'habitude
- 2=comme d'habitude
- 3=plus que d'habitude
- 4=arrêt complet/néant
- 5=non applicable (enfant sevré)

Colonne IX

- 0=à la maison
- 1=guérisseur traditionnel
- 2=dispensaire/centre de santé
- 3=pharmacie
- 4=docteur particulier
- 5=hôpital
- 6=autre

Colonne X

- 1=1er jour du premier épisode diarrhéique
- 2=2ème jour de diarrhée
- 3=3ème jour de diarrhée
- 4=4ème jour de diarrhée
- 5=5ème au 6ème jour de diarrhée
- 6=ne sait pas

Colonne XI

- 0=aucun traitement
- 1=eau de riz, tisane, etc.
- 2=solution de sucre et de sel (SSS)

3=SRO

4=antibiotiques

5=IV

6=ne sait pas

7=médecine traditionnelle

* Pour la question relative à la quantité de SSS, utilisez les codes de la colonne VIII. Le code-réponse (1-4) sélectionné doit être basé sur les recommandations énoncées à la session 40 (Evaluation de l'état de déshydratation) et à la session 41 (Thérapie de réhydratation).

TABLEAU RECAPITULATIF DES ENQUETES

I	II	III	IV	V	VI			VII	VIII	IX
Numéro du groupe	Nombre d'enfants évalués	Sexe M F	Diarrhée présente	Diarrhée au cours des 15 derniers jours	Traitement donné à la maison			Traitement ailleurs		
					Allaitement	Autres liquides	SSS *	Lieu	Jour de traitement	Type de traitement
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
TOTAL										

Codes réponses pour les colonnes VI à IX

Colonne VI

- 1=moins que d'habitude
- 2=comme d'habitude
- 3=plus que d'habitude
- 4=arrêt complet/néant
- 5=non applicable (enfant sevré)

Colonne VII

- 0=à la maison
- 1=guérisseur traditionnel
- 2=dispensaire/centre de santé
- 3=pharmacie
- 4=docteur particulier
- 5=hôpital
- 6=autre

Colonne VIII

- 1=1er jour du premier épisode diarrhéique
- 2=2ème jour de diarrhée
- 3=3ème jour de diarrhée
- 4=4ème jour de diarrhée
- 5=5ème au 6ème jour de diarrhée
- 6=ne sait pas

Colonne IX

- 0=aucun traitement
- 1=eau de riz, tisane, etc.
- 2=solution de sucre et de sel (SSS)
- 3=SRO
- 4=antibiotiques
- 5=IV
- 6=ne sait pas
- 7=médecine traditionnelle

* Pour la question relative à la quantité de SSS, utilisez les codes de la colonnes VIII. Le code-réponse (1-4) sélectionné doit être basé sur les recommandations énoncées à la session 40 (Evaluation de l'état de déshydratation) et à la session 41 (Thérapie de réhydratation).

Session 43

Prospectus 43 A

Annexe du moniteur 43 A

Annexe du moniteur 43 B

Annexe du moniteur 43 C

Annexe du moniteur 43 D

Prospectus 43 A

FICHE DE THERAPIE SRO POUR LE POSTE-ATELIER "VILLAGE"

Avant d'entreprendre quoi que ce soit au poste-atelier "village" :

- 1) Lisez la fiche de description de la situation.
- 2) Évaluez les problèmes matériels posés, du point de vue de l'environnement et du point de vue de l'équipement.

Recherchez les problèmes évidents et les problèmes plus subtiles. Examinez entre autres les points suivants :

- y a-t-il des récipients adéquats pour mesurer et mélanger les produits?
- les ingrédients nécessaires sont-ils disponibles?
- y a-t-il une source d'eau adéquate?

3) Évaluez d'autres problèmes probables ou certains. Par exemple, examinez ou notez les points suivants :

- comment la mère ou le gardien de l'enfant pourraient-ils envisager la situation?
- comment envisagez-vous la situation?
- l'éducation sanitaire relative à la prévention de la diarrhée ou à l'enseignement de la technique SRO est-elle possible?
- est-il possible d'enseigner comment administrer correctement la solution une fois que le mélange est fait?
- à qui ce message doit-il être adressé?
- quel est le message le plus important à communiquer du point de vue de l'éducation sanitaire?
- quel rôle pourriez-vous jouer dans le suivi de ce cas?

4) Après avoir fait les observations adéquates et réfléchi aux questions ci-dessus, déterminez comment vous et votre groupe vous y prendriez pour préparer la solution de réhydratation orale au poste-atelier. Abordez vos problèmes d'une façon créative, mais pensez avant tout à la santé de l'enfant qui a besoin de réhydratation.

5) Après avoir décidé du meilleur traitement à administrer à l'enfant vu les problèmes rencontrés au poste-atelier "village", passez à la pratique.

6) Quittez le poste dans l'état où vous l'avez trouvé et passez au poste suivant. Demandez à l'instructeur de vous aider à mettre le poste en ordre pour le groupe suivant si nécessaire.

FICHE DE THERAPIE SRO POUR LE POSTE-ATELIER "VILLAGE"

	Poste 1	Poste 2	Poste 3
PROBLEMES MATERIELS			
PROBLEMES DIVERS			

SITUATIONS PROBLEMATIQUES : THERAPIE SRO A LA MAISON

Les problèmes suivants sont des cas exagérés de problèmes que les volontaires peuvent être amenés à rencontrer lorsqu'ils essaient de préparer des solutions de réhydratation orale dans leurs villages. Chaque description de cas devra être adaptée à la culture locale, puis lue ou affichée, si les participants disposent de postes-ateliers. A la lumière de leur connaissance et de leur expérience du moment, les membres du groupe devront décrire ou démontrer comment ils aborderaient chaque situation, en utilisant les ingrédients disponibles et leur ingéniosité. Chaque situation (ou poste-atelier) contient des ingrédients pour :

- préparer des solutions sucre-sel à la maison
- utiliser les sachets SRO
- fournir des aliments nutritifs simples et/ou
- remplacer les liquides et nutriments perdus au cours de la diarrhée sans corriger le déséquilibre électrolytique.

Les matériaux nécessaires pour chaque poste-atelier sont énumérés sous l'énoncé du problème. Des suggestions concernant la façon d'aborder chaque problème posé aux trois postes-ateliers en utilisant les matériaux disponibles sont fournies après la description de chaque cas et problème sur les présentes feuilles. Ne pas afficher ces réponses.

Problème numéro 1 :

Description de la situation : un enfant âgé d'un an a eu quatre à six selles diarrhéiques la veille. La mère n'ayant qu'un seul sachet SRO en prépare la moitié le premier jour de la diarrhée de son enfant. Elle donne la solution SRO dans une tasse mais le bébé tousse, s'étrangle et refuse de boire. La mère essaie de sevrer l'enfant et ne l'allaité donc qu'une fois par jour. l'enfant veut dormir tout le temps et, lorsqu'il est éveillé, il cherche toujours à prendre le sein de sa mère.

Problème :

Que feriez-vous si vous ne trouviez que les éléments suivants dans la maison :

- un sachet SRO frais mais à moitié vide
- de l'eau propre
- de la fécule de riz
- un récipient sale d'un litre
- du sel
- un gros paquet de thé en vrac
- une cuillère à café

Réponse : adoptez le plan de traitement B du tableau de traitement WHO et mélangez les sels SRO selon les instructions. Si l'enfant continue d'avoir la diarrhée une fois le demi-litre de solution administré et si cela est la coutume dans la culture locale, donnez-lui une solution de fécule de riz. Si la diarrhée persiste pendant plus de deux jours et/ou que l'enfant montre davantage de signes de déshydratation, transportez-le au centre de soins.

Problème numéro 2 :

Description de la situation : la fille ainée (7 ans) vous dit que son frère et sa soeur cadets ont eu la diarrhée plusieurs fois aujourd'hui. La mère est partie au marché vendre du pain. Les enfants ont la diarrhée et pleurent beaucoup mais semblent bien se porter. Lorsque vous tâtez leur poulx, il vous semble normal. Leur peau reprend immédiatement sa forme initiale lorsque vous la pincez et les enfants réclament sans arrêt à boire.

Problème : que faire si dans la maison vous trouvez les aliments et ustensiles suivants :

- pommes de terre
- sel et molasse (ou succédané de sucre approprié utilisé dans le pays)
- grosse cuillère
- eau
- grosse gourde

Réponse: suivez les recommandations indiquées au plan de traitement A du tableau WHO et les directives relatives à la préparation des solutions de sucre-sel.

Problème numéro 3 :

Description de la situation : c'est la saison des pluies et il n'y a pas grand chose à manger. Les routes menant au centre de soins sont inondées. La mère est au champ la plupart du temps. Lorsque vous passez devant chez elle, vous la trouvez inquiète parce que son fils de deux ans a la diarrhée depuis la veille. Elle vous demande des médicaments occidentaux pour traiter son fils. On vous a dit de ne jamais donner de médicaments de votre coffret du Peace Corps.

Problème: que faire et que dire à la mère si, dans la maison, vous ne trouvez que les éléments suivants :

- morceaux de sucre
- eau sale dans un seau
- plusieurs petites tasses à thé
- des carottes, d'autres légumes et tubercules
- un petit mortier et un pilon.

Réponse: ce scénario devrait mener à une discussion sur les avantages et les inconvénients de l'emploi de médicaments qui ne sont pas facilement disponibles dans la culture ou le village en question pour traiter les enfants. Si l'enfant n'est pas en danger de déshydratation, vous avez tout ce qu'il faut pour préparer la solution de sucre-sel et lui fournir certains aliments nutritifs entre les prises de solution. Référez-vous à l'Annexe pour instructeur 43C pour une discussion sur les avantages et les inconvénients de l'emploi d'eau sale pour la préparation de la solution, et à la Session 32 pour des informations sur la prévention de la malnutrition.

Nota : les matériaux présents dans chaque poste-atelier devront inclure des ingrédients susceptibles d'être utilisés pour préparer une solution SRO; toutefois, l'un des postes devra présenter un tel problème ou être si inadéquat, que les participants devront envisager d'envoyer l'enfant au centre de soins immédiatement. Parmi les matériaux disponibles, on devra trouver quelques ustensiles pour la préparation de la solution et des objets susceptibles d'être utilisés pour couvrir la solution préparée afin de la garder plus propre; ces objets ne devront cependant pas être évidents (par ex., des journaux).

Annexe du moniteur 43 B

L'emploi d'eau sale pour la déshydratation orale

Beaucoup d'entre vous posent des questions à propos de l'emploi d'eau sale dans la préparation de solutions de réhydratation orale lorsqu'il est impossible de se procurer de l'eau propre. Richard Feachem suggère que les avantages que représente le rétablissement précoce de l'équilibre hydro-électrolytique dans les cas de diarrhée aiguë l'emportent de loin sur les risques éventuels liés à l'emploi d'eau contaminée.

On encourage les mères à utiliser uniquement de l'eau propre pour préparer du liquide de réhydratation orale. Toutefois, la plupart des gens dans les zones rurales des pays en voie de développement n'ont pas d'eau propre à leur disposition et dans certaines communautés la seule source d'eau disponible est considérablement contaminée par des matières fécales (1). Dans ces circonstances, il est recommandé de bouillir l'eau et d'attendre qu'elle refroidisse pour préparer la solution de réhydratation orale. Cela est souvent impossible à réaliser : cette méthode requiert l'emploi de combustible coûteux et retarde la mise en route du traitement. Si l'emploi de la thérapie de réhydratation orale se généralise dans les villages, il est certain que le liquide de réhydratation orale sera souvent préparé avec de l'eau contenant des pathogènes d'origine fécale. Est-ce important? Nous n'en savons rien pour l'instant, mais cela n'a sans doute pas d'importance.

Principales questions

L'eau sale utilisée pour préparer la solution contient peut-être des virus, des bactéries et des parasites intestinaux d'origine fécale. Seules les bactéries peuvent se multiplier si les conditions sont favorables. Le liquide de réhydratation orale est normalement utilisé pendant environ 24 heures après sa préparation et donc deux questions principales se posent :

- Est-il possible que certains agents pathogènes bactériens éventuellement présents dans l'eau se multiplient dans le liquide de réhydratation orale entreposé à la maison à 20-30 °C?
- Dans l'affirmative, quel effet peut avoir l'ingestion d'une large dose d'agents pathogènes bactériens sur un intestin déjà colonisé par le même agent pathogène ou par un autre agent pathogène viral, bactérien ou protozoaire?

Seule la multiplication (plutôt que la prolongation de la durée de vie) d'une bactérie pathogène dans le liquide de réhydratation orale est importante, puisque c'est seulement si les bactéries se multiplient que le fluide de réhydratation expose l'enfant à une plus grande dose de bactéries que l'eau seule.

Collecte d'eau de mare dans les plaines basses du Lesotho. Cette eau, fortement polluée, contenait 1000 E. coli par 100 millilitres. Photo du Dr. Richard Feachem.

Expériences en laboratoire

Les résultats d'expériences en laboratoire sont contradictoires. Selon certaines études, le nombre d'agents pathogènes introduit dans le liquide de réhydratation orale diminuerait régulièrement. A la lumière de ces découvertes, un groupe de chercheurs travaillant pour WHO (2) arriva à la conclusion que *E. coli*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella* et *Shigella* ne se multiplient pas dans le liquide de réhydratation orale et survivent en nombre décroissant jusqu'à un maximum de 48 heures."

Ceci n'est probablement pas vrai dans tous les cas et une étude récente a montré que la concentration de *V. cholerae* et des souches entérotoxigènes et entérotoxigènes de *E. coli* augmentait de 1 à l'unités log après 24 heures dans le liquide de réhydratation orale. Toutefois, toutes ces expériences employaient du liquide de réhydratation préparé avec de l'eau distillée, ou de l'eau de surface stérilisée et ne reproduisaient donc pas les conditions réelles sur le terrain.

Etude en Gambie

Une étude plus pertinente sur le comportement des *E. coli* sauvages dans le liquide de réhydratation orale préparé avec de l'eau de puits a récemment été rapportée de la Gambie (3).

La concentration des *E. coli* dans l'eau de puits sans additifs diminua légèrement pendant les 24 heures d'entreposage (23-30 C). Toutefois, dans de l'eau de puits additionnée de sels de réhydratation orale, la concentration augmenta de plus de 2 unités log. La même étude établit une comparaison entre la réponse d'enfants (de trois mois à quatre ans) ayant reçu du liquide de réhydratation orale fait avec de l'eau de puits et celle d'enfants ayant reçu du liquide préparé avec de l'eau stérile. On ne nota aucune différence du point de vue de l'incidence et de la durée des épisodes diarrhéiques aigus, ou du taux de croissance entre les deux groupes. On estime que les *E. coli* ingérés dans le liquide de réhydratation orale entreposé représentaient au plus 5 pour cent des *E. coli* régulièrement ingérés dans la nourriture administrée à ces enfants.

Une saine stratégie

En conclusion, certaines bactéries peuvent se multiplier dans le liquide de réhydratation orale entreposé. Aucune étude ne prouve, toutefois, que l'emploi de liquide contaminé augmente l'incidence, la sévérité ou la durée des épisodes diarrhéiques, et une étude prouve le contraire.

En attendant que des recherches supplémentaires soient effectuées sur le terrain, il est sage de conseiller aux mères d'utiliser l'eau la plus propre possible, de la faire bouillir si possible et de ne pas conserver le liquide de réhydratation orale plus de 24 heures. Pour ceux qui s'inquiètent de cette méthode, nous insisterons sur le fait que les avantages reconnus d'un rétablissement précoce de l'équilibre hydro-électrolytique dans les cas de diarrhée aiguë, l'emportent de loin sur les risques éventuels liés à l'utilisation d'eau contaminée.

Annexe du moniteur 43 C

EDUCATION DU PUBLIC A PROPOS DE LA THERAPIE DE REHYDRATATION ORALE

DR. WILLIAM A. SMITH
Vice President and Associate Director
International Division
Academy for Educational Development
Washington, D.C.

"Pour obtenir une efficacité maximale dans de nombreuses régions, la réhydratation orale doit être mise à la portée des villages où il n'y a pas d'agents de santé formés. . . . Les avantages anticipés de tels programmes justifieront probablement les risques qu'ils comportent, mais on n'a pas encore étudié de façon approfondie les complications et les résultats de l'application de programmes sans surveillance médicale afin de déterminer comment les solutions sont en fait utilisées."

Lettre : Journal of Pediatrics, 1983, Drs. Harrison, Finberg Harper, and Sack.

Le souci primordial du corps médical n'est plus l'efficacité clinique de la thérapie de réhydratation orale, mais plutôt les risques associés à l'emploi de la thérapie SRO sans surveillance médicale. Ces risques sont évidents :

- Les solutions de sels de réhydratation orale hyperconcentrées sont dangereuses.
- Les solutions SRO trop diluées ne sont pas efficaces.
- En quantité insuffisante, la solution SRO est inefficace.
- Une administration trop rapide de solution SRO peut entraîner un vomissement.
- Administrer uniquement des SRO pendant de longues périodes sans autres liquides et aliments peut être dangereux.

Un certain nombre de questions doivent être abordées :

- Les mères seront-elles capables d'apprendre, de se rappeler et d'utiliser les proportions correctes?
- Les mères disposent-elles d'un instrument de mesure adéquat? Sont-elles capables, en fait, de déterminer à quoi correspond un litre?
- Les mères ont-elles le temps et la patience d'administrer une solution SRO lentement pendant vingt-quatre heures à un enfant malade, en dépit des exigences de leur emploi du temps chargé?
- Les mères abandonneront-elles les méthodes traditionnelles, telles que les purges, qui sont contreproductives?
- Les mères allaiteront-elles leur enfant pendant les crises de diarrhée et leur donneront-elles d'autres liquides?

-Comment enseigner aux mères-à des centaines de milliers de mères-les nouvelles connaissances et attitudes associées à l'emploi correct des solutions SRO sans aucune supervision?

Fait intéressant, ces questions ne sont pas des questions d'ordre médical, mais plutôt d'ordre éducationnel et sociologique. Elles font émerger la thérapie SRO du laboratoire, de la clinique et même de la petite étude pilote et l'exposent directement aux fluctuations sociales et comportementales de l'environnement.

Heureusement, nous disposons dorénavant de deux programmes de communication de masse complets à grande échelle pour promouvoir la thérapie de réhydratation orale-l'un en Honduras et l'autre en Gambie-ce qui permet de répondre à certaines de ces questions. L'USAID, par l'intermédiaire de ses Offices of Education and Health du Bureau for Science and Technology, a donné son appui non seulement à une campagne d'éducation publique complète relative à l'emploi de la thérapie SRO dans chaque pays, mais a également financé une évaluation scientifique de ces deux programmes, examinant les changements survenus au niveau des attitudes dans les zones rurales, de la connaissance, du comportement et de l'état de santé. Ces programmes ne répondent pas encore à toutes nos questions, mais ils nous permettent de mieux comprendre ce que la promotion de la thérapie SRO dans le monde entier implique.

Les ministères de la santé de ces deux pays sont en train de mettre au point une campagne basse sur l'utilisation de la radio et d'imprimés spécialisés ainsi que sur la formation d'agents de santé dans le but d'informer le public sur le traitement à domicile de la diarrhée infantile, y compris sur la préparation et l'administration correctes des solutions SRO. En Honduras, le gouvernement a entrepris la promotion de sachets de préparation WHO fabriqués localement sous le nom de Litrosol. En Gambie, le gouvernement essaie de lancer une formule standard de réhydratation à base de sucre et de sel (S/S) pour la prévention de la déshydratation au niveau du village, les sachets de l'UNICEF étant utilisés dans des centres de soins déterminés pour traiter les cas de déshydratation modérés. Le but poursuivi par ces deux pays est d'encourager les mères à utiliser la thérapie SRO le plus tôt possible au cours d'un épisode diarrhéique et de demander de l'aide si nécessaire. D'autres messages cruciaux concernent des sujets tels que l'allaitement, le sevrage, la préparation des repas, l'hygiène personnelle et les conditions sanitaires. La figure illustre le niveau de l'activité promotionnelle soutenue dans chaque pays au cours de la première année.

Les premiers résultats de l'évaluation, qui est menée par Stanford University's Institute for Communication Research, sont encourageants. L'étude de Stanford inclut une étude de groupe de quelque 750 à 800 mères, examinées en vagues successives sur une période de deux ans. Cette étude de groupe est appuyée dans les deux pays par une étude de la mortalité pré et post programme et une étude des agents de santé. En Honduras, une étude ethnographique a été ajoutée. Les résultats obtenus dans ce pays montrent qu'après un an, 48 % des sujets étudiés rapportaient avoir utilisé le Litrosol pour le traitement de la diarrhée au moins une fois. Au cours de cette même période, le degré de notoriété du Litrosol en tant que remède antidiarrhéique sur l'ensemble de la population était passé de 0 à 93 %. Parmi les utilisateurs de Litrosol déclarés, 94 % utilisaient un litre entier d'H₂O; 95,7 % utilisaient tout le sachet pour faire le mélange; 59,7 % donnaient tout le litre à l'enfant; 36 % jetaient la solution restante; et 9 % utilisaient le Litrosol pendant trois jours

complet (la plupart l'utilisait seulement pendant un ou deux jours). Les résultats obtenus en Gambie montrent qu'après huit mois de campagne, 66 % des mères connaissaient la formule de préparation correcte 8-1-3 eau/sucre/sel (ESS). Quarante-sept pour cent des mères déclaraient utiliser la préparation ESS pour traiter la diarrhée de leurs enfants.

Néanmoins, nous n'avons pas encore toutes les réponses nécessaires. Est-ce que les mères continueront à utiliser la thérapie SRO? Quel âge ont les enfants traités par SRO ? Si les mères font des erreurs, quels sont les types d'erreurs les plus courants? Quelles mesures permanentes faudra-t-il adopter pour assurer que ces niveaux d'utilisation ne diminuent pas? Ces questions et d'autres encore sont à l'étude , mais l'équipe en charge du projet a le sentiment que l'on peut tirer dès maintenant plusieurs leçons des expériences de ces deux pays qui aideront les organisateurs d'autres programmes semblables dans d'autres pays.

Quelques leçons

Leçon 1 : Portée, intervention opportune et crédibilité trois facteurs fondamentaux.

Si le but du programme est de généraliser l'emploi sans supervision de la thérapie SRO, trois facteurs cruciaux s'imposent : la portée, l'intervention opportune et la crédibilité. La portée d'un programme détermine le nombre de gens que le programme est capable de toucher rapidement; pour atteindre le plus de gens possible, le meilleur moyen est de faire appel aux media. Autrement dit, à la radio, dans la plupart des pays. Intervention opportune, soit la possibilité de rappeler les directives de préparation et d'administration au moment le plus opportun; le meilleur moyen est d'utiliser des matériels imprimés ou des dessins, en particulier, étiquettes d'un paquet et illustrations sur papier volant. La crédibilité, soit l'acceptation de la thérapie SRO par les patients, exige le soutien total et l'emploi de la thérapie SRO par des officiers de santé reconnus travaillant dans le pays- médecins, infirmiers et agents de santé.

Leçon 2 : un programme complet organisé avec méthode.

Pour réunir les trois éléments cités ci-dessus, il faut un programme complet qui réponde aux points suivants :

- approvisionnement et système de distribution de solution de réhydratation orale adéquats.
- rapport explicite entre ce que les agents de santé, la radio et la presse disent au public.
- ensemble unique de messages simples et non contradictoires qui indiquent comment préparer et administrer les solutions SRO et comment savoir quand la thérapie SRO ne marche pas.
- programme de formation pour les agents de santé qui met l'accent sur l'enseignement de la thérapie SRO ainsi que sur l'administration des SRO.
- programme régulier de radiodiffusion émis selon un horaire permettant d'atteindre un public spécifique.
- messages imprimés simples accompagnant chaque sachet SRO pour rappeler les principales notions relatives à la thérapie SRO.

Leçon 3 : un programme basé sur des recherches effectuées sur le terrain.

Pour être efficace, le programme doit être basé sur des recherches effectuées sur le terrain concernant les méthodes et croyances en vigueur dans la population donnée. Ces recherches doivent permettre de répondre à certaines questions cruciales telles que :

- Comment les mères mélangeront-elles la solution? Quels sont les récipients disponibles?
- Où les mères peuvent-elles se procurer les sachets si elles ne peuvent se rendre à un centre de soins?
- Qui consultent les mères en cas de diarrhée?
- Selon les mères, que doit traiter le remède-les selles liquides, la perte d'appétit, la faiblesse; qu'est-ce qui les inquiète le plus quand un enfant a la diarrhée?
- Quelles sont les méthodes appliquées par les mères actuellement-purge, tisane, jeûne, etc.-et pourquoi ces méthodes sont-elles appropriées à leur avis?
- Quel est le type de messages le plus valable et le plus utilisé, illustrations, textes?
- Pourquoi les mères écoutent-elles la radio; à quel type d'annonceur radio font-elles confiance?

Il existe bien d'autres questions auxquelles il serait nécessaire de répondre aussi, mais les points cruciaux soulevés ci-dessus permettront d'obtenir des réponses essentielles à la mise au point d'un programme solide.

Leçon 4 : Corriger le programme selon les besoins-le programme doit être flexible.

Il est essentiel de surveiller le déroulement de la campagne. Effectuer régulièrement des tournées dans les villages, observer comment la thérapie SRO est appliquée ou mal utilisée, interroger systématiquement les agents de santé et les mères, permettront de mettre au grand jour des faiblesses qu'il serait impossible de prédire autrement. Une fois découvertes, on corrigera ces erreurs au lieu d'essayer de les déguiser à force d'arguments. Les erreurs sont normales, presque inévitables et, une fois reconnues, peuvent être corrigées.

Leçon 5 : Le simplicité est de rigueur.

Résistez à la tentation de compliquer les choses. Informez les mères d'une façon simple- en employant uniquement quelques imprimés; ne demandez pas aux agents de santé d'en faire beaucoup plus que ce qu'ils font déjà; n'hésitez pas à rediffuser quelques bons programmes radio plusieurs fois de suite plutôt que d'en faire des douzaines de nouveaux.

Annexe du moniteur 43 D

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA THERAPIE SRO AU NIVEAU DU VILLAGE

Alors que les aspects positifs de la thérapie SRO au niveau du village l'emportent de loin et sont de la plus haute importance, le but de cet exercice est d'obtenir une liste des problèmes potentiels (ou inconvénients) liés à l'application sans supervision d'une technique SRO mal enseignée, de façon à ce que les volontaires du Peace Corps puissent élaborer un plan d'action destiné à éliminer ces problèmes dans l'oeuf.

La liste des avantages devra inclure entre autres :

- autonomie
- effets positifs du prix peu élevé des ingrédients entrant dans la composition de la solution SRO par rapport au coût des soins hospitaliers
- mise en route immédiate du traitement, etc.

Les exemples d'éléments susceptibles d'apparaître dans la liste des inconvénients diffèrent d'un pays à l'autre et incluent :

- Diffusion par les diverses médias d'informations différentes et contradictoires à propos de la préparation de la solution sucre-sel (ex. : radio, journaux, brochures, affiches, etc.).
- Diffusion d'informations différentes et contradictoires par les agents de santé.
- Volume des récipients non spécifié dans les directives.
- Impossibilité de se procurer les récipients de taille spécifiée dans les directives.
- Les seuls récipients disponibles sont de la mauvaise taille (par exemple, les gens ne savent pas à quoi correspond un litre).
- Les mères n'ont jamais eu l'occasion de s'entraîner à pratiquer la thérapie SRO sous supervision et ont peur d'essayer quelque chose de nouveau.
- Les directives concernant la fréquence d'administration de la solution ne sont pas appropriées à la culture locale (ex.: toutes les 2 heures, alors que personne n'a de montre ni d'horloge)
- L'enfant commence à vomir et personne n'a indiqué à la mère ce qu'elle doit faire en cas de vomissement, alors elle cesse de lui donner de la solution SRO.
- L'enfant n'a pas d'appétit au début; la mère ne veut donc pas le nourrir et personne ne lui a jamais dit de le faire.
- On a dit à la mère de nourrir l'enfant, qu'il ait ou non de l'appétit; elle le nourrit donc de force.
- Les causes à l'origine de la diarrhée de l'enfant ne sont pas éliminées; elle peut donc se reproduire tous les jours; (la thérapie SRO n'est qu'une mesure palliative)
- Les mesures positives adoptées par la mère ne sont pas renforcées en l'absence de toute supervision.

- Les mesures préventives ne sont ni expliquées ni encouragées (ex. : la nécessité de se laver les mains souvent n'est ni mentionnée ni renforcée)

- Ce sont en général les autres enfants de la famille qui prennent soin des frères et soeurs cadets et on ne leur a pas enseigné la technique SRO; en outre, ils ne peuvent pas apprendre cette méthode en regardant des images.

Session 44

Prospectus 44 A

Prospectus 44 A

METHODE D'EVALUATION DES BESOINS EN FOURNITURES

I. Définir ou évaluer la population cible

On entend par population cible les gens auxquels le service est destiné principalement. Pour définir la population cible, il faut souvent commencer par déterminer la population totale.

A. Il existe deux façons de déterminer la population.

1. Utiliser les données de recensement

- Se procurer des données de recensement et déterminer en quelle année le recensement a eu lieu.

- Déterminer le taux de croissance annuelle. Pour ce faire, on peut demander ces renseignements au MOH ou au Bureau des statistiques ou utiliser le tableau ci-dessous de la façon suivante :

- Lire la colonne de gauche du tableau de haut en bas jusqu'à ce que l'on trouve le nombre correspondant au nombre d'années écoulées depuis le dernier recensement.

- Lire cette rangée de gauche à droite horizontalement jusqu'à ce que l'on trouve la colonne représentant le taux de croissance annuel de son pays. Relever le nombre indiqué.

- Multiplier le nombre par la population de votre région sanitaire à l'époque du dernier recensement. Ceci donnera la population actuelle approximative.

Nombre d'années écoulées depuis le dernier recensement	Taux de croissance annuelle			
	1%	2%	3%	4%
1	1,010	1,020	1,030	1,040
2	1,020	1,040	1,061	1,082
3	1,030	1,061	1,093	1,125

4	1,040	1,082	1,126	1,170
5	1,051	1,104	1,159	1,217
6	1,061	1,126	1,194	1,265
7	1,072	1,149	1,230	1,316
8	1,082	1,172	1,267	1,369
9	1,093	1,195	1,305	1,423
10	1,105	1,219	1,334	1,489

Exemple :

Pour trouver la population totale de 1985 d'après les données de recensement de 1980 (population 9058) et le taux de croissance annuel (2 %), effectuer l'opération suivante :

Population de 1980 (x) taux de croissance annuelle de 2 % pour les 5 dernières années = population totale de 1985

$$9058 (x) 1,104 = 10\ 000$$

2. Evaluation de la population

- Multiplier le nombre total de ménages par la taille moyenne des familles.

Exemple : étant donné que l'on sait qu'il y a 1667 ménages avec en moyenne six personnes par ménage, on procède de la façon suivante :

$$1667 \text{ ménages } (x) 6 \text{ personnes/ménage} = 10\ 000 \text{ personnes dans la région}$$

II. Déterminer la population cible par rapport à la population totale

A. Définir les populations cibles en fonction de l'âge des personnes auxquelles est destiné le service.

B. Trouver ou évaluer la taille de la population cible en se référant au tableau ci-dessous, si l'on connaît le nombre de personnes comprises dans le groupe cible.

Pourcentages de la population représentés par divers groupes d'âge en Afrique occidentale		
Groupe d'âge	Pourcentage de la population totale	
0-11 mois	4,0	(ou taux brut de naissance = nombre
12-23 mois	7,5	de naissances vivantes
2-5 ans	9,5	pendant l'année : population
15-45 ans		moyenne estimative au milieu de
-sexe masculin	22,0	l'année)
-sexe féminin	21,0	(femmes enceintes = 4,0)

1. Pour évaluer la population cible, procéder de la façon

suiivante : Pourcentage de la population totale représenté par le groupe cible de 0-11 mois selon le tableau ci-dessus	(X) Population totale	=Taille de la population cible
4 %	(X) 10 000	= 400

III. Estimation de la portée du programme ou du nombre de services à fournir

A. Les objectifs poursuivis, du point de vue de la portée du programme, sont en général expliqués en détail dans le plan local. Lorsque l'on offre un nouveau service, il faut s'attendre à ce qu'il ait au début une portée limitée. Pour évaluer la portée du programme, procéder de la façon suivante :

Population cible (d'après la section IIB)	Portée en pourcentage (d'après le plan)	=Nombre de services à offrir
400	(X) 30 %	= 120

IV. Déterminer les quantités à utiliser par traitement

A. Vous trouverez ci-dessous un exemple. Suivez le système adopté par votre pays.

Désignation	Quantité	Commentaires
Sachets SRO	2 sachets par épisode (x) 2 épisodes par enfant par année	
Chloroquine (prophylaxie)	83 comprimés par grossesse de chloroquine	Trois comprimés base à 100 mg par semaine pendant 28 semaines
Chloroquine (traitement présomptif)	Six comprimés de 100 mg par épisode par adulte (la quantité pour les enfants varie)	
Rougeole	1	
BCG	1	
DPT	3	
Polio	3	
TT	2	

V. Calculer les besoins en fournitures de base

A. Les fournitures de base peuvent être calculées après avoir complété les étapes ci-dessus et déterminé la quantité nécessaire à un traitement complet. Vous trouverez ci-dessous un exemple de calcul des besoins en DPT :

Nombre de services à fournir (d'après la section IIIA)	(x) Quantité par traitement	= Quantité de base de vaccin nécessaire
120	(x) 3	360

VI. Calculer les quantités supplémentaires nécessaires pour maintenir les stocks de réserve et remplacer les produits perdus A. La quantité totale à commander devra être supérieure à la quantité de base nécessaire afin de couvrir les éventuelles pertes et de parer à certains facteurs imprévisibles (retard de livraison des fournitures, épidémies, diminution ou accroissement du nombre de patients à la clinique).

1. Pour calculer le facteur de perte pour un domaine de service particulier, diviser le nombre de doses perdues par le nombre de doses utilisées.

Doses perdues sur un flacon de 100 de vaccin	÷ Doses administrées avec ce flacon perdues	= Pourcentage des doses
30	÷ 70	= 0,42 + 1

2. Les facteurs suivants pourront être utilisés pour calculer les pertes si vous n'avez aucune idée de la quantité de marchandises perdues.

Fournitures médicales	Facteur de perte*
BCG	2,00
Rougeole, polio	1,42
DPT, TT, ORS	1,42
Chloroquine	1,11

* Le 1 a été ajouté au pourcentage pour simplifier les calculs.

B. Pour déterminer la quantité de vaccin DPT à commander pour une année, calculer de la façon suivante lorsque l'on considère seulement les pertes :

Quantité de base	(x) Facteur de perte	= Quantité de base + marge de de perte
Pour le DPT (selon les résultats de la section VA)		

360	(x) 1,42	= 511
-----	----------	-------

C. Stocks de réserve

Les évaluations des stocks de réserve devront être basées sur l'éventualité que les stocks peuvent être réduits par des facteurs inattendus à un niveau susceptible d'entraîner un arrêt de travail forcé. Le principal facteur à considérer lors de l'évaluation des besoins de stocks de réserve est le délai de réapprovisionnement requis. Trente pour cent est le pourcentage utilisé pour calculer le total des besoins en fournitures.

VII. Pour calculer la quantité totale de fournitures requise pour accomplir les objectifs de votre programme, procédez de la façon suivante :

Quantité de base	Marge de + perte	Facteur de réserve (x)	=Total de* fournitures pour les vaccins DPT
	511	(x) 1,30	=664

*Pour un an

EVALUATION DES BESOINS LOGISTIQUES

Calculez les besoins annuels de vaccins de polio et de rougeole, d'anatoxine tétanique, de sachets de sels de réhydratation et de comprimés de chloroquine pour une population de 10 000 personnes. Utilisez les six étapes que vous venez d'étudier. Vous trouverez ci-dessus quelques renseignements ut les. Pour obtenir les autres renseignements nécessaires, référez-vous au Prospectus 44A qui contient la description des étapes et les formules et facteurs de calcul à utiliser.

	<u>Sachets SRO</u>	<u>Chloroquine pour enfants</u>	<u>Chloroquine pour femmes en âge d'avoir des enfants</u>	<u>DPT</u>	<u>Polio</u>	<u>Rougeole</u>	<u>TT</u>
I. Population cible	Enfants de moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans	Femmes enceintes	Enfants de moins de 2 ans	3-23 moins	9-23 moins	Femmes enceintes
II. Taille de la population cible	-	-	-	-	1150	1150	400
III. Portée estimative	25 % des cas ont reçu un	50 % des cas	50%	40%	40%	50%	30%

	traitemen t						
IV.	Déterminer les quant tés par traitement standard						
V.	Calculer les besoins de base en fournitures						
VI.	Facteur de réserve et facteur de perte						
VII.	Fourniture s annuelles totales						

L'exécution de calculs semblables à ceux indiqués dans cet exercice est utile lors de l'établissement de nouveaux programmes, lorsque la portée au programme est appelée à varier ou que la population cible augmente. Si aucun changement n'est effectué ni prévu, les besoins réels en fournitures peuvent être évalués d'après les besoins passés.

EVALUATION DES BESOINS LOGISTIQUES FEUILLE DE REPONSE

Calculez les besoins annuels de vaccins de polio et de rougeole, d'anatoxine tétanique, de sachets de sels de réhydratation et de comprimés de chloroquine pour une population de 10 000 personnes. Utilisez les six étapes que vous venez d'étudier. Vous trouverez ci-dessus quelques renseignements ut les. Pour obtenir les autres renseignements nécessaires, référez-vous au Prospectus 44A qui contient la description des étapes et les formules et facteurs de calcul à utiliser.

	<u>Sachets SRO</u>	<u>Chloroquin e pour enfants</u>	<u>Chloroquin e pour femmes en âge d'avoir des enfants</u>	<u>DPT</u>	<u>Polio</u>	<u>Rougeol e</u>	<u>TT</u>
I. Population cible	Enfants de moins de 5 ans	Enfants de moins de 5 ans	Femmes enceintes	Enfant s de moins de 2	3-23 moins	9-23 moins	Femmes enceinte s

				ans			
II. Taille de la population cible	2100	2100	400	1150	1150	1150	400
III. Portée estimative	25 % des cas ont reçu un traitement	50 % des cas	50%	40%	40%	50%	30%
IV. Déterminer les quantités par traitement standard	2 sachets par traitement	1 comprimé par enfants par épisode	3 comprimés par semaine pendant 28 semaines, soit 84 comprimés	3 doses	3 doses	1 dose	2 doses
V. Calculer les besoins de base en fournitures	1050	1050	16800	1380	1380	575	240
	13	13	13	13	13	13	13
VI. Facteur de réserve et facteur de perte	142	111	111	142	142	142	142
VII. Fournitures annuelles totales	1938	1515	24242	3547	2547	1061	443

L'exécution de calculs semblables à ceux indiqués dans cet exercice est utile lors de l'établissement de nouveaux programmes, lorsque la portée au programme est appelée à varier ou que la population cible augmente. Si aucun changement n'est effectué ni prévu, les besoins réels en fournitures peuvent être évalués d'après les besoins passés.

Module 7

Formation des moniteurs

Objectifs de comportement

A la fin de ce module les participants doivent être en mesure de :

1. Mener une analyse de tâches sur l'un des aspects du programme technique qui identifie la connaissance, les techniques et les attitudes requises pour exécuter la tâche telle que décrite par un bénévole du PC dans le pays ou une personne de ressource.
2. Rédiger des objectifs de comportement pour les tâches à partir de l'analyse des tâches de manière à ce qu'elles comprennent les quatre composantes des objectifs de comportement présentées durant la Session 48.
3. Décrire le rôle du moniteur en termes de comportement du moniteur et des besoins de l'élève basé sur les trois différentes sortes d'élèves d'après l'Inventaire des styles de formation de la Session 51.
4. Concevoir un groupe de travail sur les techniques de deux jours pour la communauté ou les agents de santé à niveau intermédiaire qui comprenne une description des objectifs mesurables, des normes de performance, de l'emploi du temps en séquences, des activités de participation et expérimentales, des activités d'ouverture et de clôture, et les opportunités de partage, d'enseignement aux pairs et d'instruction individualisée.
5. Expliquer les buts et les fonctions de quatre catégories d'évaluation de formation et citer des exemples spécifiques pour chacune d'entre elles telles qu'utilisées dans ce programme et en vue d'être utilisées dans les groupes de travail futurs.
6. Concevoir et organiser une séance de formation pour les agents de santé qui soit expérimentale et qui comprenne les étapes du modèle d'enseignement expérimental.
7. Adapter le matériel de formation pour l'utiliser dans une situation différente ou avec un groupe différent de ce qui était projeté au départ. Le matériel adapté doit "passer" avec succès les rubriques de la liste de vérification concernant l'adaptation établie par le groupe.

Session 46

Prospectus 46 A

Prospectus 46 B

Annexe du moniteur 46 A

Annexe du moniteur 46 B

Prospectus 46 A

APPROCHES EDUCATIVES ET BASEES SUR LA COMPETENCE

Tableau 3.2 Différences entre les approches éducatives et les approches basées sur la compétence de la formation.

Educatives	Basée sur la compétence
Organisation de la table des matières autour de sujets académiques tels que l'anatomie, la physiologie, et les	Organisation de la table des matières autour de fonctions spécifiques telles que l'identification et le traitement de la diarrhée, et la motivation des chefs

vecteurs des maladies.	de la communauté. etc.
Accent sur la connaissance	Accent sur les attitudes et les techniques.
Pratique de techniques limitée	Pratique extensive des techniques.
Utilisation d'examens compétitifs surtout conçus pour évaluer les étudiants plutôt que les aider.	Utilisation d'examens non compétitif pour vérifier les compétences et aider les étudiants et les moniteurs à identifier les parties faibles.
Attitude que les étudiants doivent s'adapter à la méthode d'enseignement.	Attitude que la méthode d'enseignement doit être adaptée à l'étudiant.
Utilisation de programmes éducatifs de soins "réduits"	Utilisation de l'analyse des tâches pour baser les programmes sur les fonctions spécifiques des ASC.
Séparation de la théorie et de la pratique.	Conjonction étroite entre la théorie et la pratique, enseignées de préférence simultanément.

3B. Les agents de santé de la communauté devraient-ils être instruits au sens large ou doit-on leur donner quelques aptitudes spécifiques seulement ?

Décider des fonctions que doivent exécuter les agents de santé de la communauté est clairement le premier stade pour concevoir un programme, toutefois il reste encore beaucoup à faire après cela pour spécifier son contenu. Il y a deux approches générales, l'approche "éducative" mettant l'accent sur la connaissance et l'approche basée sur "la compétence", mettant l'accent sur les attitudes et les techniques. La différence entre les deux est la différence entre l'éducation et la formation comme décrites ci-dessous.

L'éducation doit être une poursuite qui dure toute la vie par laquelle l'individu devient de plus en plus conscient de l'univers connu et de sa place au sein de celui-ci. Les buts de l'éducation sont donc diffus et difficiles à situer. De nombreux types d'expérience contribuent à l'éducation d'une personne et la plupart ont lieu en dehors de l'environnement scolaire formel. D'autre part, la formation inculque une connaissance spécifique, des attitudes et des aptitudes chez un étudiant. Les buts sont clairs (souvent nommés "objectifs") et les méthodes d'évaluation bien définies.

L'efficacité d'un ASC dépend de l'impact de l'approche utilisée.

Un problème qui se pose pour déterminer si un cours particulier à l'intention des ASC est basé sur la compétence ou est éducatif est que la plupart des gens sont en faveur du premier en principe et donc incluent la formation des aptitudes dans le programme. La vraie question est celle de l'accent et de la façon dont les sujets sont développés. Les moniteurs eux-mêmes ont eu en général au moins quelques années d'instruction formelle (quoiqu'ils aient reçu une formation également), et leur tendance naturelle est d'enseigner aux autres ce qu'on leur a enseigné. Des caractéristiques plus spécifiques des approches éducatives et basées sur la compétence sont indiquées au Tableau 3.2. La plupart des cours comprennent des éléments de chaque.

Tandis que les experts recommandent en général la formation basée sur la compétence, la persistance des approches basées sur la connaissance est facile à expliquer. Les facteurs

qui influencent telle approche sont énoncés au Tableau 3.3. Les programmes qui débutent en mettant l'accent sur les aptitudes finissent parfois par mettre l'accent sur la connaissance car les directeurs n'arrivent pas à suivre tous les détails de la nouvelle approche.

La clé de la conception d'une formation basée sur la compétence est d'identifier et d'analyser les tâches requises et la difficulté perçue de cette identification et l'analyse est l'un des obstacles à la formation basée sur la compétence. Les étapes principales sont :

- d'écrire la tâche, y compris les fonctions spécifiques.
- identifier les tâches requises pour exécuter chaque fonction.
- analyser la connaissance, les attitudes et les aptitudes dont auront besoin les employés pour chaque tâche.
- développer un programme et un emploi du temps journalier et
- préparer les plans des leçons.*

Ce travail d'analyse peut être simple ou très compliqué, cela dépend en grande partie si un seul cours ou plusieurs sont planifiés (question 2C). Il est peut-être nécessaire d'utiliser des consultants spécialistes. Le point important est que toutes les étapes doivent recevoir une attention sérieuse puisque chacune construit sur la précédente. **

Les programmes basés sur la compétence doivent aussi refléter la connaissance du comportement de la communauté et des ressources qui affecteront la performance de l'ASC., y compris :

- Les facteurs éducatifs - que savent les gens au sujet de la nourriture, de l'hygiène, de la nutrition, des méthodes de destruction des ordures et ainsi de suite ?
- Les facteurs sociaux - les femmes savent-elles s'occuper des récoltes, préparer la nourriture et garder la maison propre ?
- Les facteurs économiques - Les fermiers vendent-ils leurs produits au marché pour pouvoir acheter des engrais et du matériel ?
- Les facteurs culturels - Y-a-t-il des traditions ou des croyances religieuses qui affectent soit le régime alimentaire ou l'attitude envers des idées telles que l'espacement des naissances ?
- Les facteurs agricoles - Quel genre de nourriture peut-on cultiver ?

*Ces étapes sont détaillées dans Abatt (1), Harnar (7) et Vanderschmidt (13) ainsi que dans plusieurs publications MEDEX à venir (voir appendice C).

** Les analyses de tâches conduisent à des sujets assez étranges de la formation des ASC. Par exemple, "Comment prendre au piège et battre les rats" à Burma et comment construire des patins d'atterrissage pour hélicoptères de la jungle en Malaisie.

De façon idéale ces informations devraient être réunies au préalable comme faisant partie du processus d'identification des priorités sanitaires perçues par la communauté (Question 3A) mais les moniteurs devraient aussi réunir des informations tandis que le cours progresse. Le projet Hanang en Tanzanie, par exemple, nécessite des moniteurs pour réunir les informations de la communauté durant les pauses d'instruction précédent

le service pour être utilisées durant des séances ultérieures. Le jeu de rôle et autres techniques d'enseignement de participation (décrites à la question 5A), ainsi que le lieu du cours dans la communauté (question 7A) facilitent aussi l'analyse des tâches appropriées.

Discussion

La formation basée sur la compétence nécessite de la pratique, de la pratique et encore de la pratique jusqu'à ce que le moniteur maîtrise parfaitement les techniques qu'il a apprises. Autrement de nombreux programmes utilisant la formation basée sur la compétence n'arrivent pas à fournir suffisamment de pratique ou ne le font pas d'une façon correcte. L'évaluation de la formation d'accoucheuses traditionnelles dans un pays d'Asie, par exemple, a indiqué que 85 pour cent des moniteurs utilisaient des modèles théoriques formels sans travail pratique (142). Pour la formation des sages-femmes au Soudan, d'autre part, chaque stagiaire doit donner naissance cinq fois de suite avec succès en utilisant le modèle (un simulateur de pelvis et une poupée) avant qu'elle ne soit amenée à assister aux accouchements dans le district sous la supervision de sages-femmes du village et d'instructeurs. Les stagiaires doivent alors procéder à 25 accouchements sous supervision avant d'avoir le droit d'exercer seules (591) Les personnes ayant de l'expérience peuvent négliger certaines techniques qui doivent être enseignées parce que ces techniques semblent être toutes simples. Une unité de la formation de sages-femmes commanditée par l'UNICEF au Niger et en Haute-Volta, par exemple, trouva que les stagiaires ne savaient pas comment partager l'aspirine ou utiliser des ciseaux. Il a fallu arranger des séances de pratique (34). On a dû apprendre aux accoucheuses du Nicaragua comment sortir les contraceptifs oraux des paquets tandis que les guides de santé en Inde avaient besoin de s'exercer à prendre la température. Même les instruments simples tels que les tableaux de contrôle de la croissance nécessitaient certaines techniques pour être utilisés correctement. La formation qui néglige ces activités ne sera vraisemblablement pas efficace.

Voici des moyens à la fois simples et complexes d'organiser le travail pratique et l'appendice A fournit les détails et les exemples. Les alternatives principales comprennent :

- La pratique en classe en utilisant des techniques de participation telles que le jeu de rôle, la résolution des problèmes et ainsi de suite.
- Lieu de formation dans le cadre d'une communauté ou près d'un dispensaire actif.
- Apprentissage auprès du personnel de santé existant (personnel des hôpitaux ou du dispensaire ou des agents de santé de la communauté) ou
- Travail sur le terrain durant les intervalles entre les séances formelles avec ou sans supervision étroite.

L'expérience montre que le travail pratique n'aura pas lieu si les directeurs n'insistent pas là dessus et ne s'occupent pas jusqu'au bout des détails logistiques y compris les frais de voyage et les arrangements pour la supervision . Les programmes qui mettent l'accent sur l'orientation communautaire (question 1A) doivent aussi mettre l'accent sur la pratique

communautaire ainsi que la pratique clinique car c'est le seul moyen approprié de développer les techniques.

Tableau 3.3. Les agents de santé de la communauté doivent-ils recevoir une instruction étendue ou être formés à des compétences spécifiques ?

L'approche peut être éducative parce que :

Les soins de santé "réduits" ou les programmes médicaux sont plus faciles pour les moniteurs que de démarrer à zéro avec des analyses de tâches.

Les moniteurs ont en général reçu une instruction formelle eux-mêmes et préfèrent enseigner de la même façon.

Les moniteurs préfèrent peut-être un programme basé sur la connaissance s'ils pensent que cela va élargir leur opportunités au point de vue carrière.

La pratique requise pour le développement des techniques peut être difficile à organiser et à superviser.

Mais la préférence doit être accordée à la formation basée sur la compétence parce que :

Les agents de santé doivent davantage savoir faire les choses que les connaître.

La connaissance peut être difficile à traduire en action : même les professionnels "ayant reçu une solide instruction" peuvent avoir des difficultés à s'adapter aux conditions sur le terrain.

L'instruction prend énormément de temps : La formation basée sur la compétence peut être beaucoup plus rapide (question 7B).

Les agents de la communauté trop instruits vont vraisemblablement rechercher des postes plus haut placés et il faudra alors former des gens pour les remplacer.

De nouvelles techniques peuvent être enseignées au fur et à mesure que les agents de santé maîtrisent les anciennes et au fur et à mesure que les exigences changent.

Prospectus 46 B

METHODOLOGIE DE FORMATION EXPERIMENTALE

La méthodologie de formation expérimentale présente une approche innovative de la formation. La méthodologie expérimentale incorpore une structure flexible d'activités à faire en classe, des exercices de simulation, et des expériences réelles dans des situations "de la vie réelle". L'acquisition pour les stagiaires de connaissance et de techniques liées à leur travail est facilitée par les moniteurs. Le rôle principal du moniteur consiste à créer des environnements d'instruction qui sont stimulants, pertinents, et effectifs. Cette approche expérimentale de la formation centrée sur l'élève permet aux stagiaires individuels de gérer et d'assumer la responsabilité de leurs propre enseignement.

L'instruction expérimentale est exactement ce que son nom implique-apprendre grâce à l'expérience. L'instruction expérimentale se produit quand une personne engagée dans une activité, passe en revue cette activité de façon critique, extrait quelque contenu utile d'une analyse et applique les résultats à une situation pratique. Le processus expérimental suit le cercle théorique suivant :

FAIRE L'EXPERIENCE

C'est à la fois l'activité initiale et la phase de production des données du cycle d'instruction expérimentale. Faire l'expérience est, en fait, un élément inhérent de la vie. Sans l'enseignement expérimental, toutefois, cette activité qui consiste à faire l'expérience, est liée à un procédé qui inclut l'interprétation de l'expérience, en tire des généralisations, et détermine comment utiliser cet enseignement. Le processus d'enseignement expérimental aide les individus à minimiser les réactions subjectives et à tirer des éléments objectifs de leurs expériences.

Il y a toute une large gamme d'activités et d'exercices pour fournir aux stagiaires des expériences dont ils peuvent extraire des données (informations) à transformer et pour faire des généralisations. Les activités de groupe et les activités individuelles utilisées pour faciliter le stage de "l'expérience" comprennent :

- jeu de rôle
- Etude de cas
- Films et diapositives
- partage des descriptions des expériences spécifiques
- placement des stagiaires dans des situations réelles les obligeant à réagir et/ou à agir
- permission aux stagiaires de se former mutuellement.

TRANSFORMATION

C'est une étape cruciale du cycle d'enseignement expérimental. Durant cette phase, les individus partagent avec les autres les expériences spécifiques qu'ils avaient eues durant la phase précédente. Ceci peut se produire sur une base individuelle, dans des petits groupes de travail, ou dans un groupe de formation entier. Les individus partagent à la fois leur réactions affectives et cognitives aux activités dans lesquelles ils sont engagées ; et pendant l'échange, essaient de réunir ces pensées et ces impressions ensemble de façon à tirer quelque signification de cette expérience. Au départ, l'expérience peut ou peut ne pas apparaître significative aux stagiaires, toutefois, cette phase du cycle leur permet de penser par le truchement de l'expérience et de conceptualiser les raisons pour aboutir à ces conclusions. Le rôle du moniteur en tant qu'organisateur est très important durant cette phase d'instruction expérimentale. Il/elle devra être prêt(e) à aider les participants à penser de façon critique à leurs expériences. De plus, c'est la responsabilité du moniteur d'aider les participants à verbaliser leurs impressions et leurs perceptions de même qu'attirer l'attention sur n'importe quels thèmes ou schémas périodiques qui apparaissent dans la façon dont le stagiaire réagit à l'expérience. En bref, le rôle du moniteur implique aider les stagiaires à conceptualiser leurs expériences pour avoir des données concrètes desquelles tirer des conclusions et des généralisations.

La transformation établit le contexte de la phase suivante du cycle expérimental à savoir, "la généralisation". Donc, toutes les expériences que les stagiaires ont eues durant leur

formation que ce soit des films, des jeux de rôle, des expériences sur le terrain, etc.. devraient être "transformées."

C'est à dire qu'il faut donner le temps aux stagiaires de réfléchir sur de telles expériences de façon à évaluer si elles aident à faciliter leur instruction.

Les techniques utilisées pour faciliter l'étape de transformation comprennent :

- la discussion en groupes de schémas et de sujets et thèmes périodiques qui proviennent des expériences individuelles
- la production et l'analyse des données
- la signalisation
- les informations en retour interpersonnelles
- les interviews
- les stagiaires fonctionnant en tant qu'observateurs du processus

GENERALISATION

Cette phase implique tirer des conclusions des schémas et des thèmes qui ont été identifiés. Les stagiaires déterminent comment ces schémas qui ont évolué durant l'expérience d'enseignement structuré des séances de formation, sont liés aux expériences non structurées de la vie quotidienne. Autrement dit, les participants au processus expérimental ont l'opportunité d'identifier les similarités entre les expériences au sein de la séance de formation et les expériences qu'ils peuvent citer du "monde réel". Ils ont la possibilité de voir les relations entre la formation, leurs objectifs personnels propres et la vie qu'ils mèneront après la formation.

Les activités utilisées pour faciliter l'étape de généralisation comprend :

- résumer l'enseignement en énoncés concis ou par des généralisations
- des discussions de groupe et un accord sur les définitions, les concepts, les termes clés et les déclarations
- la réponse individuelle et en groupe aux questions telles que : "Dans quelle mesure pensez-vous que ce que vous avez fait et appris durant cette séance est lié à vos activités journalières chez vous ?"

APPLICATION

Si l'enseignement est défini comme un changement relativement stable du comportement, c'est l'étape de "l'application" du processus d'enseignement expérimental qui aide les élèves à modifier leur comportement futur. En tirant les conclusions auxquelles il sont parvenus durant le processus d'instruction, les stagiaires incorporent ce qu'ils ont appris à leurs vies en développant des plans en vue d'un comportement plus effectif.

Les techniques et les activités utilisées pour faciliter l'étape de "l'application" comprennent :

- La réponse individuelle et en groupe à la question : "Comment allez-vous rendre cet enseignement plus effectif dans le cadre géographique et culturel spécifique de votre poste ?"

- Passer en revue les listes produites durant les séances de formation précédentes et faire les révisions qui reflètent de nouveaux aperçus, plans et comportement

- La modification et/ou le développement de plans d'action, de buts personnels, et de stratégies pour la modification du comportement personnel.

Il y a de nombreux avantages à utiliser le processus d'instruction expérimentale. Cette approche permet la participation active de tous les individus impliqués. En conséquence, cela facilite l'acquisition de différentes compétences, qui sont le mieux apprises en "tâtant" de l'expérience.

LE ROLE DU MONITEUR DANS LA METHODOLOGIE EXPERIMENTALE

Les séances sont dirigées par les moniteurs dont le rôle au cours du processus de formation est celui d'organiseurs. En tant que tels, leur responsabilité primordiale est de fournir aux stagiaires un environnement éducatif approprié et effectif ; et de faciliter un processus actif par lequel les stagiaires déterminent et adressent leurs besoins éducatifs individuels. Ceci peut être accompli par des organisateurs qui :

-encouragent l'implication active de tous les stagiaires

-promeuvent une atmosphère de coopération

-assurent la liaison avec d'autres composantes de la formation

-assistent les stagiaires à faire les liens entre chaque séance de formation

-encouragent les stagiaires à lier constamment leurs expériences de formation aux situations de "vie réelle".

-dirigent les stagiaires vers les ressources matérielles et humaines dont ils ont besoin

-se rendent eux-mêmes disponibles pour servir en tant que ressources mais ne s'établissent pas eux-mêmes en tant qu'experts qui dispensent les réponses.

Annexe du moniteur 46 A

COMPARAISON ENTRE LE PERSONNEL DU DISPENSAIRE ET LES AGENTS DE SANTE DE LA COMMUNAUTE

Personnel du dispensaire	Agents de santé communautaires
En général formé pour travailler sous supervision médicale normale	Travaillent indépendamment la plupart du temps
Basé au dispensaire; attend les clients qui cherchent de l'aide	Doivent souvent rechercher les personnes dans le besoin ou les risques pour la santé.
Travaille avec les clients individuels	Travaillent avec des groupes et des individus
Le travail est pour la plupart curatif	Doivent souvent faire du travail de prévention et de promotion également
Employé en général à plein temps et	Travaillent souvent à mi-temps et sans salaire

salarié	
Possède une instruction primaire et secondaire	Souvent pas d'instruction préalable, même analphabètes
Stagiaires en général jeunes, sortant de l'école	Stagiaires plus âgés, avec une expérience considérable du travail et de la famille
Candidats disponibles en général pour une formation longue à plein temps	Stagiaires ont souvent un emploi en cours et des obligations familiales
S'identifient davantage à leur institution qu'à la communauté ou résidence	S'identifient étroitement avec la communauté
Normalement porteur d'une licence et certifié	N'ont en général pas de licence et ne sont pas certifiés

Les informations dans cette comparaison sont d'ordre général et doivent être adaptées aux réalités de la culture et du programme.

Annexe du moniteur 46 B

PRINCIPES DE BONNE FORMATION D'UN AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE

- - Relier la formation aux problèmes spécifiques de la propre communauté des stagiaires et former les agents à les résoudre.
- - Former les agents de santé communautaires à des aptitudes spéciales, mettre l'accent seulement sur la connaissance, les attitudes et les techniques essentielles.
- - Inculquer la connaissance, utiliser les méthodes dont les stagiaires ont l'habitude (même des conférences), mais quand cela est possible ajouter des techniques de participation telles que le jeu de rôles, les discussions de groupe et l'analyse des cas.
- - Pour développer les techniques, utiliser la pratique, la pratique et encore la pratique - notamment dans le cadre des communautés.
- - Pour susciter de nouvelles attitudes, arranger des expériences sur le terrain pour les stagiaires (notamment avec les agents de santé de la communauté), des discussions, des jeux de rôle et des analyses de cas.
- - Orienter les moniteurs non seulement vers des techniques appropriées mais aussi vers les ressources et les fonctions des agents de santé de la communauté. (Idéalement, devraient faire leur première expérience en faisant le travail de l'agent de santé de la communauté.)
- - Aider les stagiaires à apprendre des autres stagiaires. (Les techniques de participation à la formation peuvent faciliter cela).

- - Adapter les installations de formation, l'emplacement, le matériel, les aides audiovisuelles, le langage, le vocabulaire et ainsi de suite, à ce que l'on trouvera dans le futur environnement des stagiaires.
- - Adapter le lieu de formation et sa programmation, sa durée, son langage, son vocabulaire et ainsi de suite aux besoins du stagiaire plutôt qu'à ce qui lui convient.
- - Mettre l'accent sur le développement continu des techniques sur le tas après la période de formation initiale grâce à une supervision d'appui et une formation de rafraîchissement périodique.
- - Encourager la participation de la communauté à sélectionner les priorités de santé, à choisir les stagiaires, et à aider les agents de la communauté pendant et près la formation. Maintenir les communautés informées de la formation des agents de santé.
- - Aider les nouveaux agents de santé de la communauté à retourner dans leurs communautés et à prendre un bon départ dans leurs activités.
- - Diriger des évaluations post-formation pour évaluer le côté approprié des méthodes de formation et le contenu ainsi qu'aider les agents de santé communautaire individuels et modifier constamment les cours futurs pour refléter ce qui a été appris.

Tandis que les spécialistes de la formation sont d'accord presque universellement sur ces principes, il est difficile de les suivre sur le terrain, car faute de formation pertinente et d'expérience, les moniteurs n'ont pas la connaissance appropriée, ni les attitudes, ni les techniques. Leur environnement ne supporte peut-être pas des approches de formation innovatrices. Les ressources pour la formation de moniteurs et pour d'autres réformes sont rares, en partie parce que il y a de nombreux autres investissements à faire dans les soins de santé primaires. Les pressions politiques pour former un grand nombre d'agents de santé de la communauté ne laissent peut-être pas le temps pour des améliorations souhaitables dans le domaine de la formation. Il est important que les gens chargés de la planification et de la conception comprennent ces contraintes, parce que les moniteurs, comme les stagiaires travaillent dans un monde réel et doivent s'y adapter en conséquence.

Session 47

Prospectus 47 A

Prospectus 47 B

Annexe du moniteur 47 A

Prospectus 47 A

DESCRIPTION DE L'ANALYSE DES TACHES ET FICHE DE TRAVAIL

L'analyse des tâches est une méthode qui consiste à observer certaines parties du travail d'une personne (une tâche) et de prendre en note exactement ce qui est fait. Cette description est alors analysée pour trouver ce que les étudiants ont besoin d'apprendre de façon à bien accomplir la tâche en question. Les informations obtenues à partir d'une

analyse de tâches aident le moniteur à concevoir des cours pour former les employés à de nouvelles tâches. Cela permet aussi au moniteur de noter les lacunes de la performance - des parties d'une tâche qui devraient être faites mais ne le sont pas ou ne sont pas faites correctement. Le moniteur alors analyse les lacunes de la performance pour déterminer : a) si elles proviennent d'un manque de connaissance ou de technique, b) si elles peuvent être corrigées avec le plus d'efficacité grâce à la formation et si c'est le cas, c) quel genre de formation est le plus approprié pour adresser chacune.

Comme l'analyse de la communauté, l'analyse des tâches peut être faite dans les détails par des équipes professionnelles qui vont prendre des années pour faire une analyse complète des tâches. Mais les moniteurs peuvent le faire de façon moins détaillée et plus rapidement en suivant la séquence énoncée ci-dessous et en utilisant la fiche de travail d'analyse des tâches pour compiler les données.

1. Sélectionnez la tâche
2. Décidez des sources d'informations
3. Réunissez les informations et dressez la liste des sous-tâches
4. Décidez de la connaissance, des aptitudes et des attitudes que le stagiaire a besoin d'apprendre
5. Vérifiez les données par rapport à la fois à ce qui est en train d'être fait et par rapport à ce qui devrait être fait pour vous assurer que c'est complet et réaliste.

Description de la fiche de travail

Tâche

Une tâche est un ensemble d'activités (sous-tâches) logiquement reliées nécessaires pour compléter un travail. c'est un élément complet du travail.

Sous-tâches

Les sous-tâches sont les choses qui se passent lors de l'exécution d'une tâche - les décisions, les actions, les communications. Ces sous-tâches peuvent être analysées et divisées en trois domaines d'instruction - la connaissance, les aptitudes et les attitudes.

Connaissance

La connaissance est ce que doit savoir l'agent de santé. Elle comprend la reconnaissance, la comparaison, la corrélation, l'intégration, la création et l'emmagasinage de toutes sortes de données et d'informations. L'enseignement cognitif et intellectuel sont d'autres mots utilisés pour décrire ce type.

Aptitudes

L'enseignement des aptitudes se rapporte à l'idée de répétition, de pratique et d'habitude. Il comprend les procédures, les opérations, les activités, les techniques et les méthodes impliquant la répétition. Quelquefois il y a chevauchement entre l'enseignement de la connaissance et de l'aptitude comme par exemple, lors de la résolution de problèmes. Résoudre un simple problème démontre l'application de la connaissance. Résoudre de façon répétée toute une variété de problèmes en utilisant toute une variété de connaissances démontre une aptitude à résoudre les problèmes. L'aptitude est la méthode,

tandis que la connaissance est la donnée qui la supporte. Les aptitudes de communications impliquant l'interaction avec d'autres font aussi partie de ce domaine.

Attitudes

Les attitudes comprennent les valeurs, les impressions, et les tendances telles que les préférences, les rôles, les goûts et les aversions. Un excellent exemple d'une attitude à apprendre aux agents de santé est le respect des idées des autres.

FICHE DE TRAVAIL ECHANTILLON POUR L'ANALYSE DES TACHES

Catégorie d'employé :	Aide-soignante		
La tâche :	Pesage d'un bébé dans un dispensaire de SPS		
Sous-tâches	Connaissance	Aptitudes	Attitudes
1. Demander aux mères d'habiller les bébés avec des pantalons de pesage		Habiller les bébés avec les pantalons de pesage; Faculté d'expliquer pourquoi	Cordialité vis-à-vis de la mère
2. Placer le bébé sur la balance		Lire le poids sur la balance Manipuler les bébés	Exactitude
3. Aider la mère à retirer les pantalons de pesage Examiner le bébé		Reconnaissance des signes, malnutrition, strabisme, asymétrie	travail fait consciencieusement
4. Enregistrer le poids sur le tableau de croissance		Tracer les points sur le graphique	Exactitude
5. Décider s'il faut faire des commentaires à la mère ou signaler aux employés supérieurs	Savoir quand les signa lisations sont nécessaires Connaître les poids normaux pour les bébés de différents âges.		
6. Signaler ou commenter quand nécessaire	Quels commentaires ou rapports à faire	Rédaction des rapports Communiquer avec les mères	Inquiétude pour la santé de l'enfant Respect de la mère.

FICHE DE TRAVAIL ECHANTILLON POUR L'ANALYSE DES TACHES

Catégorie d'employé:			
La tâche:			

Sous-tâches	Connaissance	Aptitudes	Attitudes

Prospectus 47 B

SOURCES D'INFORMATIONS POUR L'ANALYSE DES TACHES

Quand vous avez décidé des tâches que vous voulez analyser, vous devriez décider comment vous allez vérifier la façon dont les tâches sont accomplies. Pour cela vous devez choisir une ou de préférence plusieurs des sources dont la liste est donnée ci-dessous :

Sources d'information pour l'analyse des tâches

A Vous-même	D Discussion avec les enseignants les administrateurs et les conseillers
B Manuels et livres de textes	
C Observation des agents santé	E Discussion avec les agents de de santé

Supposez que vous souhaitiez analyser la tâche qui consiste à administrer des injections intra-musculaires. Il se peut que vous décidiez que vous en savez beaucoup sur le sujet et donc que vous allez utiliser votre propre personne comme source principale d'information. Vous allez alors vérifier votre première analyse en utilisant un livre de textes ou un manuel. Finalement, vous allez vérifier à nouveau que votre analyse est exacte en observant plusieurs agents de santé en train de faire des piqûres intramusculaires.

Les avantages et inconvénients de chaque source sont donnés ci-dessous.

A Vous-même

Vous avez probablement l'expérience des tâches à analyser. Donc vous devriez utiliser cette expérience. Vous êtes certainement la source d'informations la plus pratique, mais rappelez-vous :

Vous n'avez peut-être pas toute l'expérience qu'il faut. Avez-vous travaillé dans les conditions dans lesquelles vos stagiaires vont travailler ? Avez-vous travaillé avec le même genre de patients ? Est-ce que votre méthode pour faire le travail est réellement la meilleure ?

Souvent vous serez en mesure de répondre "Oui" à ces questions mais même alors vous devriez vérifier votre analyse avec au moins l'une des autres sources.

B Manuels et livres de textes

De nombreuses tâches exécutées par les agents de santé sont décrites dans les livres de

textes médicaux, dans les manuels d'instruction ou dans les directives publiés par le ministère de la santé ou l'OMS. Si l'on étudie l'une d'entre elles ou de préférence plusieurs alternatives - alors une analyse de tâches peut être réalisée. Mais souvenez-vous :

Les manuels et les livres de texte peuvent être écrits pour un différent niveau de stagiaires, ou les techniques peuvent être décrites avec trop peu ou trop de détails. Elles peuvent être écrites pour des pays différents ou des circonstances différentes.

Les livres ne seront pas écrits en tant qu'analyses des tâches et donc vous devrez toujours en changer le format et ajouter votre propre expérience. Par exemple, vous pouvez identifier la tâche qui consiste à "contrôler la croissance et le développement des enfants". Un livre de textes vous donnera probablement les informations de base mais il ne va pas vous dire vraisemblablement ce que devrait précisément faire l'agent de santé dans votre pays. Il se peut qu'il parle des changements normaux dans le poids du corps et le besoin d'avoir un régime adapté. Il vous faudra ré-écrire cela sous forme de séries de tâches telles que peser et enregistrer le poids des enfants, ou examiner les enfants pour voir s'ils présentent des signes de malnutrition.

C. Observations des agents de santé

Dans cette méthode vous choisiriez un agent de santé qui est considéré par ses collègues comme faisant du bon travail. Vous observerez alors l'agent de santé en train d'accomplir la tâche à analyser. Tandis que vous observez, prenez des notes sur tout ce que fait ou dit l'agent de santé. A la fin de la tâche, il vous faudra probablement poser des questions sur les raisons pourquoi certaines actions sont faites et sur ce qui serait arrivé si les circonstances avaient été légèrement différentes. Idéalement, vous devriez observer le même agent de santé en train d'exécuter des tâches similaires plusieurs fois, et aussi les autres agents en train de faire la même tâche. En pratique, cela prend évidemment beaucoup de temps et n'en vaut peut-être pas l'effort.

Si vous avez vu deux ou trois personnes qui suivent les mêmes schémas, alors cela suffit. Mais rappelez-vous :

L'agent de santé compétent fera en sorte de faire un bon travail pendant que vous l'observez. Il prendra peut-être des précautions superflues. D'autre part, l'agent de santé peut être en général très compétent mais n'est peut-être pas très bon à la tâche que vous êtes en train d'observer. Un autre problème est que le jour où vous observez, les circonstances peuvent être inhabituelles - le patient peut ne pas être coopératif. Donc ce que vous voyez n'est peut-être pas typique.

Une autre difficulté est que vous ne réalisez peut-être pas tout ce qui se passe ou les événements se précipitent trop vite peut être enregistrés. Par exemple, si vous observez une sage-femme en train de mettre au monde un bébé vous la verrez probablement placer sa main sur la tête du bébé quand la tête sort. Mais il vous faudra demander à la sage-femme pourquoi elle fait cela ; dans quelles directions elle presse et si elle presse fort.

D. Discussion avec les enseignants, les administrateurs et les conseillers

Il est souvent utile de parler de la tâche avec les enseignants, les docteurs, les infirmières, les conseillers de formation ou les fonctionnaires du ministère de la santé.

En parlant à l'un de ces "experts", ne leur demandez pas ce qu'ils enseigneraient. A la place, utilisez la méthode du "jeu de rôle".

Vous commencerez par dire - "Imaginez que vous êtes un bon agent de santé, travaillant sur le terrain. Supposez que je vienne à vous et que je vous dise que je tousse beaucoup. Quelle est la première chose que vous allez faire ?" L'expert va peut-être vous répondre,

"Eh bien, je commencerai par prendre note des antécédents."

Ceci est beaucoup trop vague, donc vous allez continuer en disant :

"Oui, mais qu'allez-vous me dire exactement ?"

L'expert alors va peut-être dire :

"Quand a commencé votre toux ?"...et ainsi de suite.

De cette façon, vous pouvez réunir ensemble les actions spécifiques, les décisions et les communications impliquées dans la même tâche. Mais rappelez-vous :

Les experts ne réalisent peut-être pas quelles sont réellement les conditions sur le terrain. Ils ont peut-être une bonne compréhension du travail en général d'un agent de santé mais ne sont peut être pas aptes à le faire.

E. Discussion avec les agents de santé

Dans cette méthode vous devriez sélectionner un agent de santé ou un groupe d'agents de santé qui font leur travail généralement bien. Puis vous les rencontrez et discutez d'une tâche spécifique de la même façon que celle décrite ci-dessus, c'est-à-dire que vous utilisez le jeu de rôle et parlez par le truchement de cas spécifiques.

Cette méthode a l'avantage qu'on vous dira ce qui est pratique et réalisable sur le terrain. Vous gagnerez aussi l'expérience de plusieurs personnes. Mais rappelez-vous :

Ces agents de santé n'utilisent peut-être pas les meilleures techniques par ce qu'il se peut qu'ils aient été formés il y a quelque temps. Ils ont peut-être aussi développé de mauvaises habitudes après la formation.

D'après les sections précédentes vous réaliserez que chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. De façon idéale, il faudrait utiliser plusieurs méthodes. On suggère la séquence suivante comme généralement utile :

Utilisez votre propre expérience

Notez par écrit ce que vous entendez par une tâche bien accomplie. Ceci sera utile lorsque vous relaterez votre propre expérience par écrit. Cela vous aidera à organiser vos pensées. Cela vous permettra de réaliser aussi qu'il y a certains points sur lesquels vous n'êtes pas sur.



Consultez les manuels

Utilisez-les pour combler les lacunes de votre propre expérience et comparez ce que vous croyez correct avec les livres de textes ou les manuels.



Discussion

Discutez avec les experts ou les agents de santé pour décider quelle est l'approche correcte, quand il y a des différences entre votre opinion et ce qui est écrit dans les manuels.



Observation

Vérifiez votre analyse de tâches en observant les "bons" agents de santé en train de faire vraiment le travail. Assurez-vous que la séquence d'actions que vous avez notée est en fait celle utilisée par les agents de santé. Assurez-vous que vous n'avez pas noté des actions pour lesquelles l'agent de santé n'a reçu aucune formation ou pour lesquelles il n'a pas le matériel nécessaire.

Annexe du moniteur 47 A

LISTE ECHANTILLON DES TACHES

Agents de santé de la communauté

Informez les membres de la communauté des mesures préventives et curatives

- Fournir des séances d'information sur la santé
- Mettre en oeuvre les activités d'éducation de la santé
- Assister le personnel de santé durant les séances de vaccination
- Identifier les femmes en âge de procréer et les enfants qui doivent être vaccinés
- Leur dire quand et où ils peuvent recevoir leurs vaccinations
- Enseigner aux mères comment réduire les effets secondaires des vaccinations (asperger avec une éponge, aspirine)

Evaluer et gérer la diarrhée et la déshydratation

- Evaluer la diarrhée
- Evaluer le degré de déshydratation

Si il n'y a pas de déshydratation, fournir les mesures préventives :

- Préparer la solution sel/sucre à la maison
- Identifier les aliments et les liquides disponibles localement

Si la déshydratation est présente, fournir un traitement :

- Préparer la solution de sels de réhydratation orale (SRO)
- Donner la thérapie de réhydratation orale (TRO)
- Enseigner aux mères le traitement (TRO et programme d'alimentation)
- Envoyer les cas sérieux de déshydratation aux installations de santé
- Suivi des cas de déshydratation
- Enseigner les mesures préventives de la diarrhée

Evaluer et gérer le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants

- Evaluer les cas de fièvre
- Traiter les personnes qui ont de la fièvre avec une dose appropriée de chloroquine
- Envoyer les personnes qui ont de la fièvre, le cou ankylosé, des difficultés à respirer ou qui ne répondent pas à la thérapie, vers une installation de santé
- Fournir des informations aux mères et aux chefs de la communauté sur le traitement de la fièvre à la maison
- Fournir des doses prophylactiques de chloroquine aux femmes enceintes

Maintenir les approvisionnements

Garder les dossiers des patients traités et des drogues administrées

Notifier l'installation de santé locale des épidémies de maladies soupçonnées

Personnel de santé

Fournir les vaccinations

- Discuter avec les mères du besoin qu'ont les enfants d'être vaccinés
- Informer les membres de la communauté des séances de vaccination
- Organiser les séances de vaccination
- Programmer les séances de vaccination
- Filtrer les enfants
- Réunir et stériliser le matériel
- Vacciner les enfants
- Nettoyer l'endroit où s'est tenue la séance de vaccination
- Détruire les ampoules ouvertes une fois que la séance de vaccination est terminée

Evaluer et gérer la diarrhée et la déshydratation

- Evaluer la diarrhée
- Evaluer le degré de déshydratation

S'il n'y a pas déshydratation, fournir les mesures préventives:

- Préparer la solution de sel et de sucre fabriquée à la maison
- Identifier les aliments et les liquides disponibles localement

Si la déshydratation est présente, fournir un traitement :

- Préparer la solution de sels de réhydratation orale (SRO)
- Administrer la thérapie de réhydratation orale (TRO)
- Enseigner aux mères le traitement (TRO et programme d'alimentation)
- Envoyer les cas de déshydratation grave à une installation de santé
- Suivi des cas de déshydratation
- Enseigner les mesures préventives de la diarrhée

Evaluer et gérer le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants

- Evaluer la fièvre et les autres signes et symptômes d'un cas de paludisme soupçonné
- Fournir un traitement :

- Administrer la quantité de chloroquine (comprimés et sirop) recommandée selon l'âge et le poids du patient
- Donner aux femmes enceintes des doses prophylactiques de chloroquine
- Fournir des informations sur les mesures préventives

Exécuter l'entretien de routine du matériel

- Garder les fournitures rangées en ordre dans un endroit sec
- Utiliser les fournitures les plus anciennes en premier
- Emmagasiner et transporter les vaccins de façon appropriée
- Veiller à l'entretien des réfrigérateurs pour qu'ils fonctionnent bien

Remplir les dossiers selon les directives du superviseur

Signaler toute preuve d'épidémies

Assister le superviseur

- avec l'inventaire des fournitures
- pour mener des interviews pour les enquêtes
- avec d'autres activités si nécessaire

Superviser les agents de santé de la communauté

Superviseurs

Travailler avec les chefs de la communauté

Programmer le travail

Superviser la performance des tâches du personnel de santé

- Contrôler la performance du personnel de santé et fournir des informations en retour
- Déléguer la responsabilité
- Identifier les problèmes, leurs causes, et les solutions possibles
- Prévenir et résoudre le conflit
- Fournir des informations en retour à l'agent de santé

Planifier, diriger et évaluer la formation

- Mettre en oeuvre la formation sur le tas pour résoudre les problèmes provoqués par le manque d'aptitude ou de connaissance requise pour effectuer les tâches
- Aider lors des séances de formation formelles comme requis par le directeur
- Evaluer la formation

Compiler les dossiers conservés par les agents de santé et fournir les résultats au directeur

Exiger les fournitures et le matériel selon les emplois du temps et les procédures établis

Contrôler l'entretien de routine du matériel tel que les réfrigérateurs, les stérilisateurs, et les transports utilisés pour les unités éloignées

Enquêter sur les épidémies de maladies

- Vérifier l'existence de l'épidémie et évaluer son étendue et sa gravité
- Préparer un listage des cas

- Signaler l'épidémie au directeur
- Commencer les mesures de contrôle

Aider le directeur avec la planification et l'évaluation locales

- Fournir au directeur les informations exigées pour la planification et l'évaluation
- Aider le directeur à établir des cibles en estimant de façon réaliste ce qui peut être fait avec les ressources et le personnel disponible
- Aider à faire des enquêtes

Directeurs de niveau moyen

Planifier un meilleur accès et usage des services de santé dans le district *

- Affecter chaque secteur du district à un superviseur
- Travailler avec les superviseurs pour établir des objectifs locaux mesurables pour le district
- Obtenir davantage d'informations de chaque superviseur sur la situation de sa région
- Rencontrer les chefs de la communauté pour planifier une participation améliorée de la communauté aux activités de santé
- Programmer les activités nécessaires à la réalisation des cibles
- Signaler les objectifs locaux et les plans pour réaliser les cibles à des niveaux plus élevés
- Exiger des ressources et du personnel supplémentaires, et/ou ré-affecter le personnel et les ressources existants si nécessaire pour atteindre les objectifs

Développer ou adapter les descriptions du travail

* "District" est utilisé ici dans le sens de secteur pour lequel le directeur de niveau moyen est responsable. "La zone de santé", "région", ou "secteur de service" ou autres termes peuvent être substitués selon le cas.

Contrôler la performance des superviseurs

- Observer leur travail durant les visites
- Leur parler ainsi qu'à leurs agents de santé
- Passer en revue leurs dossiers et rapports

Confirmer que l'on répond aux besoins de la formation

- Identifier les besoins de formation dus aux changements des tâches assignées, de l'embauche de nouveaux agents de santé ou de nouveaux superviseurs ou aux problèmes observés durant les visites des régions
- Identifier les façons de fournir la formation requise
- Fournir une instruction informelle sur le tas durant les visites de supervision
- Coordonner les cours de formation officiels

- Evaluer l'efficacité de la formation

Planifier, contrôler, et entretenir le système de fournitures

- Estimer les quantités de fournitures qui seront utilisées durant une période donnée, et les montants requis en cas de retard de livraison ou en cas d'épidémie

- Commander les fournitures

- Contrôler la réception, l'entreposage et la livraison des fournitures

- Reconnaître les problèmes et les résoudre

Contrôler le progrès vers les objectifs de service de santé et évaluer l'accomplissement de ces mêmes objectifs

- Déterminer la formation requise pour contrôler le progrès et évaluer les réalisations

- Identifier les façons les plus pratiques d'obtenir des informations

- Adapter les systèmes de dossiers et les formulaires de signalisation si nécessaire pour obtenir les informations requises (S'assurer que les formulaires sont conformes aux exigences nationales également)

- Passer en revue et compiler les rapports provenant des superviseurs

- Analyser les données pour identifier les tendances qui indiquent soit des problèmes potentiels ou que des progrès sont réalisés

- Déterminer les raisons des tendances identifiées

- Déterminer la mesure dans laquelle les objectifs sont réalisés

- Mener des enquêtes de couverture si nécessaire (si d'autres types d'enquête sont requis, rechercher l'assistance d'une autre personne)

Diriger les enquêtes sur les épidémies

- Compléter le listage des cas commencé par le superviseur

- Analyser et interpréter les résultats

- Coordonner les mesures de contrôle

Session 48

Prospectus 48 A

Prospectus 48 A

Prospectus 48 C

Prospectus 48 A

OBJECTIFS DE COMPORTEMENT

Qu'est ce qu'un objectif de comportement ?

Un objectif de comportement est un énoncé de ce que le stagiaire doit être capable de faire à la fin de son cours de formation. Les objectifs de comportement sont basés directement sur les tâches et trois domaines d'instruction identifiés durant l'analyse des tâches ils décrivent ce que le stagiaire doit savoir (connaissance), faire (aptitudes), nu ressentir (attitudes) à la fin du cours.

Un bon objectif de comportement répond aux questions suivantes : Qui ? fait quoi ? Selon quelle norme de qualité? quantité ? temps ? étant donné quoi ? nu dans quelles conditions ?

Qui ? Un objectif de comportement s'inquiète de ce que le stagiaire sera en mesure de faire, non pas ce qu'il fera.

Fait quoi ? Un objectif de comportement parle de la performance des stagiaires et contient un verbe d'action que l'on peut observer. Le stagiaire doit faire quelque chose que l'on peut voir et mesurer. Si l'on ne peut observer ce que fait le stagiaire alors comment peut-on évaluer s'il le fait correctement ? Les listes suivantes vous donneront l'exemple des verbes d'action appropriés à utiliser pour les objectifs de comportement et les verbes vagues qui ne peuvent être observés et qui ne conviennent pas à des objectifs de comportement.

<u>Verbes d'action</u>		<u>Verbes vagues</u>
faire	tirer	savoir
dresser la liste	montrer	comprendre
écrire	organiser	apprécier
décrire	construire	avoir
mener	expliquer	être conscient

A quelle norme de quantité? qualité ? temps ?

Un objectif de comportement définit les normes d'une performance acceptable. Les critères peuvent être liés à la quantité, la qualité, et/ou les temps selon le contexte et ce qui doit être mesuré. Les exemples de normes comprennent: "4 sur 5 correct", "avec moins de 5 erreurs", "ce texte suit les directives du chapitre 9 du texte", et "en moins de deux heures".

Etant donné quoi ? nu dans quelle condition ?

Un objectif de comportement définit les conditions importantes dans lesquelles le comportement va se produire. Il répond à une nu deux des questions: "Quelles sont les données ?" et quelles sont les restrictions ?" Les exemples comprennent : "Avec les récipients et les ustensiles utilisés localement", "En utilisant seulement le tableau d'évaluation de la diarrhée de l'OMS", et "travailler de mémoire". (certaines personnes considèrent cette partie de l'objectif de comportement facultative).

Comment rédiger les objectifs de comportement

Il est relativement facile de rédiger de bons objectifs de formation en gardant à l'esprit que l'objectif concerne ce que le stagiaire est en mesure de faire à la fin du cours (nu du segment de cours), les critères de succès, et les conditions dans lesquelles il lui faudra performer.

Les étapes suivantes vous aideront à rédiger les objectifs complets de comportement :

1. Ecrivez qui est le sujet de l'objectif.

- le stagiaire (l'agent de santé de la communauté)

2. Ecrivez le travail ou la tâche qui doit être accomplie.

- le stagiaire va préparer la solution de SRO fabriquée à la maison

3. Ajoutez la quantité, la qualité et/ou les normes de temps qui s'appliquent à l'objectif.

- le stagiaire va préparer au moins une solution de SRO selon les ingrédients et les quantités indiquées dans le prospectus X.

4. Ajoutez n'importe quelles conditions ou circonstances, c'est-à-dire tout instrument ou matériel que le stagiaire va utiliser en accomplissant son objectif.

- Avec les récipients et les ustensiles disponibles localement, le stagiaire va préparer au moins une solution de SRO selon les ingrédients et les quantités indiquées dans le prospectus X.

Prospectus 48 A

Objectifs de comportement complets et incomplets

1. Le stagiaire observera le jeu de rôle sur la façon de diriger une réunion de groupe dans le cadre d'un village.

2. Le stagiaire sera en mesure de diriger des réunions de groupe avec les villageois dans un village, en incorporant au moins 90 % des techniques suggérées pour tenir de bonnes réunions de groupes telles que données en classe. Il va démontrer ceci en dirigeant au moins une réunion de groupe complète tout seul.

3. Le stagiaire va parfaitement comprendre la technique qui permet d'enlever les agrafes après une opération.

4. Le stagiaire sera en mesure de dresser la liste des étapes à suivre pour enlever les agrafes après une opération.

5. Le stagiaire aura l'opportunité de s'exercer réellement en faisant sur le terrain un travail lié aux théories enseignées en classe.

6. Le stagiaire sera en mesure de faire du planning familial sur le terrain, en utilisant les techniques d'instruction étendues telles que décrites dans le manuel d'instruction extensive.

7. Discuter du problème de la population et de ses implications.

8. Le stagiaire sera capable de dresser la liste des causes principales du problème de population telle que donnée en classe.
9. Le stagiaire sera en mesure de préparer le menu d'un régime alimentaire peu coûteux pour une femme enceinte comprenant au moins un aliment de chacun des trois groupes.
10. Avec un message de base, le niveau d'instruction du public, et un format de programme de base, le stagiaire sera en mesure d'écrire un scénario pour la radio sur le planning familial qui réponde aux quatre critères de bons scénarios tels que décrits dans le livre de textes.

Prospectus 48 C

LISTE DES VERBES ACTIFS POUR ENONCER LES OBJECTIFS

Abréger
Agir
Administrer
Aider
Allouer
Analyser
Apporter
Appuyer
Appliquer
Arranger
Assembler
Assister
Auditer
Augmenter
Bouger
Calculer
Catégoriser
Changer
Chercher
Choisir
Citer
Collaborer
Collectionner
Commander
Communiquer
Comparer
Compiler
Compléter
Comploter
Concevoir
Conclure
Conduire
Construire

Conter
Contraster
Contribuer
Controler
Convertir
Coopérer
Corriger
Créer
Critiquer
Décider
Découvrir
Décrire
Déduire
Défendre
Définir
Délimiter
Démarrer
Démontrer
Désigner
Dessiner
Détecter
Déterminer
Développer
Développer (se)
Dériver
Diagnostiquer
Différencier
Diminuer
Diriger
Discriminer
Disséquer
Distinguer
Diviser
Donner
Dresser une carte
Echanger
Ecrire
Editer
Effectuer
Elever
Emmagasiner
Encercler
Encourager
Enseigner
Enoncer
Enumérer
Envoyer
Estimer

Etablir
Etiqueter
Evaluer
Eviter
Examiner
Exécuter
Exiger
Expliquer
Extraire
Extrapoler
Enregistrer
Faciliter
Faire
Faire la liste
Faire le pronostique
Faire
remarquer
Faire un diagramme
Faire un tableau
Fermer
Fonder
Formuler
Fournir
Généraliser
Guider
Identifier
Illustrer
Impliquer
Inclure
Indiquer
Informé
Insérer
Intégrer
Isoler
Jouer
Justifier
Laver
Lier
Maintenir
Manipuler
Mener
Mesurer
Mettre
Mettre en oeuvre
Mobiliser
Modifier
Nettoyer
Nommer

Noter
Obtenir
Omettre
Opérer
Opposer
Organiser
Paraphraser
Parler
Partager
Participer
Performer
Peser
Positionner
Poursuivre
Pratiquer
Prédire
Prendre
soin
Prendre la responsabilité
Préparer
Présenter
Prévenir
Prévoir
Placer
Produire
Programmer
Promouvoir
Protéger
Réassurer
Reciter
Recompter
Recommander
Reconstruire
Re-disposer
Réduire
Ré-énoncer
Ré-établir
Regrouper
Remplacer
Remplir
Rencontrer
Re-organiser
Répondre
Re-poser la question
Résoudre
Réunir
S'adapter
Sauvegarder

Sélectionner
 Séparer
 Servir
 Se servir
 Simplifier
 Situer
 Souligner
 Spécifier
 Structurer
 Suggérer
 Suivre
 Synthétiser
 Tabuler
 Tenir
 Traduire
 Traiter
 Trier
 Trouver
 Vérifier

Session 49

Prospectus 49 A

Prospectus 49 B

Prospectus 49 C

Prospectus 49 D

Prospectus 49 E

Annexe du moniteur 49 A

Prospectus 49 A

FICHE D'OBSERVATION POUR EVALUER LES ACTIVITES DE FORMATION

	Source du contenu:	Niveau de participation	Type de Participation	Humeur/ Sentiments durant l'activité:	Evaluation générale:
ACTIVITE	Quelle est la source du contenu de cette activité?	Quel était le niveau de participation durant cette activité?	Les participants étaient-ils censés comprendre le contenu ou avaient-ils le droit de créer et de contribuer à tout nouveau	Quels étaient vos propres sentiments durant cette activité?	Qui pensez-vous dirigeait l'activité?

			contenu?		
	Organisateur : Groupe:	Elevé Bas:	Comprend: Créé:	S'ennuie: Content:	Organisateur : Groupe:
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Prospectus 49 B

METHODES D'ENSEIGNEMENT FOUR LES SITUATIONS DE FORMATION

Méthode	Description/exemples	Utilisations appropriées	Usages inappropriés	Avantages/poins forts	Inconvénients/faiblesses
Conférences formelles	Le professeur 'livre' les informations aux étudiants qui sont censés les apprendre	Transmission de la connaissance, des procédures ou des faits qui doivent être mémorisés bon aussi pour un public important	Enseigner les techniques ou la façon de résoudre les problèmes	Facile pour le moniteur, couvre énormément de matières en même temps	Les étudiants n'apprennent peut-être pas bien. Le professeur n'apprend rien sur les problèmes sur le terrain ou la perception des étudiants
Discussions en petits	Les moniteurs discutent des problèmes et des	Pour développer des	Enseigner des faits qui doivent	Encourage les étudiants à discuter	Peut s'éloigner de l'ordre du jour prévu. Les

groupes	solutions; le professeur stimule la discussion mais ne la domine pas	techniques de résolution de problème: pour fournir des informations en retour aux instructeurs.	être mémorisés	eux-mêmes de leurs affaires; aide le moniteur à comprendre ce que pensent les étudiants; aide à développer des attitudes	stagiaires n'apprennent peut-être pas ce que les moniteurs souhaitent qu'ils apprennent. Peut prendre beaucoup de temps.
Expérience pratique	Les étudiants pratiquent les techniques du dispensaire et de la communauté généralement après démonstration ou instruction	Pour apprendre des fonctions techniques spécifiques	Enseigner des faits qui doivent être mémorisés	La seule façon de perfectionner les techniques. Développe aussi les attitudes	Nécessite une supervision étroite et des personnes et des objets sur lesquels on peut s'exercer.
Apprentissage	Les élèves aident un praticien établi et apprennent en observant, en imitant et en pratiquant	Pour apprendre les aptitudes cliniques en particulier celles qui sont hautement techniques	Pour l'instruction de base (les apprentis devraient avoir déjà quelques aptitudes); pour enseigner le travail communautaire	Facilite l'expérience pratique sous supervision étroite	Les précepteurs manquent souvent d'expérience/d'intérêt dans la supervision et l'enseignement, peuvent utiliser les apprentis de façon inappropriée
Jeu de rôle	Certains étudiants 'mettent en scène' des problèmes de travail typiques, les autres observent puis finalement discutent	Pour donner aux étudiants une certaine pratique dans les relations avec le patient et	Enseigner aux étudiants les exigences d'un traitement dont ils n'ont pas l'habitude	Développe les techniques de la résolution de problèmes et des attitudes	Les étudiants ont souvent des difficultés à se mettre dans des rôles inhabituels

		le communa uté			
Raconter des histoires	Le moniteur raconte un scénario proche de la réalité illustrant les causes/conséquences de la mauvaise santé, des discussions suivent pour tirer les leçons	Pour démontrer comment les conditions sociales et le comportement personnel influencent la santé	Enseigner des diagnostics techniques et des techniques de traitement	Aide les stagiaires à tirer des leçons des situations ultérieures du 'monde réel' et fournit une éducation pour la santé communautaire	Le moniteur (ou un stagiaire supervisé) doivent avoir des aptitudes pour raconter des histoires, seulement effectives si elles sont suivies d'une bonne discussion de groupe
Résolution de problèmes réels	Les étudiants développent des solutions d'eux-mêmes sous supervision; les groupes critiquent/rafinent ces solutions	Formation sur le tas et en service	Pour travailler dans des domaines complètement inhabituels	Souvent les ASC connaissent les problèmes et la praticité des solutions potentielles mieux que les instructeurs	Les essais impliquent quelques erreurs qui peuvent s'avérer quelquefois coûteuses
Théâtre du village	Un mélange de jeu de rôle et d'histoires racontées en général en utilisant le média la mauvaise santé à des du théâtre traditionnel	Pour enseigner les causes sociales et personnelles de groupes importants	Pour enseigner des aptitudes techniques média traditionnel	Les gens peuvent mieux apprendre à partir d'un	Nécessite souvent une préparation considérable

Prospectus 49 C

Concevoir les composantes d'une séance de formation expérimentale

1. Etablissement du climat

- Stimule l'intérêt, la curiosité, force les participants à commencer à penser au sujet traité.

- Fournit la raison pour laquelle le sujet est important pour les participants et dans quelle mesure il leur sera utile.

- Lie cette séance de formation aux précédentes et la place dans le cadre général du groupe de travail.

2. Clarification du but

- Présente aux participants des énoncés qui décrivent l'intention, le but ou l'objectif de l'activité de formation.

- Fournit l'opportunité aux participants de rechercher la clarté des objectifs, d'ajouter des questions supplémentaires ou de faire part de leurs inquiétudes.

3. Expérience

- Une activité dans laquelle s'engage le groupe et qui lui fournira la possibilité de "faire l'expérience" d'une situation liée aux objectifs de la séance de formation.

- Cette "expérience" devient l'évènement qui produit les données à partir de laquelle les participants peuvent extraire et analyser au fur et à mesure qu'ils complètent le cycle d'enseignement.

- Les "expériences" courantes sont les jeux de rôle, les études de cas, du papier et un crayon, des instruments, etc..

4. Transformation

- Les participants partagent les expériences individuelles et les réactions à l'expérience.

- L'expérience est analysée par le groupe qui y réfléchit profondément.

- Le moniteur guide et gère ce processus.

5. Généraliser

- Les participants déterminent comment les schémas qui ont évolué durant l'"expérience", sont liés aux expériences quotidiennes.

- Les participants cherchent à identifier les généralisations clés qui peuvent découler de l'expérience.

6. Application

- En utilisant les aperçus et les conclusions tirés des étapes précédentes, les participants identifient et partagent la façon dont ils ont l'intention d'incorporer ces nouvelles connaissances dans leur vie quotidienne.

- Répond aux questions, "Maintenant quoi ?" et "Comment puis-je utiliser ce que j'ai appris ?"

7. Fermeture

- Résume brièvement les évènements de la séance de formation.

- Relie aux objectifs et cherche à déterminer si les objectifs ont été atteints.

- Conclut la séance de formation et donne le sentiment d'avoir terminé.

- Relie la séance au reste du programme notamment aux prochaines séances.

Prospectus 49 D

DESCRIPTION DE CERTAINES METHODOLOGIES DE FORMATION

CONFERENCE OU ENTRETIEN

NOTE AU MONITEUR:

Présentez une partie de la section de l'unité 2 sur la façon d'adapter les aides visuelles. Donnez aux élèves un bon exemple d'utilisation efficace de la méthode de conférence. (montrez les photos au fur et à mesure que vous parlez, et posez des questions.)

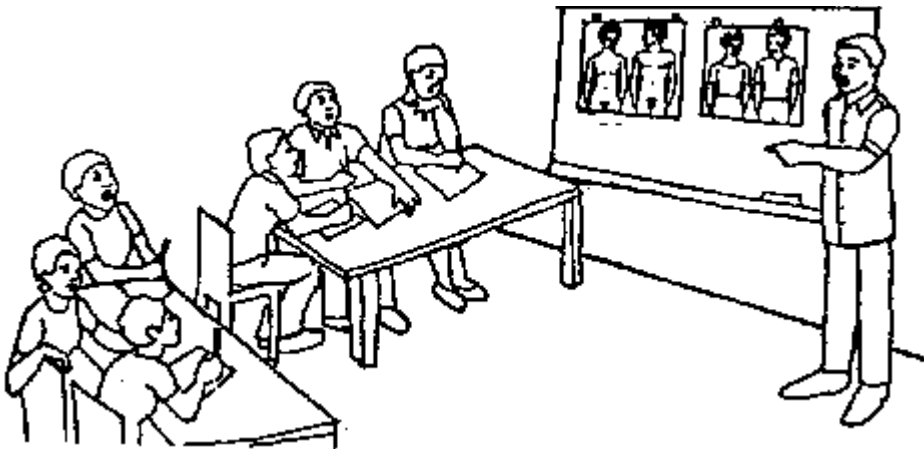
Demandez à vos élèves de décrire la méthode, et suggérez pour quelles choses elle est utile. Faites-leur suggérer quelques lignes directrices pour utiliser cette méthode. Ecrivez leurs suggestions au tableau noir.

Utilisez les directives données ici pour ajouter quelques idées qu'ils n'ont pas mentionnées.

Les directives de chaque méthode données ici ont été essayées un grand nombre de fois dans le monde entier et elles semblent bien marcher. Vos élèves auront peut-être aussi d'autres bonnes idées à ajouter.

Continuez la discussion jusqu'à ce que vos élèves soient tombés d'accord sur un ensemble de directives pour utiliser la méthode de conférence.

Définition: Une présentation du moniteur aux élèves.



A quoi sert une conférence ou un entretien :

- A présenter une vue d'ensemble du sujet ou à introduire un sujet à utiliser comme base de discussion.
- A relater ses propres expériences aux autres.
- A revoir ou résumer.

- A inspirer ou motiver les autres.
- A entendre les personnes qui ont les ressources voulues.

Planifier une conférence

Réunir les informations

1. Quels sont les objectifs ?
2. Que devront faire les participants avec l'information ?
3. La conférence est-elle la méthode appropriée à utiliser ?
4. Que savent les participants du sujet ?
5. Quelles sont les ressources disponibles ?
6. Quel est le temps alloué ?
7. Combien de participants seront présents ?

Développer le contenu

1. Adapter le contenu aux objectifs
2. Prendre en considération ce que les participants connaissent sur le sujet.
3. Prendre en considération la façon dont les participants vont utiliser les informations.
4. Limiter le contenu à 3 ou 5 points principaux.
5. Décider d'une séquence logique.
6. Prévoir de passer en revue les informations de base.
7. Relier les nouvelles informations aux anciennes.
8. Donner des exemples.
9. Montrer comment les informations peuvent être utilisées.

Souligner les points principaux

1. Au début de la conférence dire aux participants ce qu'on attend d'eux.
2. A la fin de la conférence, résumer les points principaux.
3. Donner aux participants des feuilles d'informations ou des esquisses.
4. Utiliser fréquemment les transitions.
5. Utiliser des aides visuelles intéressantes, et du matériel audiovisuel intéressant.

Prévoir une introduction et un résumé

Dans l'introduction :

1. Placer la conférence dans le contexte.
2. Informer les participants des objectifs
3. Gagner l'attention en :
 - relatant une expérience personnelle
 - posant un problème
 - utilisant une aide visuelle ou audio-visuelle
4. Passer en revue les informations qui aideront les participants à comprendre les nouvelles informations.

Dans le résumé :

1. Passer en revue les points principaux de la conférence.

Impliquer les participants

1. Prévoir des exercices à faire par les participants durant la séance.
2. Inviter les commentaires de la part des participants.
3. Donner aux participants une chance de répondre aux questions.
4. Utiliser d'autres méthodes telles que la discussion ou le jeu de rôles avant ou après la conférence.

REMUE-MENINGES

Une technique créatrice qui encourage les étudiants à utiliser leur imagination plutôt que de raisonner pour suggérer des solutions à un problème spécifique.

<u>A l'habitude de :</u>	<u>Attention :</u>
Encourager les étudiants à être spontanés pour exprimer les solutions aux problèmes.	Certains étudiants sont meilleurs que d'autres, notamment ceux qui ne sont pas timides et réservés et ceux qui ont l'esprit rapide.
Acquérir un certain nombre d'idées pour des discussions ultérieures.	
	Cette technique n'est pas un substitut à une pensée analytique.

Mise en oeuvre du remue-méninges

- Créer une atmosphère décontractée, de support pour l'écoulement libre des idées : une quantité d'idées est l'objectif principal du remue-méninges.
- Le problème devrait être : (1) simple et spécifique ; (2) familier aux étudiants ; (3) avoir plusieurs solutions possibles.
- Règles de base : (1) les étudiants peuvent suggérer n'importe quelle idée qui leur vient à l'esprit, plus elle est étrange mieux c'est ; (2) les idées ne doivent pas être évaluées ; (3) les étudiants ne doivent pas critiquer les idées des autres.
- Processus :
 - (1) identifier un problème la veille de la séance de remue-méninges pour que les étudiants puissent commencer à réfléchir à des idées ;
 - (2) désigner un chef pour guider le groupe et enregistrer les idées ;
 - (3) Le chef énonce le problème clairement ;
 - (4) Les étudiants lèvent la main pour offrir des solutions ;
 - (5) seulement une idée est présentée à la fois (l'enseignant devra être prêt à suggérer des catégories comme fil conducteur ou suggérer des solutions si les idées sont lentes à venir,
 - (6) continuer jusqu'à ce qu'il apparaisse que toutes les idées soient présentées (15 minutes).

Résultats des idées provenant du remue-méninges :

(1) Organiser et évaluer les idées soit à la fin d'une leçon soit lors d'une autre classe (en attendant que les élèves aient l'occasion de clarifier, associer ou améliorer les idées présentées) ;

(2) catégoriser les idées ;

(3) sélectionner les 5-10 meilleures idées et prendre des décisions sur la façon de les mettre en oeuvre.

DISCUSSION DE GRAND GROUPE

La classe examine un problème significatif dans le but d'essayer d'atteindre la meilleure solution possible.

Discussion de grand groupe



A l'habitude de :	Attention :
Considérer de nouveaux objectifs et des directions possibles pour le groupe.	Choisir un problème qui présente un intérêt et est pertinent pour toute la classe.
Développer un sujet d'intérêt pour toute la classe.	Encourager tous les membres de la classe à participer à la discussion.
Tirer des idées suivant une personne ayant ces ressources ou une discussion de petit groupe.	Le sujet devra avoir suffisamment d'ampleur et de profondeur pour nécessiter une pensée critique.
	Les discussions en petits groupes produisent souvent davantage d'idées que les discussions en grands groupes.

Mise en oeuvre de la discussion :

La discussion implique les étapes suivantes :

1. Définir le problème clairement.
2. Expliquer et analyser les clauses possibles.
3. Examiner les solutions possibles.

4. Sélectionner la meilleure solution.
5. Elaborer des moyens de mise en oeuvre.

Préparer le climat pour un échange libre : en cercle ou en carré pour que les étudiants soient face à face.

Sélectionner un chef de discussion (étudiant ou enseignant). Le chef devrait :

1. Bien connaître le sujet.
2. Définir les termes et clarifier le problème.
3. Démarrer la discussion.
4. Maintenir la discussion en renvoyant les questions au public ou en dirigeant certaines parties de la discussion vers certains membres du public.
5. Souligner les idées importantes.
6. Rediriger la discussion.
7. Encourager tout le monde à participer.
8. Fournir un résumé et corriger les erreurs si nécessaire.

Techniques de discussion :

1. Les étudiants fournissent des réactions à des mots spécifiques.
2. Les étudiants terminent les phrases incomplètes.
3. Les étudiants réagissent à des images à la tonalité émotive.
4. Les étudiants répondent aux questions posant un défi.
5. Six personnes parlent d'un problème pendant six minutes-DISCUSSION 66
6. Les étudiants réagissent à une étude de cas.
7. Les étudiants réagissent aux quotations.

DISCUSSION DE PETIT GROUPE

Diviser une grande classe en petits groupes de 6 ou moins et donner peu de temps pour discuter d'un sujet spécifique.

<u>A l'habitude de :</u>	<u>Attention :</u>
Prévoir des activités à faire en classe pour obtenir l'input des étudiants.	Les étudiants autoritaires peuvent contrôler les petits groupes.
Stimuler la pensée individuelle et promouvoir la discussion individuelle	Prévoir un système pour avoir un chef et une personne chargée d'enregistrer façon efficace sans perdre de temps.
Fournir un moyen rapide d'attaquer les problèmes et de tirer des idées d'individus en un temps très court.	Encourager les étudiants à augmenter leur responsabilité pour l'activité de groupe.
Démarrer une discussion à la suite d'un orateur, d'un film, etc..	
Intercaler les sujets durant la conférence ou une discussion de grand groupe pour maintenir	

l'intérêt.	
------------	--

Mise en oeuvre d'un petit groupe:

- Le problème est défini par l'enseignant. Le but d'organiser le groupe est clair pour les étudiants et ils sont alors répartis en groupes de tailles égales.
- Des groupes de 4 à 6 marchent bien. Pour faire des groupes:
 1. Grouper selon la disposition des sièges ;
 2. Faire compter les étudiants de 1 à 6 ou autant de groupes que l'on veut, et faire grouper les chiffres semblables ensemble ;
 3. Se procurer des cartes avec des nombres, des images, des symboles que les étudiants tirent au sort, ceux qui ont les mêmes se regroupent ensemble
 4. Les étudiants choisissent leurs propres groupes.
- Chaque groupe choisit un président ou l'enseignant désigne un président dont la responsabilité est de voir que tous les membres du groupe sont connus et un secrétaire dont la responsabilité est d'enregistrer les solutions et les commentaires.
- Durée : Trop peu de temps vaut mieux que trop longtemps. Selon le sujet, 520 minutes convient pour produire des idées sans toutefois épuiser le sujet.
- A un moment spécifique, la classe se réunit à nouveau pour rapporter les meilleures idées. S'assurer que tous les groupes présentent des idées. Pour éviter la duplication, les groupes ayant des idées similaires peuvent lever la main quand une de leurs idées est présentée par un autre groupe.
- Rendre les ressources disponibles aux étudiants pour qu'ils s'en servent dans des petits groupes.
- Mener une discussion de groupe totale basée sur des idées présentées par de petits groupes.

JEU DE ROLE

Description

Le jeu de rôle crée une situation "réelle" pour que les gens revêtent une identité autre que la leur. Les participants dans un jeu de rôle improvisent un scénario au fur et à mesure que l'action progresse. Les rôles sont créés de façon qu'il y ait un problème particulier ou une tâche commune entre deux rôles ou plus qui oblige les gens à réaliser quelque chose ensemble.

Quand est-ce une technique de formation utile ?

Lors de la formation pour le développement des aptitudes, le jeu de rôle est le choix logique. Le jeu de rôle oblige les participants à pratiquer leurs aptitudes lorsqu'ils sont confrontés à une situation ou aide les étudiants à comprendre la complexité de la situation de même que l'aptitude requise.

De plus, le jeu de rôle peut être utile pour répondre aux objectifs de l'attitude. Parce qu'il exige une implication, les participants explorent leurs réactions et leurs sentiments personnels lorsqu'ils parlent de l'expérience. Non seulement les participants apprennent énormément sur eux-mêmes, ils ont aussi la possibilité de devenir conscients du point de vue des "autres" joueurs. Finalement le jeu de rôle est une technique qui tient compte du niveau de complexité de la vie réelle.

Types de jeu de rôle

Jeu de rôle structuré

Dans ce type, le moniteur sélectionne à la fois la situation et le rôles à jouer, et spécifie les buts de l'activité. Ce type de jeu de rôle pré-planifié fournit du matériel très bien écrit et bien planifié qui décrit les rôles et les situations devant être joués et suscite les réponses des observateurs. Ce type de jeu de rôle nécessite énormément de temps et d'effort de la part du personnel durant les stades de la planification pour créer un jeu de rôle aussi vraisemblable que les situations de la vie de tous les jours.

Jeu de rôle spontané

Cette approche s'appuie sur une situation à problème provenant d'une discussion de groupe sans aucune planification préalable par le moniteur. Dans ce cas, la représentation elle-même sert de "briefing" au groupe sur le problème et la situation.

Le jeu de rôle à la fois structuré et spontané est lié à l'enseignement grâce (a) à l'action, (b.) l'imitation, (c) l'observation et l'information en retour et (d) l'analyse. Le jeu de rôle représente une forme d'instruction expérimentale.

Comment construire un jeu de rôle

Prendre une situation qui soit réaliste pour les participants à la formation, et cohérente avec les objectifs de l'enseignement.

Définir le problème ou la question dans la situation à laquelle les joueurs devront faire face.

Déterminer le nombre de joueurs de rôle requis.

Mettre au point les rôles spécifiques de chaque personne en répondant à ces questions :

- Comment est cette personne ?
- Qu'y a-t-il d'important à savoir sur leur milieu ?
- Quels sont leurs sentiments vis-à-vis des autres "gens"?
- Que ressentent-ils vis-à-vis de la situation ?
- Que pensent-ils de la situation ?

Comment établir un jeu de rôle

Du point de vue du moniteur, le premier jeu de rôle est crucial. c'est à ce moment là que les attitudes du groupe envers la technique sera déterminée et que leur performance future en tant que joueurs de rôle sera établie. La séance de jeu de rôle devrait commencer par un "briefing" du moniteur à tous les participants. Il/elle devrait définir la situation qui

sera la base du jeu de rôle et devrait donner une description concise des personnages impliqués dans la situation. Ceci fait, les joueurs donnent une représentation de la situation, inventant leur dialogue au fur et à mesure. A la fin de la scène, les joueurs subissent un "de-briefing" et le reste du groupe discute de ce qui s'est passé durant la scène, les motivations des gens impliqués et pourquoi la scène s'est développée de cette façon là.

Dans une situation de jeu de rôle qui est manipulée avec efficacité, non seulement les joueurs de rôle, mais aussi le groupe entier deviennent impliqués et cette implication souvent reportée à la discussion de ce fait l'enrichissant et l'éclaircissant.

Si le moniteur souhaite impliquer davantage le groupe entier, il/elle peut donner à un membre du groupe des tâches définies à exécuter durant la scène. Par exemple, on peut demander à un membre du groupe de prendre note des gestes et manières des joueurs, il se peut qu'un autre membre doive écouter les remarques significatives et encore qu'on ait demandé à un autre d'essayer de reconnaître les points centraux du drame.

Il est aussi possible d'utiliser le jeu de rôle en petits groupes, en ayant plusieurs jeux de rôle en même temps. Ceci est plus difficile pour gérer le processus d'enseignement, mais a davantage de gens directement impliqués.

Sans tenir compte du nombre de jeu de rôle et des types de participation, vous commencez tous les jeux de rôle de la même façon:

- * Décrivez le but du jeu de rôle
- * Décrivez la situation brièvement et clairement, même si on a préparé des jeux de rôle écrits.
- * A moins que chacun participe, sélectionnez les joueurs de rôle. Prenez soin de distribuer les rôles (par exemple ne choisissez pas des gens qui s'identifieraient trop au problème, etc.)
- * Donnez des instructions aux joueurs de rôle Laissez leur le temps de comprendre ou de lire les rôles. Dites aux joueurs de rôle d'imaginer les faits ou les informations non couvertes sans les rôles ou qu'ils oublient mais qui semblent nécessaires. N'essayez pas de "coller" les joueurs. Ne "réagissez" pas trop.
- * Déterminez les tâches ou structurez ce que le groupe ou les observateurs devraient rechercher.
- * Organisez la scène. Etiquetez les accessoires (si vous en utilisez) et placez les joueurs de rôle pour définir la situation physique et l'humeur. Aidez à atténuer la tension/anxiété des joueurs en souriant, en établissant des contacts physiques et en vérifiant la promptitude d'esprit.
- * Ne permettez pas au jeu de rôle de se poursuivre trop longtemps.

Souvenez-vous, la plupart des problèmes courants dans la gestion des jeux de rôle peuvent être évités grâce à une introduction soigneusement préparée et annoncée.

Comment contrôler le jeu de rôle

- * Démarrez l'action. Quand plusieurs groupes sont impliqués, tous devraient commencer en même temps.
- * Restez hors de la ligne de vision des joueurs de rôle Observez silencieusement.
- * Donnez des conseils si c'est absolument essentiel - si les joueurs de rôle ont des difficultés à démarrer, ou s'arrêtent en cours de route, etc.. (A moins que vous n'utilisiez une procédure d'"arrêt de l'action" et que vous ayez expliqué auparavant où vous allez interrompre le rôle à différentes reprises pour en discuter ou ajouter des informations ou interchanger les rôles.)
- * Coupez le jeu de rôle. Essayer de ne pas être abrupte. Ne continuez pas trop longtemps, souvent le jeu de rôle arrivera à un point final naturellement. Juste quelques minutes d'interaction peuvent fournir des données pour une longue discussion, donc ne surchargez pas le public.
- * Remerciez les joueurs de rôle en utilisant leur véritable nom. Cela leur permet de se dégager de leurs rôles et de fournir un pont pour la discussion qui suivra.

Comment transformer le jeu de rôle

- * Permettez aux joueurs de rôle de faire des commentaires devant le public. Entre les joueurs, laissez passer en premier une personne qui a eu la responsabilité de résoudre le problème ou qui s'est trouvée dans une situation difficile.
- * Ouvrez la discussion au public et/ou aux observateurs. Essayez de suivre la façon dont la situation et l'interaction se développent ; pourquoi est-ce que les joueurs de rôle se sont conduits comme ils l'ont fait ; comment est-ce que cela aurait pu se passer différemment pour obtenir un meilleur résultat.
- * Encouragez le public/les observateurs à décrire leurs propres sentiments au fur et à mesure que certains événements se produisent , plutôt que d'analyser seulement le comportement des joueurs de rôle.
- * Résumez les questions majeures et reliez-les au but du jeu de rôle. (N'évaluez pas la qualité du jeu des joueurs de rôle ou ne vous concentrez pas sur l'interprétation de leur rôle. Plutôt focalisez sur ce que le jeu de rôle contribue à la compréhension de la situation.)

ETUDE DE CAS ET INCIDENTS CRITIQUES

Description

L'étude de cas et/ou les incidents critiques sont des activités d'identification des problèmes et de résolution des problèmes.

A la fois l'étude de cas et l'incident critique sont des descriptions de situations qui sont aussi proches de la réalité que possible. L'étude de cas est généralement complexe et contient plusieurs ensembles d'information provenant d'une variété de sources. L'incident critique est très court et simple et fournit une quantité limitée d'informations de base. L'une ou l'autre technique peut nécessiter nu non une décision nu résolution à la fin de l'exercice. Dans les deux cas, on doit focaliser sur la pensée, le parler et décider des

nombreux moyens de résoudre le problème, et analyser les facteurs qui ont pu contribué à la situation.

Quand est-ce une technique utile ?

Les études de cas et les incidents critiques sont utiles quand le but de l'enseignement est de pratiquer l'analyse d'un ensemble complexe de facteurs d'une situation spécifique ou d'un problème. Cela aide à développer les aptitudes des participants à résoudre les problèmes ainsi que leurs aptitudes analytiques et fournit la base de la discussion nu des solutions alternatives à un problème central nu commun. Ces techniques sont aussi utiles pour donner aux participants l'occasion de pratiquer une méthode permettant de s'attaquer aux problèmes difficiles avant qu'il/qu'elle soit personnellement impliqué(e) dans une situation "réelle" qui peut s'avérer difficile, prêter à confusion, être terrifiante ou écrasante.

Comment construire une étude de cas ou un incident critique.

Une étude de cas commence avec l'identification de ce que vous voulez que les participants apprennent. Alors une situation, des bûches et une période sont sélectionnées qui vont inclure tous les aspects que vous voulez que les participants considèrent. Les exemples de cela peuvent être une réunion, la façon de traiter une plainte, nu un jour dans la vie d'un bénévole. Les personnages sont mis au point par le truchement de dialogues échantillons écrits, de lettres et de tout autre papier qui fournira le cadre approprié et les informations personnelles.

Ces directives ci-dessous seront utiles pour développer une étude de cas nu un incident critique, Souvenez-vous que l'incident critique peut être en fait, la description en deux nu trois phrases d'une situation à problème et donc que certaines de ces directives ne sont peut-être pas applicables.

- * L'étude de cas est une description d'une situation spécifique, aussi proche de la réalité que possible (avec des noms différents pour garder l'anonymat).
- * On focalise sur l'expérience, donc une situation réelle où l'action/décisions peuvent être prises.
- * La discussion a pour centre une situation réelle à facettes multiples.
- * Les études de cas soulignent le particulier plutôt que le général autant que possible.
- * Les participants doivent sentir qu'ils ont eu l'expérience que décrit l'étude de cas.
- * Donc l'étude de cas doit présenter un intérêt quelconque pour que les participants s'y "intéressent."
- * L'individu lecteur ou le lecteur/groupe doit prendre les décisions. Il n'y a généralement ni observateurs ni spectateurs dans le groupe.
- * Le processus de prise de décision lui-même peut être disséqué et analysé au fur et à mesure que le groupe se rapproche d'une solution.

* De façon idéale, la méthode d'étude de cas quand elle est bien utilisée donne aux participants l'habitude de prendre des décisions.

* Si un délai est établi, c'est-à-dire 60 minutes, 2 heures, etc... la prise de décision inclut l'utilisation du temps.

* Les études de cas sont les meilleures quand elles se rapprochent le plus possible de la vérité ; donc, elles doivent refléter la situation journalière et la prise de décision avec la possibilité d'opinions différentes. Résoudre ces différences d'opinion pour arriver à un consensus ou à une décision de la majorité-minorité fait partie de la tâche.

Comment utiliser une étude de cas

Une fois que les participants ont lu les matériaux et fait leur analyse. le moniteur dirige une discussion de groupe pour en tirer ce qu'ils ont appris. Quelquefois il est utile d'avoir de petits groupes pour discuter des matériaux initialement et de rapporter les résultats à un groupe plus grand comme moyen de commencer une discussion de groupe plus importante.

Prospectus 49 E

L'ENSEIGNEMENT DES ATTITUDES ET DES TECHNIQUES

COMMENT ENSEIGNER LES ATTITUDES

Il y a pas de méthodes garanties pour enseigner les attitudes. L'enseignant doit savoir que toutes les expériences de l'étudiant peuvent changer ses attitudes. Mais pas une seule expérience n'est certaine d'avoir un effet spécifique sur tous les étudiants.

Il y a cinq méthodes générales que peut utiliser l'enseignant. Ce sont :

- (i) fournir des informations
- (ii) fournir des exemples ou des modèles
- (iii) fournir une expérience directe
- (iv) fournir des opportunités de discussion
- (v) des exercices de jeu de rôle

Même si vous utilisez toutes ces méthodes, vous devez être conscients que les attitudes des étudiants peuvent être formées par des événements que vous ne pouvez pas contrôler. Par exemple, les étudiants vont lire des livres, parler à des gens à l'extérieur de l'école, rencontrer leurs familles et ainsi de suite. Les étudiants vont former une grande partie de leurs attitudes avant de commencer la formation. Donc vous ne pouvez fournir qu'une influence parmi tant d'autres.

Il est donc important que votre influence soit aussi forte que possible et - bien sûr - que l'influence soit bonne.

Les sections suivantes expliquent chaque méthode avec plus de détails.

FOURNIR DES INFORMATIONS POUR FORMER LES ATTITUDES

Les informations ne sont pas toujours suffisantes pour changer les attitudes mais cela aide. Par exemple, les relations qui existent entre le fait de fumer et les risques de cancer et de maladie de coeur sont assez bien connues d'un grand nombre de gens dans différents pays. Pour certaines personnes cette information a été suffisante pour les persuader de changer leur attitude et de cesser de fumer. Pour bien d'autres personnes cette information n'a pas été suffisante.

L'information peut être présentée de plusieurs façons. Les conférences sont une méthode évidente. Les films sont souvent plus effectifs parce qu'ils peuvent fournir une expérience plus intense.

La technique d'enseignement importante est de montrer comment les faits relèvent de l'attitude.

Exercice

Dressez une liste des informations que vous fournirez aux étudiants si vous voulez les persuader qu'il est très important d'utiliser des techniques aseptiques. Comment allez-vous relier ces faits à l'attitude qui consiste à bien se laver les mains et à stériliser le matériel ?

Comme autre exemple, quels faits fourniriez-vous si vous vouliez persuader une mère d'avoir une attitude plus positive envers l'allaitement au sein ?

Commentaires sur l'exercice

Vous avez peut-être précisé les points suivants :

- La baisse importante des taux de mortalité quand les méthodes aseptiques ont été introduites dans les hôpitaux au 19^{ème} siècle.
- Le besoin pour les agents de santé de donner un bon exemple à la communauté
- Les façons dont les infections peuvent être transmises.

Ces faits indiquent tous pourquoi les techniques sont raisonnables. Ils font appel à la raison des étudiants. Quelquefois des faits moins logiques et moins émotifs peuvent être plus effectifs. Par exemple vous pouvez relater une de vos expériences qui montre ce qui arrive quand on ne suit pas les techniques d'aseptisation. Cette expérience seule n'aura pas beaucoup d'importance logique - mais vous pouvez rendre l'histoire si dramatique et si réelle que son effet en sera plus grand.

FOURNIR DES EXEMPLES OU DES MODELES POUR FORMER LES ATTITUDES

La plupart de la publicité est destinée à changer les attitudes. Une technique courante est de montrer une "personne idéale" (en général jeune, attirante et du sexe féminin) utilisant un certain produit. L'annonceur vise à fournir un modèle ou un exemple qui sera suivi par le lecteur. Cette technique est en générale très effective.

Qu'est ce que cela a à voir avec l'enseignement ? Eh bien, pour de nombreux étudiants leur professeur est un modèle très puissant. Ses étudiants auront souvent tendance à

copier la façon dont il se comporte. S'il est désagréable avec les patients nu peu soigneux dans sa façon de manipuler le matériel, alors les étudiants auront tendance à suivre cet exemple.

D'autre part, si l'enseignant montre qu'il est courtois envers les gens avec lesquels il travaille, alors les étudiants auront tendance à se comporter de la même façon. Il est donc essentiel que dans tout ce que vous faites, vous fournissiez un bon exemple.

Bien sûr, toutes les autres personnes que voient vos étudiants auront une influence. D'autres agents de santé, infirmières et docteurs vont tous fournir des modèles que les étudiants devront copier. L'enseignant devra donc s'assurer dans la mesure du possible que le modèle est un bon modèle.

FOURNIR L'EXPERIENCE POUR FORMER LES ATTITUDES.

Durant toute la formation des étudiants, ils auront des expériences qui formeront leurs attitudes. Ils vont peut-être voir des patients avec des plaies qui n'ont pas été traitées et qui se sont envenimées et qui les ont rendus peut être infirmes. Cette expérience directe de voir la souffrance du patient aura beaucoup plus de répercussions sur la formation des attitudes que tout un livre de faits sur le besoin d'un traitement précoce des blessures et des plaies superficielles.

L'enseignant devrait fournir autant d'expérience directe que possible. Par exemple de nombreux agents de santé ont la responsabilité d'améliorer la nutrition d'une communauté. Dans certaines écoles les étudiants cultivent tous les légumes qu'ils mangent et s'occupent des animaux eux-mêmes. Cette expérience les aidera à avoir des attitudes plus positives pour faire le travail eux-mêmes. Dans ces écoles les enseignants pensent qu'il est important qu'ils participent au bêchage et à la culture pour que les étudiants apprennent que le travail manuel n'est pas indigne.

On peut fournir aussi d'autres expériences positives. Les étudiants devraient reconnaître les avantages d'une alimentation en eau non-contaminée dans le village. Ils devraient voir dans quelle mesure une bonne nutrition peut conduire à une vie meilleure.

Une question. Pensez-vous que les étudiants devraient faire l'expérience de préparer leur propres repas pendant le cours ou pensez-vous que la nourriture devrait être préparée ? A quelles attitudes vous attendez-vous dans ces deux situations ?

Exercice

Dressez la liste de 3 expériences que vous pensez que les étudiants feront et qui les aideraient à former de bonnes attitudes envers les patients.

Commentaires sur l'exercice

Vous avez pu noter des idées telles que :

- Travailler avec un agent de santé expérimenté que vous savez avoir de bonnes attitudes envers les patients.
- Parler aux patients de leur inquiétudes au sujet de la santé.

- Rencontrer des gens qui souffrent d'une maladie qui entraîne une invalidité mais qui est évitable.

Noter: c'est toujours une bonne idée de discuter de ces expériences avec vos étudiants pour que soient bien claires les attitudes que vous voulez qu'ils retiennent.

FOURNIR LA DISCUSSION POUR FORMER LES ATTITUDES

La discussion en petits groupes est en générale considérée utile pour former les attitudes. Elle est particulièrement importante du fait que la discussion aidera à rendre les trois méthodes précédentes plus effectives. Par exemple, il sera utile aux étudiants de décrire et de discuter les expériences qu'ils ont eues avec des patients. Dans la discussion, ils partageront leurs expériences de manière que l'expérience d'un étudiant puisse influencer tous les autres membres du groupe.

"Fournir la discussion pour former les attitudes"



Un autre trait important de la discussion est la façon avec laquelle les attitudes d'étudiants individuels changent quand ils parlent de leurs propres opinions. Le processus qui consiste à traduire leurs idées en mots et à voir la réaction d'autres étudiants peut être une façon puissante d'amener un changement d'attitude. Pour que cela se produise la taille du groupe doit être suffisamment petite pour donner à chaque étudiant l'occasion de parler. Un groupe de 7 à 8 étudiants est idéal et 15 est un maximum absolu pour que cette technique soit efficace.

Remarquez que ce n'est pas ce que dit l'enseignant qui est important réellement. c'est ce que dit chaque étudiant qui a le plus d'effet. Donc, l'enseignant devrait parler très peu durant ces séances en petits groupes. Il peut encourager les étudiants plus timides à donner leurs opinions et il peut empêcher ceux qui sont trop bavards de trop parler. Mais c'est seulement dans des situations exceptionnelles que l'enseignant doit donner ses propres opinions ou prendre une part active à la discussion.

Bien sûr, quand il y a un grand nombre d'étudiants, il est pratiquement impossible d'avoir un enseignant pour chaque petit groupe de dix étudiants. Une solution est de laisser les étudiants se réunir sans l'enseignant. Ceci est possible parce que le rôle de l'enseignant consiste uniquement à aider l'étudiant à parler. Vous pouvez aider les étudiants à s'exprimer en fournissant une certaine directive par écrit pour la discussion des étudiants. Par exemple, vous pouvez fournir une liste de questions pour la discussion et nommer un étudiant qui sera chargé de rapporter la discussion au cours d'une classe où tous les étudiants sont présents.

Exemple de questions pour une discussion

Imaginez que chacun d'entre vous a été assigné à différents villages pour persuader les gens locaux de construire une conduite d'eau.

1. Comment allez-vous persuader les gens locaux ? Par exemple allez-vous essayer de faire un discours devant une large assemblée ou allez-vous parler aux gens individuellement ? Si vous choisissez une grande assemblée, qui aimeriez-vous voir présents à la réunion et comment allez-vous les persuader de venir ?
2. Quelles rumeurs et objections sur les conduites d'eau allez-vous entendre ?
3. Comment allez-vous répondre à ces rumeurs et ces objections ?
4. Quels avantages d'après vous seraient persuasifs ?
5. Pourquoi pensez-vous que certaines personnes n'aiment pas l'idée d'une conduite d'eau ?
6. Forceriez-vous les gens du village à construire une conduite d'eau si vous en aviez le pouvoir ?

Remarquez que ces questions sont suffisamment spécifiques pour amener les étudiants à parler et fournissent une structure pour la discussion. Mais elles permettent aussi aux étudiants d'exprimer différentes opinions et donc commencent à former ou à changer leurs attitudes.

Activité

Notez par écrit les instructions que vous allez donner à la réunion du petit groupe. Les instructions doivent aider le groupe à penser à aux parties de leur travail où les attitudes sont aussi importantes que la connaissance ou les aptitudes. Le but de la discussion devrait être d'encourager les étudiants à parler de vos questions et à développer leurs attitudes. Comme exemple, vous pouvez penser à des instructions qui encourageraient les étudiants à faire davantage attention lorsqu'ils utilisent le matériel médical,

EXERCICES DE JEU DE ROLE

Les attitudes sont très importantes dans les communications avec les gens. Si vous respectez une personne vous allez l'écouter et lui parler d'une façon différente.

Les attitudes envers les gens seront souvent améliorées si vous comprenez le point de vue de l'autre personne. Donc, une façon d'enseigner les attitudes est de donner aux étudiants une certaine expérience de ce que c'est que d'être un patient ou une mère avec un enfant mal nourri, ou un commerçant qui pense que l'inspecteur de la santé n'est pas raisonnable. Ceci peut être accompli en utilisant la technique du jeu de rôle

Dans cette technique les étudiants jouent les rôles de différentes personnes et donc commencent à faire l'expérience de certaines des impressions ressenties par ces gens.

La technique est aussi très utile pour enseigner les techniques de communication et est décrite en plus de détails au Chapitre 9.

CONCLUSION

Les attitudes sont importantes même si elles sont difficiles à définir, tester ou enseigner. Les idées de ce chapitre ne sont que des suggestions, parce que ce ne sont pas des méthodes largement acceptées pour enseigner les attitudes. Il est certain que ce que vous faites va changer les attitudes des étudiants. Il est moins certain de ce que sera exactement ce changement.

METHODES D'ENSEIGNEMENT DES TECHNIQUES

Souvent les enseignants utilisent les modèles suivants quand ils enseignent la technique :

1. Décrivez la technique - expliquez ce qu'est la technique, pourquoi c'est important, quand l'utiliser.
2. Démontrez la technique - laissez les étudiants observer un expert (souvent l'enseignant) exécuter la technique.
3. Organisez des séances de pratique.

Ce modèle est généralement raisonnable, bien que les étapes ne puissent pas être complètement séparées.

Par exemple, il sera peut-être plus intéressant de commencer avec une démonstration. Or les étudiants auront peut-être besoin de davantage de démonstrations une fois qu'ils auront une certaine pratique.

Souvent la technique est décrite lors d'une conférence (en théorie), puis quelque temps après - peut-être bien des semaines plus tard - les étudiants font la pratique (en pratique). Ceci n'est pas souhaitable bien qu'il y ait certainement des raisons administratives à cela. Idéalement, la théorie et la pratique devraient être enseignées en même temps.

DECRIRE LA TECHNIQUE

La première étape pour enseigner la technique est de la décrire. Ceci impliquera expliquer pourquoi la technique est importante et pourquoi les étudiants doivent l'apprendre. Cela impliquera expliquer quand les étudiants devront utiliser la technique et expliquer les étapes d'exécution de cette technique.

Par exemple, si vous enseignez comment faire une piqûre, la plupart des étudiants seront vaguement ce qu'est une piqûre et pourquoi c'est important. Mais si vous décrivez les techniques nécessaires pour persuader les mères d'amener leurs enfants au dispensaire pour la vaccination, certains étudiants ne réaliseront peut-être pas combien c'est important.

Quand vous expliquez les étapes d'exécution d'une technique, une analyse de tâches sera très utile. c'est parce que l'analyse donne une liste de ce qui est accompli et l'ordre dans lequel chaque étape est réalisée. L'analyse des tâches vous aidera, vous l'enseignant, à être très clair dans votre propre esprit quant aux étapes. Les étudiants peuvent aussi l'utiliser directement. Si vous utilisez l'analyse des tâches de cette façon, il faudra la ré-écrire pour qu'elle soit utile à l'étudiant. Regardez l'exemple ci-dessous qu'on utilise pour

l'enseignement des infirmières d'hôpitaux. Remarquez que les mots utilisés sont quelquefois difficiles pour les étudiants - peut-être pouvez-vous les améliorer. (Remarquez aussi que c'est la façon dont les médicaments sont donnés dans les hôpitaux où les infirmières reçoivent leur formation - ce n'est pas forcément la façon dont vous formeriez des infirmières à cette tâche particulière.)

Exemples d'instruction à donner à un étudiant basés sur une analyse des tâches.

Donner des médicaments par voie buccale

Matériel

Chariot contenant :

- Tous les médicaments requis
- Des verres gradués
- Des cuillères à café
- Des pots d'eau froide
- Un petit plateau ou une assiette pour transporter le médicament jusqu'au lit.
- Un récipient pour mettre les cuillères une fois utilisées
- Une serviette
- De l'eau savonneuse et de l'eau propre.

Donner le médicament

1. Identifiez le nom du patient.
2. Lisez l'ordonnance soigneusement.

Donnez le médicament à l'heure indiquée et donnez-le avant ou après les repas, selon les instructions. Si c'est avant les repas, donnez-le vingt minutes avant. Si c'est après, donnez-le immédiatement après.

3. Sélectionnez le médicament et vérifiez l'étiquette avec l'ordonnance.
4. Assurez-vous que l'étiquette reste propre (si le médicament est liquide) en tenant la bouteille avec l'étiquette contre la paume de votre main.
5. Secouez la bouteille.
6. Tenez le verre au niveau de vos yeux quand vous versez le médicament.
7. Faites tomber le nombre prescrit de comprimés ou de pilules dans le couvercle du flacon, puis dans une cuillère, et puis sur le dos de la langue du patient, ne mélangez-le avec de l'eau.
8. Mettez la poudre sur une cuillère et puis sur le dos de la langue du patient, ne mélangez avec de l'eau.
9. Rendez les médicaments désagréables aussi agréables que possible en faisant suivre leur administration d'un bonbon ou d'une boisson de jus de fruit, si c'est permis.

10 Restez avec le patient jusqu'à ce qu'il ait pris le médicament. Ne le laissez pas sur sa table de nuit.

11 Notez l'administration sur une feuille d'enregistrement des médicaments.

Cet exemple montre que :

1. Les instructions peuvent être utilisées en tant que prospectus quand l'enseignant décrit les techniques.

2. Les étudiants peuvent garder ces instructions et s'y référer lors de la pratique des techniques - ou les mettre dans leur manuel comme références une fois le cours terminé.

3. Les instructions écrites sont très claires quant aux normes de performance attendues. (Tous les enseignants et examinateurs suivront la même norme).

4 Parce que les instructions sont notées par écrit, les étudiants peuvent s'évaluer mutuellement et faciliter ainsi leur propre enseignement.

Ces instructions écrites sont quelquefois appelées des fiches de procédure ou des fiches d'aide de travail. A nouveau les noms techniques ne sont pas très importants. Ce qui compte c'est que certains enseignants les ont trouvées très utiles et que davantage d'enseignants pourraient les utiliser.

DEMONTRER UNE TECHNIQUE

Quand on a décrit la technique, il faut la démontrer. Quelquefois la démonstration est faite en même temps que la description.

Il y a des points évidents de la démonstration qui sont faciles à expliquer mais qui sont plus difficiles à suivre.

1. La démonstration doit être correcte. Evidemment vous ne devez pas démontrer de mauvaises méthodes. Il faut aussi vous assurer que tout matériel utilisé par vous sera disponible pour les étudiants quand ils travailleront sur le terrain. Vous devez aussi vous assurer que votre démonstration n'utilise pas des méthodes qui exigent trop de temps ou trop de techniques. Par exemple si vous faites une démonstration sur la façon de préparer des affiches pour une discussion avec les mères dans un village, vous devez vous assurer que vous n'utilisez que le genre de papier, peinture et crayons qui sont disponibles pour vos étudiants.

"La démonstration doit être visible..."



2. La démonstration doit être visible. Tous les étudiants doivent pouvoir voir ce que vous faites. Ceci est évident mais souvent les enseignants l'oublient. Le problème est plus grave quand il y a un grand nombre d'étudiants ou quand la technique que vous démontrez ne peut être vue de loin.

La solution ici peut consister à utiliser un film ou même un enregistrement à la télévision. Mais pour les nombreux enseignants qui n'ont pas ce genre de matériel, la seule façon est de répéter la démonstration plusieurs fois. Des étudiants plus anciens ou des maîtres-assistants peuvent vous aider.

Si certains étudiants ne peuvent pas voir correctement, répétez la démonstration.

3. Expliquez ce que vous faites. Il ne suffit pas d'exécuter la technique correctement et visiblement. Vous devez aussi expliquer ce que vous faites et souligner les points importants. Un prospectus ou un ensemble d'instructions écrites vous aideront dans ce cas.

Un exemple d'utilisation d'un prospectus pour faciliter l'explication.

La préparation d'une injection intramusculaire

1. Placez les deux parties de la seringue et l'aiguille dans un récipient en métal (un plat en métal ou une boîte en fer). Recouvrez-les d'eau et faites-les bouillir pendant dix minutes.
2. Lavez-vous les mains à l'eau et au savon. Frottez vos mains l'une contre l'autre dans de l'eau savonneuse.
3. Nettoyez le couvercle de la petite bouteille (qui contient de la pénicilline ou toute autre substance devant être injectée), en utilisant un coton imbibé de désinfectant tel que de l'alcool, frottez fort deux ou trois fois.
4. En utilisant le même coton, frottez deux ou trois fois à l'endroit où vous allez enfoncer l'aiguille dans la fesse pour une piqûre intramusculaire. Sur la fesse, choisissez un endroit pour faire la piqûre qui soit suffisamment haut et sur le côté.

5. Mettez les deux parties de l'aiguille ensemble et adaptez l'aiguille de façon ferme. Pour cela prenez l'aiguille à sa base, c'est à dire par la partie qui n'est pas pointue et ainsi de suite

Ce genre de prospectus peut être utilisé de la façon suivante. L'enseignant explique pourquoi on fait des intramusculaires. Il distribue le prospectus aux élèves. Puis il démontre chaque étape en montrant aux étudiants exactement ce qui doit être fait. Tandis qu'il fait la démonstration, l'enseignant continue à se référer au prospectus. Par exemple, il peut dire : "Maintenant nous arrivons à l'étape numéro 2. Vous devez vous laver les mains comme cela. Notez que l'eau doit être propre et que je dois utiliser du savon. Il ne suffit pas de mouiller ses mains. Vous devez frotter vos mains l'une contre l'autre pour enlever les saletés ou supprimer le risque d'infection....

L'avantage d'utiliser le prospectus écrit tandis que vous démontrez la technique est que les étudiants vont se familiariser avec le prospectus. Ils peuvent garder le prospectus pour faire des révisions ou pour s'y référer par la suite.

Un autre avantage est que vous donnez aux étudiants une note écrite, donc ils n'ont pas à prendre de notes. Cela veut dire qu'ils peuvent se concentrer sur la démonstration, plutôt que d'essayer de faire deux choses à la fois.

FOURNIR LA PRATIQUE POUR L'EXECUTION DES TECHNIQUES

L'étape la plus importante lorsqu'on enseigne aux étudiants comment exécuter une technique est la pratique. Malheureusement c'est souvent la plus difficile à organiser et elle peut prendre énormément de temps. Malgré ces problèmes, les enseignants doivent s'assurer que les étudiants ont des tas de possibilités pour s'exercer

Les traits principaux d'une séance d'enseignement pratique sont :

- Tous les étudiants pratiquent la technique
- Les étudiants reçoivent les informations en retour sur la façon dont ils ont exécuté la technique en question.

Le reste de ce chapitre décrit les méthodes que l'enseignant peut utiliser. Ce sont :

- Le jeu de rôle (8.6)
- Les projets (8.7)
- Les simulations (8.8)
- L'expérience du travail (8.9)

Ceci n'est pas la liste complète des méthodes possibles. Cela donne plutôt des idées sur les méthodes possibles, chaque enseignant peut adapter ces méthodes, lire des articles sur d'autres méthodes ou mettre au point de nouvelles méthodes pour répondre aux besoins spécifiques de ses étudiants.

UTILISER LE JEU DE ROLE POUR ENSEIGNER LES TECHNIQUES

Les techniques de communication sont peut-être le groupe de techniques le plus difficile à enseigner, parce qu'il y a peu de règles définies à suivre. Par exemple, il est difficile de décider exactement ce qui rend une explication claire et persuasive.

A cause de cela, les étudiants doivent développer leur propre façon de communiquer et ils doivent avoir aussi énormément de pratique. Cette pratique devra être supervisée par un enseignant, un étudiant plus ancien ou un assistant quand cela est possible.

Le jeu de rôle est une méthode utile. Dans cette méthode les étudiants jouent différents rôles comme 9 ils étaient dans une pièce de théâtre. Mais au lieu de mots et de rôles, on donne aux étudiants seulement une esquisse d'une situation. Voyez l'exemple ci-dessous :

Exemple

Demandez à l'étudiant A de jouer le rôle de l'agent de santé essayant de persuader une mère d'avoir son bébé vacciné contre la polio.

Demandez à l'étudiant B de jouer le rôle de la mère. Expliquez que la mère est inquiète parce qu'elle a entendu que la vaccination est dangereuse et que sa mère ne croit pas que la vaccination soit nécessaire. Toutefois, elle doit être persuadée bien qu'elle respecte sa propre mère.

Demandez à l'étudiant C de jouer le rôle de la grand-mère. La grand-mère s'attend à ce que son opinion soit suivie. Aucun de ses bébés n'a été vacciné et tous ont grandi forts et sains. Elle pense que la vaccination est inutile et dangereuse.

Maintenant dites aux joueurs de rôle que l'agent de santé parle à la mère et à la grand-mère au centre de santé. Demandez aux joueurs de rôle de jouer les rôles qu'on leur a donnés en parlant et en réagissant comme le feraient d'après eux la mère, la grand-mère et l'agent de santé.

Demandez aux autres étudiants du groupe d'observer et d'écouter ce qui se passe. Ils devraient prendre des notes de ce que fait l'agent de santé, ce qu'il fait bien comme les erreurs qu'il commet.

Ils devraient penser comment eux auraient parlé ou agi différemment. Quelle autre information auraient-ils utilisée ? Est-ce que leurs manières auraient été différentes ?

Probablement, le jeu de rôle ne durera que quelques minutes. Maintenant voici l'étape très importante - la discussion.

Demandez aux différents étudiants comme ils se comporteraient et invitez la discussion du groupe, formant un tout sur la façon dont s'est comporté l'agent de santé. Demandez-leur aussi ce qu'ont ressenti la mère et la grand-mère. Est-ce que la grand-mère pense que son expérience semble stupide. Est-ce que la mère s'est sentie forcée ? En tant qu'enseignant vous devez essayer de faire penser les étudiants aux émotions des gens dans le jeu de rôle. Les étudiants doivent aussi être conscients que les faits ne sont pas suffisants pour assurer de bonnes communications.

Ceci est un exemple d'exercice de jeu de rôle. On peut penser à d'autres nombreux exemples qui aideraient les étudiants à comprendre les problèmes de communication. Les exemples peuvent être assez simples comme celui donné ci-dessus ou plus compliqués. Par exemple, vous pouvez ajouter des informations supplémentaires telles que les nouvelles d'un bébé du village voisin qui est mort peu après avoir été vacciné contre une

maladie différente. Ou le mari peut arriver au centre de santé pendant la discussion. Il a de fortes opinions sur la vaccination - soit pour soit contre.

Quelle que soit la situation que vous choisissiez, les étudiants auront besoin de réassurance. Certains peuvent être très timides ou ont peur de faire des erreurs.

Il n'est probablement pas prudent de forcer un étudiant à jouer un rôle tant qu'il n'a pas vu les autres en action. Vous devriez essayer de garder l'humeur assez légère - et assurez-vous bien que les étudiants savent que c'est purement une expérience d'enseignement et non une évaluation !

Tandis que ceci est une technique très utile pour pratiquer les techniques et donner aux étudiants un aperçu de la communication, il y a des limites. La principale est que cette technique ne doit pas être utilisée avec des groupes de plus de 25 étudiants. La raison est que la méthode dépend de la discussion à la fin quand tous les étudiants y prennent part. Ceci est impossible avec de grands groupes.

Une seconde limitation est que les étudiants jouant le rôle de la grand-mère se contentent de jouer un rôle. Donc, ils devraient aussi avoir l'expérience de la communication avec de vrais gens ayant de vraies opinions et de vraies personnalités.

Bien que ces limitations soient importantes, le jeu de rôle est tout de même une méthode très utile qui aide dans le domaine des techniques de communication.

PROJETS

Les projets sont une partie importante de nombreux cours plus long. Dans un projet, on demande à un étudiant - ou à un groupe de 3 ou 4 étudiants - d'essayer une tâche spécifique. Par exemple, on peut demander aux étudiants d'essayer d'en savoir plus sur les problèmes de santé d'un village - ou on peut leur demander d'essayer de savoir quelles sont les superstitions des enfants de l'école au sujet de la nutrition ou de l'hygiène.

Quand les étudiants font le travail, ils découvrent les faits. Mais ils augmentent aussi leurs techniques pour parler aux gens, pour réunir et signaler des informations et probablement dans d'autres domaines également. Les techniques exactes dépendront du projet choisi.

Idéalement, les projets peuvent être des expériences d'enseignement précieuses mais ils peuvent aussi être de véritables fiascos. Les enseignants doivent donner suffisamment d'aide et d'encouragement sans faire tout le travail. A la fin du projet, les rapports devront être présentés devant toute la classe d'étudiants pour que chaque étudiant puisse bénéficier des expériences gagnées dans tous les projets - et cela prend du temps.

Les projets fonctionnent - pourvu que l'enseignant soit enthousiaste, donne suffisamment d'aide et qu'il n'y ait pas trop d'étudiants. Ils sont très difficiles à organiser s'ils sont plus de 40 environ dans la classe.

SIMULATEURS

Les simulateurs sont extrêmement difficiles à définir à la fois d'une façon raisonnablement simple et complète. Il vaut mieux mentionner des exemples. On peut

utiliser une orange comme simulateur, quand les étudiants l'utilisent pour s'exercer à faire des piqûres. Dans ce cas l'orange simule la peau et la chair du patient. D'autres simulateurs sont utilisés pour former les pilotes à faire voler un avion. Ces simulateurs de vol ont toutes les commandes de l'avion et tous les instruments qui sont reliés par ordinateur pour reproduire le comportement de l'avion. Donc les simulateurs peuvent être très compliqués et coûter très cher ou ils peuvent être très simples et être bon marché.

On peut acheter certains simulateurs. Par exemple un patient simulé en plastique peut être utilisé pour pratiquer l'insertion d'un tube endotrachéen. Pour les autres simulations on peut utiliser du papier et un crayon. Ceux-ci sont appelés les problèmes de direction du patient et sont décrits dans la section sur l'évaluation.

Le but principal des simulateurs (qu'ils soient simples comme des oranges ou très compliqués) est de donner à l'étudiant une certaine expérience et pratique avant de travailler avec du matériel plus onéreux ou avec des patients. Ils ne sont pas censés compléter la formation.

Un problème auquel doivent faire face les enseignants est que les simulateurs ne sont pas largement disponibles. A la place, il devra utiliser son imagination pour penser à des idées telles que l'orange qui sont utiles pour ses propres étudiants.

EXPERIENCE DU TRAVAIL

Peut-être la pratique la plus utile que puisse avoir un étudiant est en fait le travail lui-même. Naturellement les étudiants ne peuvent pas faire cela de façon non contrôlée.

Une façon consiste pour les étudiants à se joindre au personnel de soins de santé qualifié pour une certaine période. Idéalement un ou deux étudiants travaillent avec l'agent de santé qui a le plus d'ancienneté pour voir comment est fait le travail. Petit à petit l'agent de santé ou le superviseur va demander à l'étudiant de faire de plus en plus de travail. Tout le temps, le superviseur doit s'assurer que l'étudiant ne fait pas d'erreurs graves et qu'on lui rappelle ce qu'il fait bien, ce qu'il ne fait pas bien et comment les mauvais points peuvent être améliorés.

Cette expérience du travail est largement utilisée. Faire le tour des services ou s'attacher à un service sont des exemples de cette méthode. Au moins une école passe toute la deuxième année d'un programme couvrant trois ans à faire l'expérience du travail.

Bien que cette méthode soit largement utilisée, elle n'est pas toujours bien utilisée. Souvent le tour des services comprendra tant d'étudiants travaillant avec un enseignant que seulement un étudiant sur dix ou quinze pratiquent en fait une technique tandis que les autres se contentent de regarder. Ceci peut être très ennuyeux et même au mieux, cela n'est pas très efficace.

D'autres fois, l'enseignant peut passer trop de temps à parler et à démontrer. Ceci à nouveau empêche les étudiants d'avoir la pratique dont ils ont besoin.

A nouveau le tour des services ou l'expérience du travail peut tourner en une leçon théorique avec l'enseignant donnant simplement une conférence informelle

Malgré ces dangers l'expérience du travail peut être la méthode la plus forte pour aider les étudiants à apprendre les techniques, donc cela vaut la peine de faire des efforts pour que les étudiants puissent travailler avec du personnel qualifié. Cela vaut aussi la peine d'expliquer au personnel que le but est de fournir une pratique supervisée - non pas de simples leçons théoriques.

COMBIEN DE TEMPS EST REQUIS ?

Il est difficile de donner des réponses définitives quant au temps que doivent passer les étudiants pour apprendre les techniques. Il est presque certainement vrai que la plupart des programmes passent trop de temps sur la théorie de l'enseignement et pas suffisamment sur l'apprentissage des techniques et des attitudes. Pour de nombreuses tâches, les étudiants vont prendre deux à quatre fois plus de temps pour manier les techniques et apprendre les attitudes que pour apprendre les faits nécessaires. Il y a bien sûr des exceptions à cette règle générale. Mais l'implication est claire qu'une grande partie du temps doit être passée à pratiquer les techniques.

RESUME

Comment enseigner les techniques

1. Il est absolument essentiel d'enseigner aux étudiants la communication pertinente, les techniques cognitives et psychomotrices.
2. Les techniques sont en général enseignées en :
 - décrivant la technique
 - démontrant la technique
 - permettant à chaque étudiant de pratiquer la technique
3. Le jeu de rôle, les projets, les simulations et l'expérience du travail sont des façons permettant aux étudiants de pratiquer des techniques.
4. Probablement les deux tiers ou plus du temps de chaque cours pour les agents de santé devraient être passés à enseigner les techniques.

Annexe du moniteur 49 A

DISCUSSION DE GROUPE

La discussion de groupe est l'une des méthodologies les plus courantes utilisées dans la formation. C'est le processus de pensée à haute-voix ensemble, de partager des idées. Le moniteur commencera généralement une discussion en introduisant un sujet et en demandant aux participants de faire des commentaires sur le sujet. Ce procédé est répété jusqu'à ce que les participants deviennent impliqués dans leur propre discussion du sujet.

Quand utiliser la discussion de groupe

La discussion de groupe n'est pas toujours une méthodologie appropriée et le moniteur doit considérer le sujet devant être présenté. Est-ce que le sujet se prête à la discussion de

groupe? Est-ce qu'il est important que les participants partagent leurs idées et leurs expériences ? La discussion de groupe peut être utilisée quand :

- vous voulez que les participants fournissent des idées;
- vous voulez résoudre un problème
- vous voulez que les participants partagent des idées et des expériences l'un avec l'autre ;
- vous voulez que les participants fassent l'expérience de la tâche et des fonctions d'entretien qui se produisent quand les groupes travaillent ensemble (dans le but d'édifier un groupe) ;
- les participants semblent ne pas s'intéresser au sujet présenté ou à la méthodologie de conférence ; la discussion de groupe peut aider à raviver l'intérêt.

Préparation de la discussion de groupe

- Planifier les objectifs de la discussion. Quel est le but de la discussion ? Qu'est ce que la discussion va apporter aux participants ?
- Décidez comment vous allez évaluer la discussion. Si la discussion doit être évaluée de façon formelle par les participants, préparez les questions que vous poserez et prévoyez la façon dont vous allez passer en revue les réponses. Si l'évaluation doit être faite par l'équipe de formation, prévoyez un temps et mettez au point les questions qui seront discutées.
- Quelle technique allez-vous utiliser pour faciliter la discussion ? (Jeu de rôle, étude de cas, remue-ménages, questions ouvertes, analyse de la force sur le terrain, aides visuelles, sont des exemples.)
- Est-ce que la discussion doit prendre place en petits groupes et/ou en larges groupes ? Prévoyez comment vous allez procéder avec chacun.
- De quel matériel/aides visuelles aurez-vous besoin durant la discussion ? Assurez-vous qu'ils sont disponibles avant la présentation.
- Préparez une liste de questions ouvertes dont vous aurez besoin peut-être pour susciter l'intérêt de la discussion.

Questionner contre discussion de groupe

La discussion de groupe peut être difficile à utiliser efficacement. Une raison à cela est que certains moniteurs mélangent la discussion de groupe et les questions. Considérez les questions suivantes :

<u>QUESTIONS</u>	<u>DISCUSSION DE GROUPE</u>
a) poser une question ;	a) poser une question ;
b) obtenir une réponse du participant	b) obtenir une réponse ;
c) commenter sur la réponse	c) commenter sur la réponse ou demander à d'autres participants de commenter sur la

	réponse ("Que pensez-vous de cela ?" ; "Avez-vous eu une expérience similaire que vous aimeriez partager ?");
d) poser une autre question ;	d) obtenir les réponses des autres participants ;
e) répéter le processus.	e) poser d'autres questions liées au sujet jusqu'à ce que les participants soient impliqués dans leur propre discussion.

Questions fermées contre questions ouvertes

La discussion de groupe peut échouer si le moniteur pose la mauvaise catégorie de questions. Les questions fermées sont utilisées avec le plus d'efficacité quand vous voulez une réponse courte et spécifique. Utilisez les questions ouvertes quand vous voulez que les participants soient impliqués dans la discussion de groupe.

Exemples de questions fermées :

- "Etes-vous d'accord avec cette déclaration ?
- "Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?"
- "Pensez-vous que la formation soit difficile ?

Exemples de questions ouvertes :

- "Quels sont vos sentiments à cet égard ?
- "Quelle expérience avez-vous eue avec ceci ?"
- "Que ferez-vous si cela se produit ?

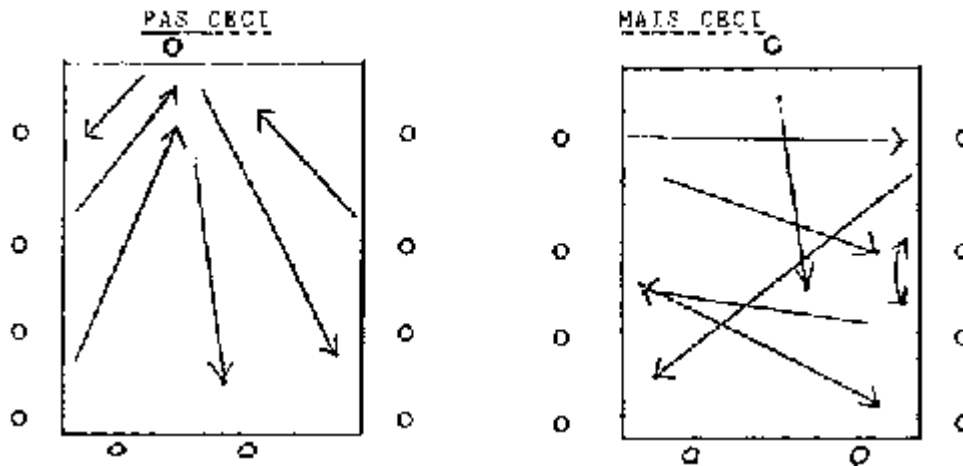
Conseils généraux sur l'utilisation des questions

1. Les questions doivent être brèves, claires et composées de mots simples.
2. Les questions directes devraient être distribuées au hasard. Un ordre fixe, par exemple, dans le sens des aiguilles d'une montre autour du groupe, devrait être évité à tout prix. Elles devraient aussi être bien réparties parmi les différents membres du groupe.
3. Les questions devraient, dans la mesure du possible, couvrir un seul point.
4. Les questions devraient quand cela est possible, être liées à la capacité et à l'expérience de la personne à laquelle elles sont adressées.
5. Ayant posé la question, donnez aux membres du groupe le temps de réfléchir avant d'attendre la réponse.
6. N'utilisez pas des questions théoriques ou des questions tendancieuses pour essayer de sortir d'une situation difficile ou embarrassante dans le groupe. Cela ne fera qu'empirer la situation vraisemblablement.

Utiliser les questions pour établir un bon schéma de discussion

Finalement, sur l'utilisation des questions, voici deux diagrammes qui donnent une vue à vol d'oiseau du schéma de la discussion que nous essayons de réaliser.

Pas Ceci - Mais Ceci



Session 50

Prospectus 50 A

Prospectus 50 B

Prospectus 50 C

Prospectus 50 D

Prospectus 50 E

Annexe du moniteur 50 A

Prospectus 50 A

ETUDE EFFECTIVE DE GROUPE

Les chefs de groupe, les organisateurs et les membres du groupe veulent peut-être évaluer quelquefois la capacité du groupe à travailler de façon productive. Cette étude peut être utilisée par une personne ou plusieurs, en affichant les résultats et en les discutant vers la fin de la réunion.

Directives: Entourez la lettre en face de chaque rubrique de l'étude ci-dessous qui décrit le mieux les interactions du groupe.

Le barême utilisé est le suivant :

- A - Tous les membres du groupe
- B - La plupart des membres du groupe (deux-tiers ou plus)
- C - Environ la moitié des membres du groupe
- D - Quelques membres du groupe (un tiers ou moins)
- E - Personne de ce groupe

Durant cette séance (ou la séance la plus récente), combien de membres du groupe, vous compris :

1. Ont accordé la considération due à toutes les contributions	A	B	C	D	E
--	---	---	---	---	---

sérieuses des autres membres du groupe ?					
2. Ont vérifié (en paraphrasant etc) pour s'assurer qu'ils savaient ce que cela signifiait réellement avant d'acquiescer ou de désapprouver ?	A	B	C	D	E
3. N'ont parlé que pour eux-mêmes et ont laissé les autres parler pour eux ?	A	B	C	D	E
4. Ont passé en revue toutes les contributions comme appartenant au groupe, pour être utilisées ou non suivant ce que le groupe a décidé ?	A	B	C	D	E
5. Ont eu la possibilité de participer au groupe s'ils le souhaitaient ?	A	B	C	D	E
6. Ont essayé de trouver la raison si le groupe avait des problèmes pour accomplir le travail ?	A	B	C	D	E
7. Ont aidé le groupe à prendre des décisions ouvertement plutôt que par défaut ?	A	B	C	D	E
8. Ont aidé à exposer un conflit pour que le groupe puisse le résoudre?	A	B	C	D	E
9. Ont considéré le comportement qui entrave le processus de groupe en tant que problème de groupe plutôt qu'en tant que "membre à problèmes" ?	A	B	C	D	E

Prospectus 50 B

FEUILLE DE TACHES

SUJET ECHANTILLON I:	LE DISPENSAIRE DE VOTRE COMMUNAUTE VIENT D'ETRE SELECTIONNE POUR SERVIR DE MODELE PILOTE POUR LA DISTRIBUTION DES SACHETS DE SRO. LE MINISTERE REGIONAL DE L'OFFICE DE LA SANTE VOUS A INFORME VOUS ET VOTRE EQUIPE QUE 50.000 SACHETS ALLAIENT ARRIVER DANS QUELQUES JOURS ET QUE VOUS DEVEZ DECIDER COMMENT VOUS ALLEZ LES DISTRIBUER DANS VOTRE REGION ET QUELS SERONT LES DESTINATAIRES EN PRIORITE. VOUS AVEZ 15 MINUTES POUR ACCOMPLIR CETTE TACHE.
SUJET ECHANTILLON II:	VOTRE COMMUNAUTE VIENT DE RECEVOIR DES FONDS S'ELEVANT A \$ 500 POUR LE PROGRAMME D'EDUCATION POUR LA SANTE DES UNITES ISOLEES. DECIDEZ DE TROIS PRIORITES POUR DEPENSER CET ARGENT ET AFFECTEZ UN POURCENTAGE DES FONDS

1 HARMONISATION - Tentatives de réconciliation en cas de désaccord ; réduction des tensions.									
2. SURVEILLANCE DES ENTREES - aider à garder les filières de communications ouvertes ; faciliter la participation des autres.									
3. ENCOURAGEMENT - être amicale, chaleureux et attentif aux autres ; approbation verbale nu non-verbale nu acceptation par des expressions.									
4. COMPROMIS - admettre l'erreur ; modifier dans l'intérêt de la cohésion du groupe nu de sa croissance.									
5. TEST ET ETABLISSEMENT DES NORMES - tester pour voir si le groupe est satisfait de ses procédures ; faire remarquer les normes explicites nu implicites qui ont été établies.									
6. RESSENTIR ET EXPRIMER DES SENTIMENTS - ressentir un sentiment, une humeur, établir des relations au sein du groupe ; partager ses sentiments avec s'autres membres ; solliciter les sentiments des autres.									

Prospectus 50 E

LE PROCESSUS DE PRISE DE DECISION

Nous vivons et travaillons tous en groupe et sans aucun doute avons fait l'expérience de difficultés quand il s'agit d'arriver à des décisions de groupe. Certains groupes ont tendance à s'effondrer quand ils sont confrontés à une décision pour laquelle l'unanimité est requise. D'autres s'embourbent dans d'interminables discussions sur des points mineurs nu des questions subalternes ne relevant pas du sujet. Ou encore d'autres essaient d'échapper à leur anxiété avec "Les règles de l'ordre de Robert", en votant, nu en demandant au "président" d'établir le contrôle.

Dr. Kenneth Benne (1960) a analysé les raisons prévalentes des groupes ayant des difficultés lors de la prise de décision et a identifié les six blocs suivants pour la prise de décision en groupes.

1 Perception contradictoire de la situation

Si les membres du groupe considèrent le problème qu'ils ont sous la main de différentes façons, la communication peut être entravée, ce qui peut provoquer la dislocation du groupe.

2. Peur des conséquences

Les conséquences possibles d'une décision imminente peuvent accabler un groupe. Les pressions extérieures sur des individus ou sur tout le groupe peut exercer un effet paralysant sur sa capacité à prendre une décision.

3. Loyautés contradictoires

Chaque membre du groupe appartient à un nombre de petits groupes différents de celui auquel il appartient à l'heure actuelle. Ces adhésions multiples peuvent fonctionner comme des ordres du jour cachés ou des pressions contradictoires dans le groupe chargé de la prise de décision.

4. Conflit interpersonnel

Les différences personnelles ou les conflits de personnalité peuvent provoquer l'agressivité, l'antipathie, et les discussions biaisées, empêchant de prendre une décision juste et sûre.

5. Rigidité méthodologique

De nombreux groupes sont tellement arrêtés sur "Les règles de l'ordre de Robert" ou sur des méthodes rigides similaires de prise de décision qu'ils sont empêchés d'inventer ou d'utiliser d'autres méthodes quand la nature de la décision exige l'unanimité.

6. Direction inadéquate

Quand tout le groupe ne partage pas les fonctions de direction et s'appuie trop fort sur un chef désigné (qui peut ou ne pas avoir les aptitudes nécessaires) alors aucune décision de groupe ne peut être prise et l'engagement et la responsabilité de toute décision s'en trouvent réduites.

TYPES DE DECISIONS

Les types de prise de décision suivants nous sont tous familiers :

1 Fiasco

Une décision suggérée par un individu à laquelle il n'y a pas de réponse (par exemple, "Je suggère que nous mettions cette question de côté...." silence).

Auto-autorisation

2. Une décision prise par un individu qui assume l'autorité (par exemple, "Je pense que nous devrions tous écrire nos idées au tableau," -et qui s'arrange pour être le premier à le faire).

3. La poignée de main

Une décision prise par deux ou plusieurs membres du groupe qui joignent leurs forces ou décident du sujet à l'avance (par exemple, "Ça c'était un commentaire utile, John. Oui, c'est le cours que l'on va suivre.")

4. Appât

Une décision prise sous la pression de ne pas désavouer (par exemple, "Personne n'est contre, n'est-ce pas ?) ou une décision prise sous la pression d'acquiescer (par exemple, "Nous sommes tous d'accord, n'est-ce pas ?).

5. Règle de la majorité

Une décision prise par une forme de vote quelconque.

6. Unanimité

Une décision prise par consentement unanime et manifeste, souvent sans discussion. Jusqu'au point où chacun est d'accord ouvertement, c'est probablement la meilleure décision. Ceci n'est pas nécessairement l'unanimité, mais cela constitue un accord de base par tous les membres du groupe.

7. Sondage

Une décision prise par une forme de vote qui interroge, "Voyons quelle est la position de chacun." -et puis passe au compte de la décision déjà exprimée de la majorité.

8. Consensus

Une décision prise après avoir permis à tous les aspects de la question, à la fois positifs et négatifs, d'être avancés.

Annexe du moniteur 50 A

PETITE CONFERENCE SUR LES ROLES ET LES DIMENSIONS DU GROUPE

TACHE, ENTRETIEN, ET DIMENSIONS INDIVIDUELLES DES GROUPES

1. Chacun d'entre nous de temps à autre se trouve dans un groupe qui n'a bien été affecté à une tâche ou n'en assume une. c'est le souhait du groupe de tendre à la réalisation de sa tâche.

2. Ceci peut être réalisé uniquement si le groupe réussit en quelque sorte à maintenir le groupe en tant que groupe.

3. De plus, le groupe doit, d'une certaine façon, répondre aux besoins de ses membres individuels.

4. Si les trois facteurs ci-dessus sont réalisés effectivement, le groupe performera de façon compétente.

La "Tâche" (T) d'un groupe porte sur le travail du groupe, tandis que "L'entretien" (E) a trait aux inter-relations des membres au sein du groupe, et (I) aux relations entre le groupe et les membres individuels.

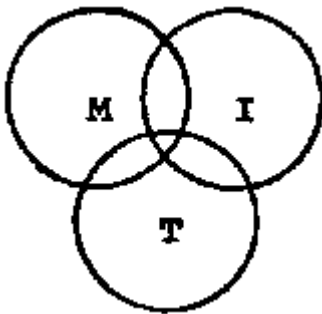
Il est évident que la tâche est un aspect très important de la vie du groupe et ne doit pas être considérée comme accidentelle. D'autre part, pour qu'un groupe accomplisse cette tâche, il doit former un tout. Les individus en groupes ont des besoins personnels de se

sentir acceptés et d'être impliqués dans la prise de décision. Lorsqu'on travaille sur des tâches, on peut devenir insensible à ces besoins ou d'autres exprimés verbalement ou de façon symptomatique par le truchement d'une action de petits groupes au sein du groupe de travail. Notre insensibilité entraîne le blocage de l'action de groupe. Alors souvent nous devenons conscients du besoin de maintenir le groupe ou bien il n'y aura plus de groupe pour accomplir la tâche (nu, si elle est accomplie, elle le sera au détriment de la performance et de l'efficacité). Donc nous sommes au sein de la tension entre les tâches spécifiques et objectives pour lesquelles le groupe existe et la question importante de prendre soin des membres du groupe pour que le groupe fonctionne effectivement.

Dans les groupes, certains comportements de direction peuvent être identifiés permettant à un groupe d'accomplir sa tâche et ses fonctions d'entretien. Quand ces comportements sont performés par les membres, l'efficacité du groupe augmente.

Les groupes fonctionneront vraisemblablement avec une efficacité maximum quand tous les membres exécutent à la fois la tâche (T) et les fonctions d'entretien (E.), et les considèrent comme leur responsabilité plutôt que la responsabilité seule du chef désigné.

Les groupes



CONTENU ET NIVEAUX DES PROCESSUS DANS LES GROUPES

CONTENU

On peut penser que le contenu est une matière que le groupe discute, c'est-à-dire, des idées, des notions, des propositions, des opinions, des faits, etc..- Ce qu'un secrétaire efficace noterait par écrit.

PROCESSUS

On peut considérer le processus comme les facteurs sous-jacents qui existent dans une situation de groupe, c'est-à-dire, les relations inter-personnelles, les sentiments, les attitudes, la façon de traiter les désaccords et les accords, le ton général et le climat- comment le groupe fonctionne.

Quand on observe ce dont parle le groupe, on focalise sur le contenu. Quand on essaie d'observer comment le groupe traite ses communications c'est-à-dire, qui parle pendant combien de temps ou qui parle à qui, nu quelle tâche et quelle fonction d'entretien sont performées, nous focalisons sur le processus de groupe.

Ces deux dimensions jouent un rôle important pour déterminer le degré de succès du groupe. Comme l'un poursuit un niveau de discussion du contenu, il est utile de remarquer le processus par lequel de telles questions sont traitées. En reconnaissant ces dynamiques et en les utilisant avec aptitude en tant que ressources de groupe peut aider énormément la performance du groupe et augmenter la satisfaction des membres du groupe.

Session 51

Prospectus 51 A

Prospectus 51 B

Prospectus 51 C

Prospectus 51 D

Prospectus 51 E

Prospectus 51 F

Prospectus 51 G

Prospectus 51 A

INVENTAIRE DU STYLE DE FORMATION

De façon à déterminer vos préférences pour établir le climat d'un évènement de formation, réfléchissez à la façon dont vous voudriez qu'un évènement de formation se passe... un évènement de formation qui serait une expérience d'enseignement positive pour vous en tant que participant..un évènement qui vous serait facile à diriger en temps que moniteur. Lisez chaque énoncé et décidez si cela s'applique à l'expérience en question. Si c'est le cas, cachez le chiffre dans l'espace laissé à cette intention. Si l'énoncé ne décrit pas votre évènement de formation, laissez le en blanc. Une fois que vous avez complété tous les énoncés, revenez en arrière et encerclez les dix (10) énoncés qui sont les plus significatifs pour vous.

1. Le moniteur devrait présenter le matériel du sujet durant le groupe de travail.
2. Le moniteur devrait participer aux exercices d'enseignement avec les participants du groupe de travail
- 3 Le moniteur devrait concevoir toutes les activités pour le groupe de travail.
4. Les participants devraient souvent critiquer le travail des uns et des autres avec peu ou pas du tout de direction de la part du moniteur.
5. Les participants et le moniteur devraient partager la responsabilité du matériel du sujet.
6. Les participants devraient explorer leur curiosité et travailler pour se satisfaire eux-mêmes avec peu de direction de la part du moniteur
7. Le rôle principal du moniteur devrait être d'encourager les participants à continuer à travailler ensemble, en explorant les alternatives et en tendant vers leur propres objectifs.

8. Le moniteur devrait se sentir à l'aise pour faire part aux participants du plan bien détaillé et de l'organisation du groupe de travail.
9. Les participants devraient être encouragés à développer des moyens d'accomplir leur propres objectifs, même si cela signifie changer en quelque sorte le plan du groupe de travail.
10. Le moniteur devrait prendre les décisions concernant le matériel à utiliser pendant le cours.
11. Le moniteur devrait accepter les idées des participants et leurs pensées, même s'il nu si elle n'est pas d'accord, nu sait qu'ils ont tort.
12. Les participants sont censés partager la responsabilité avec le moniteur pour adapter le groupe de travail à leurs besoins.
13. Le moniteur peut ne pas en savoir autant sur le sujet que les participants.
14. Le moniteur devrait permettre aux participants de prendre la plupart des décisions quant à la réussite nu à l'échec au groupe de travail.
15. Le moniteur devrait favoriser les commentaires des participants et les encourager à exprimer leurs besoins durant le groupe de travail pour influencer une grande partie de la conception.
16. Les participants devraient pouvoir évaluer leurs propres progrès durant le cours.
17. Le moniteur devrait permettre aux participants de déterminer combien de temps doit être alloué à chaque sujet.
18. Les participants doivent passer une grande partie de leur temps à apprendre d'après les cours et les exercices bien exécutés du moniteur.
19. Les participants sont censés défier les idées du moniteur.
20. On dit exactement aux participants ce qu'ils peuvent attendre du groupe de travail.
21. Le moniteur ne devrait pas rester dans la pièce pendant les discussions du petit groupe.
22. Les discussions des participants doivent toujours être strictement contrôlées pour que le temps soit utilisé judicieusement.
23. Le moniteur ne devrait pratiquement jamais faire des "inputs" substantifs. Il ou elle n'est pas censé (e) tout savoir sur le sujet.
24. Le moniteur devra assumer l'entière responsabilité des activités d'enseignement.
25. On doit demander aux participants d'aider à concevoir le groupe de travail.
26. Les participants doivent s'appuyer sur la connaissance du moniteur pour les nombreuses réponses substantives qu'ils recherchent.

27. Le moniteur devrait décider si le cours a été une réussite et dans quelle mesure .

28. Les participants devraient définir les sujets et les questions devant être couvertes durant le groupe de travail ; ils devraient être responsables des réponses. Le moniteur se contenterait de faciliter les choses.

29. Le participant avec son chef et le personnel de formation devraient décider si le participant trouverait le cours bénéfique. Cela convenu, le participant se devrait d'assister au cours.

30. Le participant devrait décider si le cours est bénéfique, et devrait être libre de partir durant le cours s'il nu elle pense qu'il n'est pas utile.

Directives : Vérifiez pour voir si vous avez encerclé 10 rubriques sur l'inventaire. Comptez le nombre de rubriques que vous avez encerclées qui tombent dans la colonne A et écrivez le nombre en bas. Faites la même chose pour les colonnes B et C.

	A	B	C
1.	--		
2.		--	
3.	--		
4.			--
5.		--	
6.			--
7.		--	
8.	--		
9.			--
10 .	--		
11.		--	
12.		--	
13.			--
14.			--
15.		--	
16.			--
17.			--
18.	--		
19.		--	
20.	--		
21.			--

22.	--		
23.			--
24.	--		
25.		--	
26.	--		
27.	--		
28.		--	
29.		--	
30.			--
Totaux	A.--	B.--	C.--

Prospectus 51 B

FEUILLE D'INTERPRETATION DE L'INVENTAIRE DU STYLE DE FORMATION

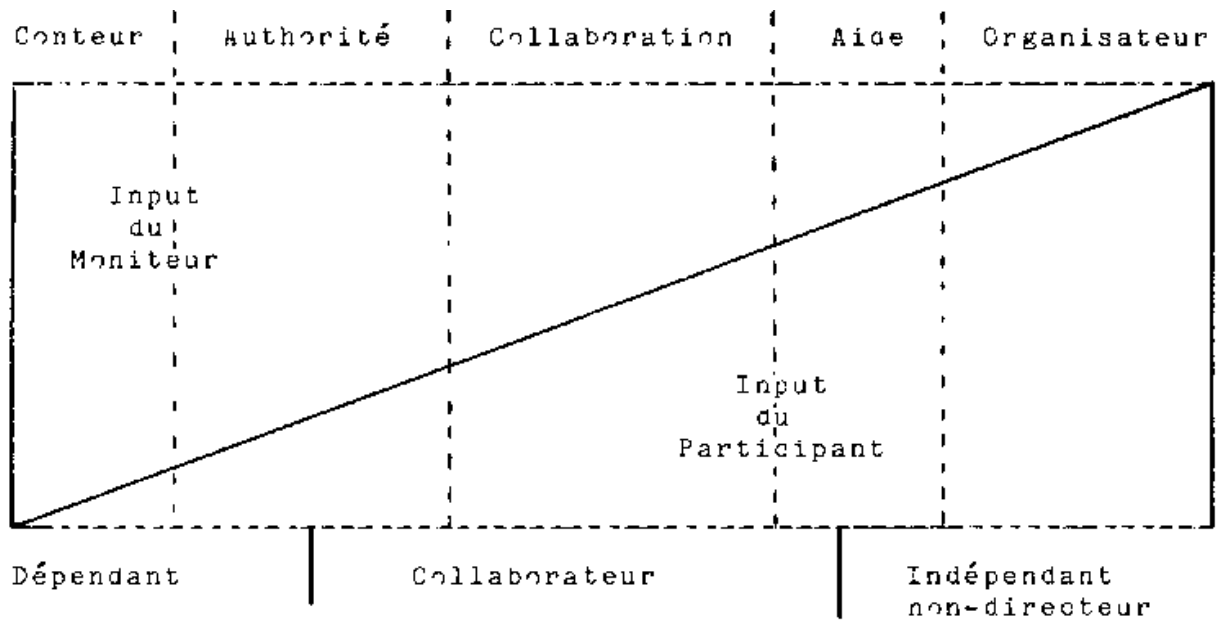
COLONNE	STYLE DE L'ELEVE	BESOINS DE L'ELEVE	ROLE DU MONITEUR	COMPORTEMENT DU MONITEUR
A	DEPENDANT (peut se produire durant des cours d'introduction, nouvelles situations de travail, cours de langues, cours où l'élève a peu ou pas d'information lors du démarrage du cours).	structure direction renforcement externe encouragement estime de l'autorité	directeur expert autorité	enseigner démontrer affecter vérifier encourager tester réenforcer transmettre le contenu classer concevoir le matériel
B	DE COLLABORATION (peut se produire quand l'élève a déjà une certaine connaissance, des informations, des idées et aimerait les faire partager ou les essayer)	interaction pratique sondage de soi et des autres observation participation défi des paires estime des paires expérience	collaborateur co-élève établir l'environnement	provoquer l'interaction questionner fournir des ressources modeler fournir des informations en retour coordonner évaluer gérer observer le processus

				classer
C	INDEPENDANT (peut de produire quand l'élève a beaucoup plus de connaissances et d'aptitudes en début de cours et veut continuer à chercher lui-même ou a eu des expériences couronnées de succès lorsqu'il a su faire face seul à de nouvelles situations; pense que le moniteur ne peut pas lui offrir autant qu'il/elle souhaiterait).	conscience interne expérience temps Appui sans jugement	Organisateur	permettre fournir les informations en retour exigées fournir les ressources consulter écouter négocier évaluer déléguer

Prospectus 51 C

CONTINU DES STYLES DE FORMATION

Continu des styles de formation



Prospectus 51 D

PHASES D'IDENTITE DE GROUPE D'UNE FEUILLE DE CROISSANCE DE GROUPE

Durant chaque interaction de groupe, trois types de besoins sont présents : les besoins individuels, les besoins du groupe, et les besoins des tâches. La longueur de temps passé sur chaque type de besoins dépend de nombreuses variantes, l'une des principales étant la phase de développement du groupe.

I (Besoins personnels):	S'orienter vers le groupe, trouver si on peut répondre aux besoins de chacun.
WE (Besoins du groupe):	Développer les rôles utiles de l'adhésion, les règles de base, les procédures et les structures de groupe au fur et à mesure que des besoins émergent.
IT (Tâche du groupe):	Focaliser sur les objectifs sur lesquels on est tombé d'accord.

Le diagramme suivant décrit différents stades de l'évolution du groupe :

Longueur relative du temps passé sur chaque type de besoin (par phase) :

Phase I : Orientation, test et dépendance



Phase II : S'organiser pour faire le travail, conflit à l'intérieur du groupe.



Phase III : Flux d'informations, Cohésion de groupe



Phase IV : Résolution des problèmes, interdépendance.



Prospectus 51 E

DIRECTIVES POUR MENER LA DISCUSSION A L'INTENTION DES MONITEURS.

La discussion est un moyen important pour permettre aux participants de prendre part à la formation. Ils mesureront le succès d'un événement de formation selon leur propre implication et la satisfaction qu'ils accomplissent en participant à une discussion significative. La communication est une voie à deux sens. Les cours et les exposés ne sont jamais aussi satisfaisants que les séances interactives quand chacun "participe à l'acte". Votre rôle, alors, est de :

- stimuler la discussion avec des questions provocatives qui sont utilisées pour initier la pensée et maintenir une interaction vivante.
- maintenir la discussion significative (c'est-à-dire, pertinente pour la majorité des participants et spécifique des objectifs et de l'ordre du jour.).
- obtenir une implication plus large et susciter la réflexion d'autant de participants que possible.
- fournir les faits, la politique, et l'expérience du sujet comme requis (de vous-même ou d'autres personnes du groupe).

En plaçant ce rôle dans la perspective la plus large, vous êtes un catalyseur, stimulant et guidant la discussion, suggérant sa direction plutôt que pousser ou tirer, parlant avec les participants plutôt qu'à eux, servant de ressource ou de consultant ou de catalyseur mais sans jamais dominer ni faire la leçon. Avec ce rôle à l'esprit, examinons certaines suggestions sur la façon d'améliorer votre efficacité en tant que leader de la discussion.

Dans pratiquement chaque groupe de travail, il y a quelques participants qui disent ce qu'ils pensent, qui répondent à toutes les questions et continuent la discussion entre eux. Ce n'est pas leur intention d'exclure les autres ; plutôt c'est la nature de la composition du groupe qui veut que certains soient actifs et d'autres passifs. Votre rôle n'est pas facile : d'une part, vous ne devez pas permettre à quelques-uns seulement de répondre à toutes les questions ; d'autre part, vous ne voulez pas embarrasser ceux qui ne participent pas. Il n'est généralement pas recommandé de dire, "Paul on ne vous a pas entendu aujourd'hui. Que pensez-vous de cela ?" Une meilleure approche consiste plutôt à dire : "Paul, vous avez eu une grande expérience de ce genre de problème dans votre département. Quel est votre avis ?"

L'une de vos raisons les plus fréquentes pour utiliser ces questions est de diriger l'attention du groupe vers des questions qu'ils ne prennent pas en considération. Comme nous l'avons mentionné auparavant, toutefois, vous ne voulez pas penser à la place de vos participants. Vous voulez plutôt les mettre sur la voie avec un indice subtil pour leur permettre de découvrir par eux-mêmes la question qui leur a échappé. Voici quelques suggestions sur la façon dont on peut utiliser les questions à la place d'énoncés directs :

SITUATION	QUESTION ECHANTILLON
Les participants s'attardent sur une	"Quelle importance doit-on accorder selon vous à

question de peu d'importance.	cette question ?"
Toutes les informations disponibles n'ont pas été données ; vous voulez le leur rappeler sans les "diriger".	"Je me demande si nous avons toutes les informations requises pour arriver à une décision ?"
La discussion s'éloigne du point ; vous voulez l'y ramener.	"Quel est le point que nous sommes en train de considérer ?"
Un résumé du consensus du groupe est requis avant de continuer.	"Je me demande si quelqu'un pourrait résumer au tableau peut-être les points sur lesquels nous sommes tombés d'accord et ceux sur lesquels nous ne le sommes pas ?"
Vous pensez que le groupe n'est pas prêt à agir.	"Quand pensez-vous que nous serons prêts à prendre une décision et à agir ?"
Deux factions opposées ont des difficultés pour tomber d'accord.	"Où entre ces deux points de vue se situe le meilleur cours à suivre ?"
Le groupe a des préjugés ou agit dans son propre intérêt.	"Comment est-ce que notre propre intérêt quant au résultat nous fait passer outre l'intérêt des autres groupes de superviseurs ?"

Vos participants vont varier au point de vue faculté verbale. Certains n'ont aucune difficulté à traduire leurs pensées en mots et à transmettre leurs idées au groupe. Ils aiment participer. D'autres ont moins de facilité pour s'exprimer, ou n'ont peut-être pas d'organisation, ou se sentent intimidés par la présence des autres. c'est votre travail de "traduire". Certaines des phrases dont la liste est donnée ici peuvent suggérer des façons de le cela avec du tact sans embarrasser le participant:

- Si je vous comprends bien, Frank, vous dites que... (vous refaites l'énoncé)
- Assurons-nous que chacun comprend votre point de vue Janet. Voulez-vous le résumer pour nous (le participant refait l'énoncé).
- Je ne suis pas sûr de comprendre le point de vue de George. Est-ce que l'un d'entre vous veut bien l'éclaircir pour moi ? (un autre participant refait l'énoncé).
- Ce que vous dites, Madame Thomkins soulève une question ou deux dans mon esprit. Par exemple, est-ce que vous ... (Question directe)
- Que pensez-vous, vous autres, des commentaires de Phil ? (Leurs informations en retour diront à Phil ce qu'ils ont et ce qu'ils n'ont pas compris.)

Rappelez-vous que la personne qui n'arrive pas à transmettre son point de vue n'est pas toujours consciente de son problème. Vous êtes dans une meilleure position pour remarquer que d'autres dans le groupe n'ont pas compris. c'est pourquoi il est important que vous recherchiez la clarification d'une manière qui n'offense nu n'embarrasse personne.

Et la personne qui a besoin d'aide. Que dire du participant qui fait des digressions et des déclarations inutiles et élabore, qui épuise le sujet (et le public avec) ? Vous devez l'interrompre ; autrement cette personne va garder la parole, monopoliser la réunion et faire perdre un temps précieux. Vous pouvez le faire taire avec beaucoup de tact avec quelque chose comme ceci : "Bonne idée, Harry, voyons ce qu'en pense le reste du groupe, nu s'il y a d'autres points de vue que l'on devrait entendre avant de prendre une décision.."

Votre tâche la plus importante en tant que moniteur est de voir que les participants ne s'embourbent pas dans des détails superflus d'une part, et ne deviennent pas superficiels d'autres part en étant prêt à accepter des solutions (aperçus, principes, etc...) qui ne sont que partiels parce qu'ils n'arrivent pas à prendre en considération toutes les questions ou toutes les informations. Parce que vous avez eu davantage de temps et d'expérience que vos participants pour explorer les problèmes actuels, vous serez tenté naturellement d'être impatient et de "donner les solutions correctes" nu le résultat que vous cherchez. Mais cela n'aide pas à développer la faculté de vos participants à penser de façon critique, à résoudre les problèmes nu à prendre des décisions. Pas plus que cela ne permet d'obtenir leur engagement par le truchement de l'implication.

N'importe quelle question que vous posez a un biais incorporé et donne aux participants un indice quelconque quant au type de réponse que vous cherchez. La question, "George, pensez-vous que nous devrions avoir une meilleur système d'évaluation de la performance que l'ancien qui est utilisé actuellement ?" présente un certain biais - elle laisse entendre à George que vous vous attendez à une réponse affirmative de sa part. En fait, n'importe quelle question qui n'a que deux réponses (par exemple, oui-non, vrai-faux, fait-ne fait pas, plus-que moins-que, etc.) est tendancieuse de par sa nature même, du fait qu'il y a souvent d'autres alternatives qui ne sont pas présentées - la vérité réside souvent dans la région grise entre le noir et le blanc.

Ceci ne veut pas dire que les questions oui-non ne sont pas utiles durant une réunion. En fait leur utilisation majeure vient de leur capacité à polariser.. A diviser le groupe en deux sur une question. Au fur et à mesure que les participants discutent ces deux côtés, ils arriveront à la conclusion que la vérité se trouve quelque part entre les deux. Ce type de comportement se produit dans des activités telles que les négociations de prix, les procédures de plaintes et d'arbitrage, l'évaluation de la performance.. en bref, dans n'importe quelle activité où il y a à prendre et à donner et où le succès du résultat n'est possible que par le truchement d'un compromis.

Pratiquement toute question posée au groupe aurait pu être énoncée de manière différente, selon combien de biais nu de direction vous souhaitez donner au groupe. Sur le tableau ci-dessous, vous pouvez voir une comparaison entre l'énoncé des mêmes questions avec nu sans directive.

AVEC DIRECTIVE	SANS DIRECTIVE
"Suis pas d'accord sur ce point Bob."	"Que pense le reste d'entre vous sur le point que Bob vient de mentionner ?"
"Agnès, ne pensez-vous pas que cela soit hors du sujet ?"	"Agnès, en quoi cela est-il relié au sujet dont nous parlons ?"

Vous n'avez aucun fait permettant d'appuyer cette position, n'est-ce pas ?" (On implique fortement une réponse <u>négative</u>)	"Écoutons maintenant certains des faits qui appuient cette position."
"Je pense que nous sommes tous d'accord pour recommander ce programme à la direction."	"Sommes nous prêts à faire une recommandation à la direction ?"
	OU
	"Quelles choses spécifiques sommes nous prêts à recommander à la direction ?"
"Pensez-vous que les employés accepteront les nouvelles têtes que cette fusion va amener ?"	"Comment pensez-vous que les employés vont réagir aux nouvelles têtes ?"
(On implique fortement une réponse <u>négative</u>)	

Prospectus 51 F

CO-FORMATION

La co-formation ajoute considérablement à l'efficacité des programmes de formation et des groupes de travail. En fait, si un programme est basé sur les principes de l'éducation des adultes (par exemple, l'enseignement actif, la connaissance à haute participation et l'expérience partagée entre tous, etc.) et utilise la méthodologie de la formation expérimentale, la co-formation est un "must". Dans cette section, la co-formation sera définie, et on fera remarquer ses avantages et ses inconvénients.

La co-formation - Qu'est-ce que c'est ?

Il y a co-formation lorsque deux moniteurs (ou plus, mais en général ce n'est pas le cas) travaillent ensemble pour concevoir et diriger une séance de formation ; toutefois, cela ne consiste pas seulement à travailler chacun son tour. Ce sont deux moniteurs qui font fusionner leurs techniques, leur aptitudes et leur expérience pour concevoir, prévoir et diriger une séance de formation conjointement.

Les deux moniteurs travaillent en collaboration pour concevoir une séance de formation en associant les idées de chacun pour déterminer ce qu'ils veulent accomplir durant la séance et quelles seraient les meilleures méthodes à utiliser. Une fois la conception préparée, les moniteurs alors prévoient qui sera chargé de diriger telle partie de la séance. Un moniteur prend la responsabilité de diriger une partie de la séance et l'autre sert de co-

moniteur. La co-formation n'implique pas un statut particulier ou une différence de niveau des aptitudes entre les deux moniteurs. Il y aura peut-être des différences de niveaux en ce qui concerne les aptitudes et qui devront être considérées pour déterminer qui fait quoi ; toutefois, la co-organisation n'est pas destinée à établir un projet comprenant un moniteur principal et un subalterne.

Prendre la responsabilité principale signifie qu'un moniteur a la responsabilité d'initier toutes ou la plupart des étapes de la séance de formation, assignant un rôle dans la mesure où c'est approprié à l'autre moniteur, s'assurant que la salle de formation est en ordre pour la séance, organisant les prospectus et le matériel de formation ainsi que les aides, contrôlant le temps par rapport à la conception et ainsi de suite. Ceci ne veut pas dire que le co-moniteur ne fait rien de cela ou n'aide pas ; cela signifie qu'un moniteur prend la responsabilité principale pour voir que toutes ces responsabilités sont exécutées par l'équipe. Typiquement, la responsabilité principale passe d'un moniteur à l'autre au cours de la séance. C'est une bonne chose d'établir avec le groupe le status ex-aequo des deux moniteurs.

Tandis qu'un moniteur est chargé de la responsabilité principale, le co-moniteur aide le moniteur principal de plusieurs façons parmi lesquelles : Il ou elle assiste le moniteur principal avec les responsabilités définies ci-dessus et, durant la séance, le co-moniteur observe le processus de près pour juger dans quelle mesure les buts de l'enseignement sont atteints, ajoute des points pertinents pour relever la discussion, des étapes pour clarifier les points, contrôle les tâches des petits groupes et apporte son aide aux groupes quand cela est approprié, aide à répondre aux besoins des participants ou à leurs demandes, pose des questions approfondies que le moniteur principal a pu laisser échapper parce qu'il/elle dirige toute la séance, aide le moniteur principal à se sortir d'une "impasse", facilite l'entrée dans la discussion d'un participant, etc..

De nombreuses interventions parmi celles-ci qui sont notées comme tâches du co-moniteur peuvent être faites et souvent le sont, par le moniteur principal également-toutefois, diriger une séance de formation où on se concentre sur différentes choses en même temps tandis qu'on est devant le groupe peut à l'occasion nous faire oublier un point opportun ou une question approfondie qui pourrait produire des résultats fertiles ou un participant timide qui essaye d'entrer dans la discussion depuis quelques minutes et a besoin d'un coup de pouce de la part du moniteur. Un co-moniteur peut parfaitement faire ces interventions parce qu'il/elle est en train d'observer la séance sous un angle différent et n'a pas la responsabilité du moniteur principal.

Quand deux moniteurs travaillent bien ensemble, l'échange de rôles et la synchronisation et le rythme de leurs interventions se produisent de façon fluide et pratiquement inaperçue de leurs participants.

AVANTAGES DE LA CO-FORMATION

Cet effort de formation à deux a de nombreux avantages en plus de ceux mentionnés dans la description de la co-formation ci-dessus :

1. Cela augmente le rapport moniteur/stagiaire ce qui est impératif dans la formation expérimentale car, contrairement à la formation plus traditionnelle, le format s'appuie sur

le fait que les moniteurs facilitent et travaillent étroitement avec des individus et des petits groupes pour diriger l'enseignement.

2. Permet de partager le travail et réduit la lassitude et la fatigue.
3. Fournit de la variété pour les participants du fait qu'il est facile de s'ennuyer en travaillant avec un seul moniteur.
4. Fournit un moyen plus rapide d'améliorer la séance de formation dans ce sens que les deux moniteurs analysent, évaluent et réfléchissent à des moyens de faire mieux la prochaine fois.
5. Permet aux moniteurs de discuter des séances ensemble et même de laisser échapper la vapeur provoquée par des problèmes de conception ou des participants difficiles.
6. En général fournit une approche d'équipe de la formation.

INCONVENIENTS

Certains des inconvénients de la co-formation sont les suivants

1. Cela prend généralement plus longtemps de prévoir et de discuter des séances avec deux moniteurs plutôt qu'avec un seul.
2. Cela peut prêter à confusion si les moniteurs ont des perspectives entièrement différentes sur le sujet traité, notamment si les moniteurs ne reconnaissent pas leurs différences.
3. Les moniteurs peuvent avoir des rythmes différents en ce qui concerne la marche et le positionnement des interventions et cela peut provoquer une tension pour l'équipe de formation ainsi qu'une "atmosphère tendue" durant les séances de formation.
4. La co-formation peut aboutir à trop d'interventions de la part des moniteurs quand les deux moniteurs se trouvent en concurrence pour savoir qui gardera la parole le plus longtemps ou en ajoutant trop souvent des points à leurs interventions.
5. Les co-moniteurs peuvent avoir des points forts et des points faibles semblables ce qui signifie qu'il se peut qu'ils souhaitent ou évitent tous deux la même chose durant la séance de formation.
6. La pression d'utiliser le temps de réunion du personnel pour aller de l'avant dans la conception et faire des changements de façon à atteindre les buts de la séance peut rendre difficile l'échange d'informations en retour mutuel des moniteurs et le maintien d'une relation de travail de qualité.

La plupart des inconvénients sont indicateurs d'une équipe qui ne travaille pas bien ensemble. De nombreux inconvénients parmi ceux-là peuvent être réglés si les moniteurs prennent le temps de définir leur relation de travail autour de points importants de formation, et s'ils allouent un certain temps pour entretenir les relations. Bien sûr, il est vrai que certains moniteurs ne devraient pas travailler ensemble. Si ce n'est pas le cas, nous pensons que le guide d'un co-moniteur attaché peut s'avérer utile comme moyen de

fournir une certaine structure qu'une équipe peut trouver utile lors de l'édification et du maintien d'une relation efficace de co-formation.

Prospectus 51 G

INSTRUCTION INDIVIDUALISANTE

VARIABLE	METHODES POUR INDIVIDUALISER L'INSTRUCTION
Contenu	<ol style="list-style-type: none"> 1. D'après un ensemble d'objectifs préparés, permettez aux étudiants en tant que groupe ou individus de sélectionner ceux qu'ils souhaitent réaliser. 2. Suggérez une vaste gamme de sujets pour des projets individuels ou encouragez les étudiants à sélectionner un projet basé sur leur propre intérêt. 3. Offrez des composantes de "lecture", "d'apprentissage" ou de "recherche supervisée". 4. Fournissez des segments avancés et/ou de repêchage pour différents niveaux d'étudiants. 5. Divisez la classe en petits groupes d'intérêt qui poursuivent différents sujets ou objectifs.
Séquence	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encouragez les étudiants en tant que groupe à choisir l'ordre dans lequel la classe va couvrir un ensemble d'objectifs. 2. Développez les paquets d'auto-instruction et encouragez les étudiants à étudier le contenu dans l'ordre qu'ils veulent.
Rythme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encouragez les étudiants à établir leurs propres délais pour atteindre des objectifs spécifiques ; par exemple, pour soumettre des morceaux d'une proposition de recherche. 2. Encouragez les étudiants à passer des tests et des examens quand ils se sentent prêts (plutôt qu'à un moment donné). 3. Assignez des unités d'instruction programmée pour que les étudiants travaillent à leur propre cadence.
Méthodes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablissez différentes "voies" ou façons permettant aux étudiants d'étudier les mêmes sujets. 2. Encouragez les étudiants à sélectionner les activités d'instruction qu'ils souhaitent poursuivre pour atteindre les objectifs.

Session 52

Prospectus 52 A

Prospectus 52 B

Prospectus 52 C

Prospectus 52 D

Annexe du moniteur 52 A

Prospectus 52 A

Tableau 8.3 Comment peut-on estimer l'impact de la formation sur la santé?

Type d'évaluation	Description	Questions spécifiques	Avantages	Inconvénients
A priori	Evaluation des plans de formation	Les agents de santé doivent-ils recevoir une formation? Les coûts prévus sont-ils raisonnables étant donné les autres priorités du programme?	Nécessite peu de recueil de données	En grande partie, une question de jugement: pratiquement inutile pour évaluer l'impact sur la santé
Processus	Comparaison des méthodes de formation et du contenu avec les normes	A-t-on enseigné aux stagiaires les bonnes techniques? Les techniques de participation et les techniques pratiques on-elles été utilisées de façon appropriée? Les moniteurs ont-ils été forés de façon adéquate?	On peut beaucoup apprendre à partir de l'observation non-quantitative	La relation du processus à l'impact sur la santé n'a pas été démontrée.
Rendement	Evaluation de la connaissance du stagiaire, de ses attitudes, et de ses techniques à la fin de la formation	Est-ce que les stagiaires ont appris les matières couvertes pendant le cours?	Peut être mesuré relativement objectivement	Le cours peut avoir inclus une connaissance et des techniques inappropriées
Rétention	Evaluation post-formation de la connaissance et des aptitudes des ASC (les matières couvertes durant le cours seulement)	Est-ce que les agents de santé de souviennent de ce qu'ils ont appris?	Donne à l'évaluateur une meilleure idée de l'impact potentiel sur la santé	La connaissance et les techniques retenues peuvent être inappropriées ou inadéquates pour les besoins sur le terrain Ce qui a été oublié a pu s'avérer inutile de toute façon

Performance	Evaluation de la faculté des ASC à répondre aux problèmes critiques de santé (tels que déterminés par les professionnels ou les résidents de la communauté)	La formation était-elle appropriée aux besoins sur le terrain? Est-ce que les agents de santé performant tels que la communauté le souhaite?	Résultats Utiles pour la planification du préservice futur et de la formation en service	La performance est difficile à évaluer objectivement et, en tout cas, la formation n'est peut être qu'un facteur mineur.
Connaissance , attitudes Pratiques (CAF)	Analyse de la connaissance et du comportement des résidents par rapport à la santé	Est-ce que la connaissance liée à la communauté a augmenté depuis la formation des ASC? Est-ce que les pratiques de santé se sont améliorées?	Est peut-être le meilleur substitut disponible pour mesurer l'impact sur la santé. Les résultats utiles pour la planification du préservice à venir et de la formation en service	Changements dans le CAP sont peut-être dûs aux facteurs non programmatiques
Impact sur la santé	Mesure du changement dans les taux de morbidité et de mortalité et attribution du changement à la formation des ASC.	Est-ce que la formation des ASC a amélioré l'état de santé de la communauté?	La question finale de l'évaluation du programme	L'état de santé est coûteux à mesurer et les attributions de la cause et de l'effet exigent l'utilisation du contrôle

Prospectus 52 B

Pré-et post-évaluation

Pré-évaluation

Une pré-évaluation est une évaluation menée avant que l'instruction commence pour déterminer ce que les stagiaires savent déjà sur le sujet et d'autres informations importantes sur les stagiaires.

Une bonne pré-évaluation devrait accomplir trois choses :

- Elle devra déterminer si oui ou non le stagiaire peut déjà accomplir l'activité que vous allez lui enseigner (l'action décrite dans l'objectif de comportement).
- Elle devra déterminer si oui ou non le stagiaire a les aptitudes nécessaires pour apprendre la nouvelle technique (si une aptitude quelconque est requise).
- Elle devra trouver suffisamment d'informations de base sur le stagiaire, en termes de quels sont ses intérêts, ses aptitudes et son expérience, de façon que le moniteur puisse mieux prévoir les activités d'instruction.

Le but le plus important de la pré-évaluation est simplement de déterminer si oui ou non le stagiaire sait déjà faire ce que le moniteur va enseigner. Bien trop souvent, un stagiaire est obligé d'assister à un cours dont il n'a pas besoin-uniquement parce que l'instructeur n'a pas pris le temps de déterminer ce qu'il pouvait faire.

Il est important que l'instructeur sache si oui ou non les stagiaires peuvent performer le comportement souhaité avant le cours de façon que lorsqu'ils le font correctement à la fin du cours, il sait que c'est grâce à son enseignement.

Il est aussi important d'éliminer de la classe ou affecter à des activités différentes les stagiaires qui savent déjà performer les techniques souhaitées, parce que les stagiaires qui s'ennuient à revoir des matières qu'ils connaissent déjà peuvent faciliter le développement de mauvaises attitudes chez les autres stagiaires dans la classe.

Si la plupart des stagiaires de la classe sont capables d'accomplir l'objectif, alors il faut le changer .

Exemple 1

Un instructeur a l'objectif : "les stagiaires seront capables d'utiliser le dessin en flanelle L'histoire des deux fils pour une réunion de groupe de villageois." Son pré-test consiste à leur demander s'ils peuvent utiliser le dessin de flanelle et comment se sont tenues les nombreuses réunions au village. Ils répondent tous qu'ils savent se servir du dessin de flanelle, mais sont hésitants en ce qui concerne les réunions. Il les divise alors en petits groupes et demande à chaque stagiaire de démontrer l'utilisation du dessin de flanelle. Comme ils le font tous de façon adéquate, mais semblent hésitants au sujet des réunions de groupes, il décide de ne pas passer davantage de temps à s'exercer avec le dessin de flanelle en classe mais de passer à la pratique sur le terrain et passer la plus grande partie du temps de formation à tenir des réunions de village.

Exemple 2

Lorsqu'il enseigne aux visiteurs de santé pour les femmes à poser des stérilets, l'instructeur découvre que l'un des stagiaires a déjà une grande expérience de ce genre de chose et le fait de façon experte. Donc, l'instructeur décide d'utiliser ce stagiaire comme instructeur pour les autres stagiaires, lui demandant de faire des démonstrations et de guider les autres.

Ce type de pré-test épargne en fait du travail à l'instructeur et profite aux autres stagiaires, parce qu'il n'a pas à perdre son temps à leur apprendre quelque chose qu'ils savent déjà.

Post-évaluation

La post-évaluation est le moyen de déterminer si oui ou non la formation a réussi à réaliser les objectifs de comportement énoncés au début du cours.

L'Évaluation correcte consiste à "tester les rubriques" ou "tester les procédures" qui reproduisent dans la mesure du possible l'action requise dans les objectifs de comportement. En d'autres termes, si nos objectifs énoncent ce que le stagiaire devrait pouvoir accomplir à la fin du cours, le stagiaire devrait exactement accomplir cela pour la post-évaluation.

Une bonne post-évaluation dira à l'instructeur si oui ou non son enseignement a été une réussite et quels étaient ses points forts et ses points faibles. Le but de cela est d'améliorer la formation pour la prochaine fois.

La post-évaluation est une partie critique d'une approche systématique de la formation. D'abord, vous devriez savoir où vous allez ; c'est-à-dire, énoncez vos objectifs de comportement. A la fin, vous devez juger si oui ou non vous êtes arrivé au but que vous aviez fixé d'atteindre. Vous utilisez alors l'information obtenue d'après l'évaluation pour décider comment améliorer les méthodes de formation.

Un instructeur mène une post-évaluation correcte quand il remplit les conditions suivantes :

- La post-évaluation consiste à tester les procédures ou les rubriques dans lesquelles le stagiaire performe le même comportement que celui décrit dans l'objectif de comportement.
- La post-évaluation doit avoir lieu après les activités d'instruction de cet objectif particulier. C'est -à-dire, que les stagiaires doivent avoir l'opportunité de pratiquer le comportement désiré avant d'être testés dessus. La pratique elle-même ne peut pas servir également de test.
- La post-évaluation doit tester tous les stagiaires. Chaque stagiaire doit démontrer son degré de réalisation de l'objectif.

Le point le plus important est le premier qui lie aux objectifs de comportement. Une fois que vous avez énoncé clairement ce que le stagiaire doit être capable de faire à la fin de sa formation, évaluez si oui ou non vous avez réalisé votre objectif peut être d'une grande précision. A la fin du programme de formation, demandez au stagiaire de faire la même chose. S'il peut faire cela correctement, alors votre formation est couronnée de succès ; s'il n'est pas en mesure de le faire alors vous devez améliorer votre formation.

Pensez-y en ces termes :

Lacune de la performance :	Le stagiaire ne peut pas faire XYZ ou une nouvelle tâche.
Objectif de comportement :	Le stagiaire sera capable de faire XYZ
Activité d'enseignement :	Le stagiaire s'exerce à faire XYZ.

Prospectus 52 C

METHODES D'EVALUATION

Dans les chapitres précédentes on a discuté des questions d'ordre général. On a expliqué qu'une bonne évaluation doit être économique, valide, sûre, et utile pour l'étudiant et l'élève. Ce chapitre décrit ensuite les méthodes spécifiques qui aideront à améliorer la façon dont vous évaluez vos étudiants. Les exemples de chaque méthode seront donnés et des commentaires seront faits sur la valeur de la méthode.

EXAMENS ORAUX

Dans un examen oral, un étudiant est interviewé par un ou deux examinateurs. En général, les examinateurs demandent à l'étudiant ce qu'il sait sur tel sujet ou ce qu'il ferait dans telle situation qui peut se produire dans son travail.

L'examen oral a certains avantages. Parce que l'examen est "en direct", l'examineur peut demander davantage d'informations détaillées et peut chercher à savoir ce que sait l'étudiant.

Toutefois, ceci n'est pas une méthode satisfaisante d'évaluation. Les étudiants sont souvent extrêmement anxieux devant les examinateurs - même si les examinateurs essaient d'être amicaux. Ceci provoque une tension injuste chez l'étudiant et tout à fait différente de celles qu'il rencontrera au cours de sa carrière. En conséquence de nombreux étudiants obtiennent des notes plus mauvaises que celles qu'ils méritent. Les examens oraux prennent beaucoup de temps et ont souvent été critiqués parce que les notes données ne sont pas fiables. De plus, l'oral ne teste pas les aptitudes importantes et n'aide pas à apprendre en général.

Donc vous ne devriez pas utiliser les examens oraux à moins d'avoir de fortes raisons bien spécifiques pour choisir cette méthode.

ESSAIS

Les essais ont été largement utilisés pour évaluer les étudiants dans les professions médicales. Mais à nouveau cette méthode a des inconvénients sérieux.

Dans un cours, on demanda aux étudiants d'écrire un essai sur "l'immunisation contre la polio". Ceci est un très mauvais test bien que le sujet soit vaguement connu des étudiants. (Les étudiants seront responsables de la vaccination contre la polio dans leur travail).

Le test est mauvais parce que :

- les étudiants ne savent pas ce que veut l'examineur. Doivent-ils décrire l'administration d'un programme d'immunisation ? Doivent-ils définir comment la vaccination empêche la polio ? Doivent-ils décrire les effets secondaires ? Et ainsi de suite.

- la note ne reflètera pas ce que sait l'étudiant. La raison est que, parce que le sujet n'est pas clairement défini, différents enseignants penseront que différents points sont les plus importants - et donneront des notes différentes en conséquence. La réussite à l'examen dépendra surtout de la personne qui sera chargée de noter la copie de l'étudiant.
- le test n'est pas valable. Les étudiants ne vont pas écrire des essais dans leur travail. Ils vont vacciner les gens. Donc il serait nettement préférable de tester les techniques vraiment importantes.
- cela prendra du temps de noter les essais - si les enseignants font bien leur travail.
- le test ne va vraisemblablement pas apprendre grand-chose aux étudiants.

Comment améliorer l'essai ?

Le premier point est de trouver une méthode d'évaluation différente - ceci est décrit dans les paragraphes suivants. Toutefois si un essai est utilisé vous devriez :

1. Rendre le titre plus spécifique - par exemple

"Décrire comment vous expliquerez aux mères pourquoi leurs enfants doivent être vaccinés contre la polio".

ou

"Expliquez comment le vaccin contre la polio doit être transporté et administré aux enfants.

Les titres des essais sont plus justes parce que les étudiants ont une idée claire de ce qu'ils doivent écrire. Deuxièmement, ils sont plus valables parce qu'ils demandent aux étudiants de décrire des techniques importantes.

2. Préparez un barème pour noter et suivez-le. Ce barème comprendra une liste des points principaux devant être couverts dans l'essai et peut spécifier combien de points doivent être accordés pour l'orthographe, la clarté générale de l'explication, etc. Tous les enseignants qui notent l'essai doivent utiliser ce barème. Cela améliore la fiabilité.

3. Après l'examen, montrez le barème aux étudiants et discutez-en avec eux. Ceci améliore leurs connaissances.

QUESTIONS A REPONSES COURTES

Les questions à réponses courtes permettent à l'enseignant de poser des questions sur une plus grande partie du cours et de noter plus exactement et plus rapidement.

Exemple de questions à réponses courtes

Les questions suivantes faisaient partie d'un examen destiné aux stagiaires inspecteurs de la santé.

1. Enumérez 4 avantages pour un ménage de posséder un système d'évacuation d'ordures.

- (i)
- (ii)
- (iii)
- (iv)

2. Faites un diagramme montrant la construction d'un simple incinérateur pouvant être utilisé dans un petit village.

3. Donnez deux circonstances quand il vaut mieux enterrer les ordures plutôt que de les transformer en fumier.

- (i)
- (ii)

Dans les questions à réponses courtes, on demande souvent aux étudiants de faire des listes ou de donner les avantages ou de dessiner un diagramme. Parce qu'elles sont tellement plus spécifiques, elles sont plus rapides à noter et sont plus fiables. On y répond aussi beaucoup plus rapidement donc durant la période allouée pour l'examen, on peut répondre à beaucoup plus de sujets que dans un examen comportant un essai.

Il y a toujours un risque que ce genre de question demande aux étudiants de se souvenir de faits plutôt que d'appliquer des connaissances ou d'exécuter des techniques.

QUESTIONS A CHOIX MULTIPLE

Les questions à choix multiple sont souvent appelées QCM. Elles se situent à un stade au-delà des questions courtes parce que les étudiants n'écrivent aucun mot. Ils se contentent de choisir les meilleures réponses.

Exemple - une QCM du type une sur cinq

Un patient vous dit qu'il a remarqué que l'un de ses yeux était rouge et il s'inquiète. Vous ne trouvez aucun corps étranger mais vous remarquez que la pupille est plus grande dans l'oeil qui est rouge et qu'elle ne semble pas réagir à la lumière. Quel est le diagnostic le plus vraisemblable ?

- A. Trachome
- B. Conjonctivite
- C. Iritis
- D. Ulcère de la cornée
- E. Glaucome

Dans cet exemple, l'étudiant a à choisir entre des réponses possibles et doit sélectionner celle qu'il croit être la meilleure - dans ce cas "E". Dans ce type de question il y a une branche et cinq choix.

La branche est :

"un patient vous dit....diagnostic le plus vraisemblable ?"

Les cinq choix sont :

- "A. Trachome
- B. Conjonctivite

- C. Iritis
- D. Ulcère de la cornée
- E. Glaucome"

Bien qu'il soit possible d'utiliser 4 ou 6 choix, cinq est le chiffre qui convient le mieux, Donc ce type de question est quelquefois appelé le type un sur cinq de questions à choix multiple (QCM).

Un autre type de QCM est le type vrai/faux.

Exemple - de QCM vrai/faux

Dans un glaucome

A. Il y a généralement des points blancs ou gris sur la cornée	V.	F.
B. Les pupilles sont irrégulières	V.	F.
C. Un oeil seulement peut être rouge	V.	F.
D. Il faut envoyer le patient à un centre de santé	V.	F.
E. Un corps étranger est la cause la plus vraisemblable	V.	F.

A nouveau il y a une branche - dans cet exemple c'est très court "Dans le glaucome".

Mais cette fois-ci la branche est suivie de plusieurs énoncés. Pour chaque énoncé l'étudiant doit décider si l'énoncé est vrai ou faux. Dans ce cas "A" est faux. donc l'étudiant va entourer "F". "B" est aussi faux, mais "C" et "D" sont vrais tandis que "E" est faux, donc l'étudiant devra encercler le F,F,T,T et le F respectivement. Dans ce cas l'étudiant doit répondre aux cinq parties de la question.

Ces deux types de questions sont couramment utilisés quoiqu'il y a des raisons pour préférer le type Vrai/Faux.

Dans quelle mesure les QCM sont bonnes ?

On peut les noter très rapidement et exactement. On peut y répondre aussi rapidement donc l'examen peut couvrir un tas de questions - ainsi une grande partie du cours peut être couverte.

D'autre part, il y a de sérieux avantages. Il est assez difficile d'écrire des questions claires - donc rédiger les questions prend beaucoup de temps. Il y a aussi le problème grave que les QCM ne testent généralement que les connaissances. Elles ne testent que très rarement la capacité de prise de décision et elles ne peuvent pas tester les facultés de communiquer ou de performer des procédures. Donc les QCM vraisemblablement ne seront pas valables pour votre cours.

Malgré ces problèmes les QCM seront probablement utiles comme l'une des méthodes d'évaluation utilisées dans votre cours. On peut les utiliser pour vérifier la connaissance

des faits, notamment durant le cours. Elles sont aussi très utiles quand on s'en sert pour sa propre évaluation et l'évaluation des pairs.

Si vous décidez d'utiliser les QCM, les points pratiques suivants s'avéreront utiles :

- Vous devrez accorder environ 2 minutes pour chaque question à cinq parties Vrai/Faux dans un examen. Donc en une heure, les étudiants doivent répondre à environ 30 questions. Si vous trouvez que les étudiants n'arrivent pas à finir l'examen, diminuer le nombre de questions. Ce n'est pas une course.

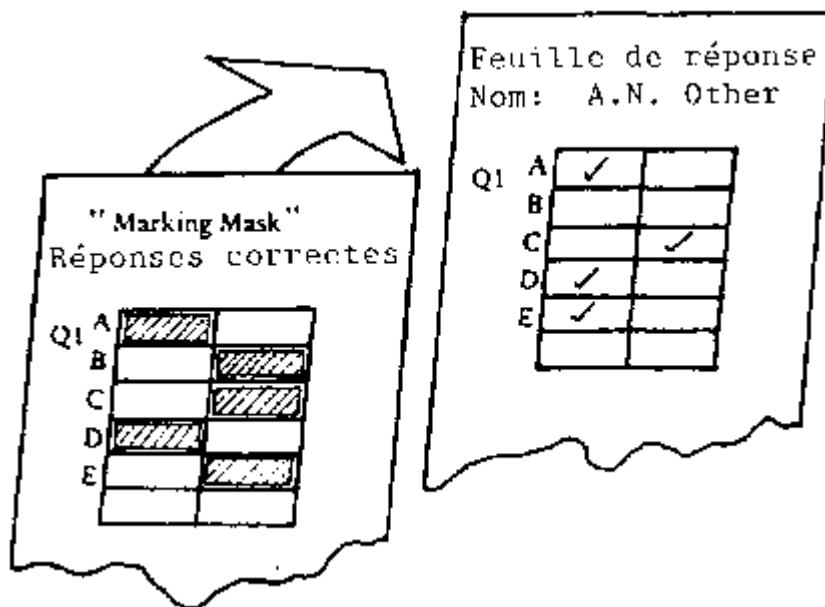
- Pour les questions vrai/faux, il vaut probablement mieux donner une note pour chaque choix correct, zéro pour pas de réponse et retirer un point pour chaque mauvais choix.

Dans les questions "une réponse sur cinq", utilisez le même barème sauf qu'il n'est pas nécessaire de retirer un point pour les mauvaises réponses.

- La note pour réussir quand il s'agit de QCM doit être assez élevée. Ceci parce que les QCM doivent tester les connaissances de base que tous les étudiants doivent connaître. Il faut donc utiliser une note aussi élevée que 80% ou 90% . Il vaut mieux utiliser des questions faciles avec une note de succès élevée plutôt que des questions plus difficiles avec une note de succès de 50 à 60.

- On note plus rapidement quand on utilise une feuille de réponse séparée pour les réponses des étudiants. Alors on peut poser un cache sur la feuille de réponses avec des fentes découpées pour les réponses correctes.

Marking Mask



Dans l'exemple donné 3 réponses correctes vont apparaître à travers les fentes - donc donnez trois points. Il y a quatre coches en tout, donc l'doit être fausse donc enlevez un point. Ceci donne un résultat de 2 (31) pour la question 1.

11.5 PROBLEMES DE MANIEMENT DES PATIENTS

Les problèmes de maniement des patients sont un développement des questions à réponses courtes. Leur caractéristique principale est qu'une série de questions sont posées sur un cas réel. Bien qu'elles soient appelées problèmes de maniement des patients elles peuvent être utilisées pour une vaste gamme de sujets. En fait elles peuvent être utilisées lorsque les étudiants sont formés à la prise de décisions. Donc elles sont aussi très utiles pour évaluer les étudiants qui suivent une formation pour devenir des éducateurs de santé, des agents de santé communautaires, des infirmières de la communauté, des inspecteurs de santé, etc..

Exemple d'un problème de maniement du patient

Madame A. arrive au centre de santé et vous dit qu'elle est toujours fatiguée. Elle vous demande un fortifiant. Vous découvrez qu'elle a 30 ans et qu'elle est enceinte d'environ 5 mois.

1. Énoncez trois choses qui d'après vous provoquent la fatigue.
2. Donnez deux autres questions que vous poseriez à Madame A.
3. D'après les réponses de Madame A à vos questions vous la soupçonnez d'être anémique. Quels signes physiques allez-vous rechercher ?
4. Votre examen confirme votre diagnostic d'anémie. Quel traitement, s'il y en a un, allez-vous prescrire et quel autre conseil allez-vous donner ?

Cet exemple a les avantages d'une question à réponses courtes. Il est clair pour l'étudiant et rapide et fiable à noter (à condition que tous les enseignants impliqués soient d'accord sur les causes de la fatigue). C'est aussi plus valable en tant que test parce que basé sur le genre de travail que les étudiants ont l'habitude de faire. (Il serait nettement préférable si chaque étudiant voyait Madame A, prenait note de ses antécédents et l'examinait). Si on donne le barème aux étudiants après les examens, ils pourraient aussi apprendre un certain nombre de choses.

Comment rédigez-vous les problèmes de maniements des patients ?

C'est généralement plus facile si vous basez le problème sur un cas réel que vous avez traité - un garçon vous a été amené souffrant de douleurs abdominales graves - un commerçant qui n'a pas maintenu son magasin propre malgré les fréquentes visites de l'inspecteur de santé - une mère qui a rejeté tout conseil sur la nutrition bien que ses enfants soient mal nourris. Bien sûr, vous devez continuer à travailler en tant qu'agent de santé vous-même pour suivre ce conseil. Mais si vous enseignez à plein temps, vous pouvez tout de même parler aux agents de santé ou même mieux, passer une demie journée avec un agent de santé pour noter les exemples de cas.

L'étape suivante consiste à diviser le cas en différents stades. Qu'est-ce qui s'est passé en premier ? Quelles étaient les décisions à prendre ? Quelles étaient les alternatives ?

Alors vous devez décider quels morceaux d'information vous donnerez aux étudiants et quels morceaux vous leur demanderez de vous fournir.

A ce stade vous aurez un problème de maniement des patients, mais il vous faudra quand même établir un barème. Faites la liste de toutes les réponses que vous pensez que les étudiants vont donner - les bonnes et les mauvaises. Alors décidez combien de points vous allez donner pour chacune des réponses possibles.

11.6 RAPPORTS DE PROJETS

Dans un certain nombre de cours on demande aux étudiants de travailler à un projet. Ceci peut impliquer une étude de la communauté, ou travailler avec une équipe de soins de santé pendant quelques semaines etc. Souvent l'étudiant rédige un rapport sur le projet et cela peut prendre beaucoup de temps.

Naturellement les étudiants seront davantage motivés par le projet si les rapports sont évalués et si les points sont comptés pour le résultat de l'examen final.

Toutefois les rapports de projet sont extrêmement difficiles à noter parce qu'il n'y a en général pas de normes claires à suivre. Certains étudiants peuvent faire un très bon travail mais présenter un mauvais rapport. D'autres présenteront un rapport très clair et complet sur un piètre travail. Qu'est-ce qu'il y a de mieux et quelle norme accepterez-vous ?

Certaines lignes directrices peuvent vous aider.

1. Le travail du projet devra être évalué par au moins qui noteront indépendamment. Les deux notes devront alors être comparées et discutées avant de décider de la note finale.
2. Quand c'est possible, expliquez aux étudiants quelles normes ils doivent essayer d'atteindre. Dites aux étudiants ce que vous pensez qu'un bon projet devrait être. Quand c'est possible expliquez quelle quantité de données doivent être réunies, combien de cas doivent être vus, quel genre de graphiques ou tableaux seraient utiles. Mais faites attention de ne pas trop restreindre les étudiants.
3. Laissez les étudiants voir d'autres projets réalisés les années précédentes qui d'après vous sont bons et aussi d'autres qui sont mauvais. Expliquez vos raisons. Bien sûr vous ne pouvez pas faire cela la première fois que vous utilisez des projets - donc les notes des premiers projets ne devraient peut-être pas être comptés dans l'évaluation générale.

Clairement, l'utilisation de projets dans l'évaluation cause certains problèmes pour l'enseignant. Quelle est leur valeur ? Les rapports de projets sont très longs à corriger et le résultat peut avoir une faible fiabilité. Mais ils peuvent avoir une validité élevée si les projets sont choisis soigneusement de façon à impliquer les étudiants dans des techniques importantes. Par-dessus tout les projets peuvent être des expériences d'enseignement puissantes et devraient être évalués pour encourager les étudiants à faire un effort maximum.

11.7 REGISTRES

Les registres ont été largement utilisés pour la formation des infirmières et il y a de bonnes raisons pour qu'ils soient utilisés pour les cours destinés à d'autres groupes du personnel des soins de santé.

Le registre contient une liste de techniques ou tâches que l'étudiant doit pouvoir faire. Ces tâches sont les objectifs ou au moins certains des objectifs du cours. Les étudiants sont doivent apprendre à accomplir chacune de ces tâches, et quand ils sont prêts ils peuvent demander à l'enseignant de vérifier leur performance. Pendant le cours les étudiants doivent accomplir toutes ces tâches de façon satisfaisante. Si l'enseignant pense que la performance de l'étudiant est suffisamment bonne, alors il signe le nom de l'étudiant sur le registre. Si la performance n'est pas suffisamment bonne, les fautes sont expliquées et l'étudiant peut essayer à nouveau plus tard.

Exemple - une page de registre d'étudiant

Tâche	Date	Signature
17. Préparez un tableau réversible pouvant être utilisé avec un public de 30 personnes.		
18. Donnez des conseils à une femme enceinte sur les soins ante-nataux.	20/10/79	

Le registre prend beaucoup de temps à l'enseignant car chaque étudiant doit être observé et sa performance jugée. Cette méthode peut être difficile à organiser parce que les enseignants ne sont peut être pas disponibles quand l'étudiant est prêt à être évalué. Aussi certains enseignants sont connus comme donnant souvent des bonnes notes donc il y a des problèmes quant à la fiabilité du résultat. Toutefois, si on pèse le pour et le contre on remarque qu'il y a des avantages importants. Le principal est que le registre permet d'apprendre en énonçant clairement à l'étudiant ce qui doit être appris. Les registres permettent aussi de s'assurer, lorsque les étudiants n'ont pas le niveau voulu, que l'enseignant est là pour conseiller. Le deuxième avantage principal est que la méthode doit être hautement valable - les étudiants seront évalués sur la façon dont ils accomplissent bien les tâches et les travaux auxquels ils ont été formés. C'est un type légèrement différent d'évaluation. Les étudiants ne sont pas notés sur 10 pour chaque performance - ils sont simplement jugés suffisamment bons ou non. Donc à la fin du cours un étudiant peut avoir accompli 23 des 29 tâches établies et cela dans des normes convenables. c'est alors à l'examineur de décider s'il a "réussi". Dans certains cours les étudiants doivent arriver à une norme satisfaisante pour toutes les tâches. Dans d'autres cours, il se peut qu'il soit impossible d'insister sur cette norme élevée.

11.8 LISTES DE VERIFICATION

Les listes de vérification ne sont pas tant une méthode d'évaluation qu'un moyen d'améliorer d'autres formes d'évaluation - notamment les évaluations pratiques et cliniques. Les examens pratiques et cliniques peuvent souvent être critiqués parce que la note n'est pas fiable. Différents examinateurs utilisent différentes normes. Les listes de vérification réduisent ce problème et assurent que la façon dont l'étudiant accomplit la tâche soit évaluée.

Exemple - une liste de vérification pour la question - "Préparez un hémogramme en utilisant un échantillon de votre propre sang"

	Pas fait	Fait correctement
1. Utilise le majeur ou l'annulaire de la main gauche		
2. Nettoie le doigt avec de l'alcool		
3. Séche le doigt avec un autre morceau de coton		
4. Laisse le sang couler librement après avoir piqué avec une aiguille de Hagedorn		
5. Met une seule goutte de sang au lieu de la plaque du microscope		
6. Laisse le sang s'étaler jusqu'à bout de la seconde plaque		
7. Pousse l'étaleur rapidement le long de la plaque		
8. Etale le sang derrière l'étaleur		
9. Ne souffle pas sur la plaque et ne la secoue pas		

L'examineur peut observer l'étudiant en train de préparer l'hémogramme et cacher les colonnes de droite pour chaque partie faite correctement. A la fin du test le nombre de traits dans la colonne "Fait correctement" sont additionnés et le résultat est donné sur 9. La note de passage du test doit être décidée par l'examineur et il se peut qu'il pense que 7 sur 9 est une norme convenable pour réussir le test. Pour les autres tests il peut s'attendre à 50 ou 90%. La norme de réussite dépend du test spécifique.

L'avantage de la liste de vérification est que le système de note est plus juste. Différents examinateurs observant un étudiant en train de faire un test vont vraisemblablement donner la même note s'ils ont une liste de vérification. La liste de vérification est aussi très utile pour donner des informations en retour aux étudiants ou aux enseignants parce que la preuve est claire et simple. L'examineur peut dire à l'enseignant, "la plupart de vos étudiants ont bien fait le test sanguin mais j'ai remarqué que la moitié environ ont poussé la goutte de sang au lieu de la tirer derrière la plaque étaleuse". Ceci aiderait l'enseignant à réaliser qu'il faudrait souligner ce point à son prochain cours.

De la même façon, des informations détaillées peuvent être données à chaque étudiant. Par exemple l'étudiant peut avoir le droit de voir la liste de vérification de sa propre performance.

Cet exemple de liste de vérification est destiné à une technique physique. On peut préparer le même genre de liste pour les techniques de communication et pour les attitudes mais c'est souvent plus difficile.

Notez que l'analyse des tâches sera très précieuse pour préparer la liste de vérification.

11.9 EVALUATION PENDANT LE COURS

Pendant le cours de formation, vos étudiants vont probablement passer un certain temps à travailler dans les hôpitaux, les centres de santé ou les dispensaires. Ils pratiqueront les

techniques de communication et les techniques physiques requises dans leur travail. Ce temps peut être utilisé pour l'évaluation aussi bien que pour l'enseignement. Probablement la plus grande difficulté est que l'enseignant doive s'appuyer sur les évaluations faites par un certain nombre de personnes différentes. Donc, il est difficile de dire que toutes ces personnes différentes ont des normes semblables. De nouveau, pour rendre le travail plus facile on peut utiliser la liste de vérification. Mais dans cette situation les listes de vérification doivent être moins détaillées.

Exemple - une liste de vérification pour évaluer les étudiants d'un centre de santé

	Tout à fait satisfaisant	passable	Pas suffisant
1. Tient les registres correctement			
2. Observe les procédures stériles			
3. Etablit de bonnes relations avec les patients et ainsi de suite.			

Les infirmières ou les agents de santé qui supervisent les étudiants peuvent utiliser ce genre de formulaire pour donner une image claire de ce que les étudiants peuvent faire ou ne peuvent pas faire. Utilisant cette information l'enseignant :

1. décide si les étudiants réussissent ou échouent.
2. donne un conseil spécifique aux étudiants sur ce qu'ils ont besoin d'apprendre.
3. améliore le cours dans des domaines qui sont déficients.

Cette liste de vérification moins détaillée est à nouveau préparée à partir d'une analyse de tâches.

Les listes de vérification peuvent aussi être utilisées pour évaluer les attitudes.

Exemple - une liste de vérification pour observer les attitudes

1. Travailleur assidu	- - - -	Fait aussi peu de travail que possible
2. Accepte les instructions de bon coeur	- - - -	Est ennuyé par les instructions ou les ignore.
3. S'intéresse beaucoup aux patients.	- - - -	Ne s'intéresse pas du tout aux patients
4. Est épris de connaissances	- - - -	Ne souhaite pas s'instruire
5. Est toujours à l'heure	- - - -	Est toujours en retard

Cette liste de vérification peut être utilisée par l'infirmière en chef du service où les élèves infirmières passent une partie de leur formation. L'infirmière en chef utiliserait un formulaire par élève. A la fin de la période de formation, elle devra penser à la façon dont chaque élève a travaillé lors de son passage dans son service.

Par exemple, la première infirmière a pu faire avec beaucoup de bonne volonté ce qu'on lui a demandé de faire, mais n'a pas semblé s'intéresser à son travail ou prête à offrir ses services. L'infirmière en chef prendra note de cela en faisant une croix environ au milieu de la ligne...

1. Travailleur assidu

En fait aussi peu que possible

De cette façon l'infirmière en chef peut faire un résumé rapide et juste des attitudes de l'étudiante infirmière à l'enseignant chargé du cours. Cette liste de vérification peut être utilisée pour donner des conseils à l'élève infirmière et faire partie d'un dossier utilisé pour décider si l'élève a réussi le cours.

11.10 CONCLUSION

Aucune méthode d'évaluation n'est parfaite. Chacune a quelques avantages et quelques inconvénients. L'enseignant devra donc utiliser une variété de méthodes quand cela est possible.

De façon idéale l'enseignant devrait d'abord décider quelles techniques ont besoin d'être évaluées. Les techniques étant bien sûr les objectifs du cours.

Alors on doit choisir la meilleure méthode pour évaluer ces techniques. La méthode doit être choisie sur la base :

1. du règlement du cours
2. de l'économie de temps
3. de la fiabilité instrument d'instruction
4. de la validité
5. de la valeur comme

Prospectus 52 D

IDEES POUR L'EVALUATION

Il y a plusieurs façons d'évaluer un programme de formation. c'est à vous et aux participants du programme de décider des méthodes les plus utiles. Vous voudrez probablement évaluer le contenu du cours et son format, la participation du personnel et les progrès des membres du groupe. Quelque soit les méthodes que vous sélectionnez, la chose la plus importante à se rappeler est que le but d'une évaluation est de découvrir dans quelle mesure le programme de formation est effectif et de trouver des moyens de l'améliorer. Le processus d'évaluation devra être à deux sens entre le personnel et les participants ; il devra inclure une variété de méthodes, et être utilisé périodiquement de façon que les suggestions en vue d'une amélioration puissent être incorporées.

Avant que le programme de formation commence, veuillez lire la section sur l'évaluation (chapitre 9) dans "Aider les agents de santé à apprendre." En plus des suggestions présentées ici, voici d'autres idées :

ACTIVITES D'EVALUATION QUOTIDIENNES :

1. A la fin de la séance, passez quelques minutes à revoir les objectifs qui doivent être accomplis. Demandez qu'on vous fasse des commentaires et des suggestions pour améliorer le cours.
2. A la fin des activités de la journée, le personnel et les participants écrivent de façon anonyme plusieurs commentaires positifs sur la journée, quelques commentaires négatifs, et quelques suggestions en vue d'une amélioration. Les papiers sont ramassés et mis dans un sac. Chaque personne tire un papier du sac et à son tour lit les commentaires positifs. Le processus est répété avec les énoncés négatifs, et avec les suggestions en vue d'une amélioration. Quelqu'un peut tenir un bordereau avec le genre de commentaires faits. A la fin de l'évaluation, menez une discussion pour susciter des opinions sur le programme et traitez chaque domaine d'inquiétude qui devra être adressé.
3. Dans de petits groupes, le personnel et les participants, dressent la liste de ce qui doit être accompli, d'après eux, durant la journée. Puis chaque groupe fait deux autres listes de ce qui d'après eux s'est bien passé et de ce qui peut être amélioré. Le groupe se réunit et échange les listes, puis discute de la façon dont il faut appliquer les résultats de l'évaluation aux activités du lendemain.

ACTIVITES D'EVALUATION HEBDOMADAIRES ET FINALES :

1. Les participants remplissent une "fiche de rapport" sur les activités couvrant une certaine période, donnant des notes élevées ou basses et des suggestions quant à l'amélioration de chaque séance ou de toute autre activité. Affichez les "fiches de rapport" et discutez-en.
2. Ecrivez chacune des questions suivantes sur une enveloppe séparée et affichez-les.
 - Qu'a-t-on fait que vous espériez accomplir ?
 - Qu'avez-vous appris que vous n'espériez pas apprendre ?
 - Quelles étaient les choses marquantes de la semaine (ou de la formation) ?
 - Quelles étaient les choses qui n'étaient pas très bonnes de la semaine (ou de la formation), et comment peut-on les améliorer?Fournissez des morceaux de papier pour que les gens les utilisent pour les commentaires à mettre dans chaque enveloppe. Plus tard, passez en revue les commentaires avec le groupe.
3. Distribuez un questionnaire pour évaluer les séances de la semaine. Ecrivez le titre de la séance et à côté, un barème allant de "pas utile" jusqu'à "très utile" plus de la place pour les commentaires. Demandez aux participants de classer chaque séance, puis passez en revue les évaluations avec le groupe.
4. Les participants évaluent votre performance en tant que moniteur, en utilisant la liste de vérification des pages 9 à 17 de : "Aider les agents de santé à apprendre" et en utilisant les points suivants pour considération :

- Faculté de communiquer les informations effectivement
- Connaissance apparente du sujet
- Méthodologie utilisée

5. Les participants développent et répondent à un certain nombre de questions pour évaluer le programme de formation, puis discutent de leurs commentaires.

6. Divisez une grande feuille de papier journal en quatre avec un crayon marqueur. En haut à gauche, Ecrivez : "Ce que vous attendiez du programme de formation" ; en haut à droite: "un problème auquel le groupe a été confronté pendant la formation"; en bas à gauche, "Comment nous avons résolu le problème" ; et en bas à droite, "un espoir pour l'avenir".

Distribuez les feuilles de papier et demandez aux groupes de faire des dessins représentant les quatre secteurs. Quand l'activité est terminée, chacun affiche son dessin et l'explique au reste du groupe.

Cet exercice peut être modifié en changeant les titres sur la feuille de papier journal pour les adapter à votre programme.

7. Chaque membre du groupe écrit un bref message à chacune des autres personnes sur un morceau de papier, mentionnant une qualité positive qu'il ou qu'elle admire chez l'autre personne. Comme option, sur l'envers de la feuille, ils peuvent écrire une suggestion sur la façon dont la personne peut améliorer ses techniques d'enseignement. Une enveloppe avec le nom de chaque personne est affichée, et les morceaux de papier mis dans l'enveloppe qui convient. Les "télégrammes" dans leurs enveloppes sont distribués pour que les gens les lisent quand et où ils le souhaitent.

Annexe du moniteur 52 A

FICHES D'EVALUATION ECHANTILLON

Evaluation de l'activité

Date____

Nom de l'agent de santé____

Groupe de la communauté ____

Nombre de gens à la réunion____

Activité____ Matériel utilise ____

Heure de l'activité____

1. Qu'a fait l'organisateur (l'agent de santé)? (Cochez les rubriques appropriées)

A écouté et a posé des questions____

A guidé la réunion____

A stimulé et encouragé la discussion____

A fait utiliser le matériel par les membres de la communauté____

A écouté et a participé à la discussion des problèmes____

Autres: ____

2. Quelle était la participation des membres du groupe? (Cochez les rubriques appropriées)

Ont joué un rôle actif dans l'activité____

Ont répondu aux questions____

Ont fait des observations____

Ont partagé des idées et des expériences____

Ont discuté d'un problème ou d'un besoin ressenti____

Ont fait preuve d'enthousiasme____

Autres: ____

3. Nombre de gens qui ont participé:

Quelques personnes du groupe____ Environ la moitié____ La plupart des gens____

4. Si la communauté a discuté d'un problème ou d'un besoin, quelles étapes ou actions ont-ils décidé de suivre?____

EVALUATION QUOTIDIENNE, DE PARTICIPATION

Cochez les choses que vous avez faites durant la séance d'aujourd'hui.

J'ai écouté

J'ai lu

J'ai pris des notes

J'ai écrit mes propres idées

J'ai mentalement évalué les idées présentées par d'autres

J'ai offert mes propres idées verbalement

J'ai pris part à des discussions de petit groupe

J'ai pris part à une discussion de tout le groupe

J'ai participé à une résolution de problème individuellement au sein d'une équipe

J'ai rattaché les concepts théoriques à ma propre expérience sur le terrain.

J'ai participé à un jeu de rôle

J'ai participé à une activité pratique

J'ai créé ou aidé à créer un message (une communication)

Je me suis ennuyé

Je me suis endormi

Autre ? Spécifiez : ____

FEUILLE D'EVALUATION DE LA SEANCE

Titre de la séance : ____

Veillez remplir le formulaire d'évaluation et fournir des réponses brèves aux questions ci-dessous. Donnez des exemples spécifiques quand c'est possible.

1. Les objectifs de cette séance semblent :

•-----	•-----	•-----	•-----	•-----
1	2	3	4	5
En grande partie non pertinents pour les élèves		en quelque sorte pertinents		Très pertinents pour les élèves

Parce que ____

2. Cette séance accomplit les objectifs :

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

Parce que ____

3. Pour les élèves, les activités utilisées durant la séance étaient :

•-----	•-----	•-----	•-----	•-----
1	2	3	4	5

Parce que ____

4. L'ouverture de la séance était :

•-----	•-----	•-----	•-----	•-----
1	2	3	4	5

5. La direction de la séance était :

•-----	•-----	•-----	•-----	•-----
1	2	3	4	5
Très inefficaces efficaces		En quelque sorte efficaces		Très efficaces

Parce que ____

6. La direction de la séance comprenait les parties suivantes: L'expérience: Le processus:

La généralisation: L'application: Oui ___ Non ___ Oui ___ Non ___ Oui ___ Non ___

Oui ___ Non ___

Commentaires ____

7. Les aides visuelles et les prospectus étaient :

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

Parce que : ____

8. Le temps alloué pour les activités de cette séance était :

•-----	•-----	•-----	•-----	•-----
1	2	3	4	5
Trop long		juste bien		Trop court

Parce que ____

9. Les activités d'évaluation utilisées pendant et après la séance étaient :

•-----	•-----	•-----	•-----	•-----
1	2	3	4	5
Très inefficaces		En quelque sorte efficaces		Très efficaces

Parce que____

10. La meilleure chose de la séance était : ____

11. Cette séance pourrait être améliorée à l'avenir en : ____

Session 53

Prospectus 53 A

Prospectus 53 B

Prospectus 53 C

Prospectus 53 D

Prospectus 53 E

Prospectus 53 F

Prospectus 53 A

ETABLISSEMENT DU PROGRAMME

CONSIDEREZ COMBIEN DE TEMPS IL FAUT ALLOUER A CHAQUE DOMAINE D'ETUDE

Ceci peut être fait en utilisant la même fiche de travail. Voyez l'exemple donné à la page suivante sur la façon de le faire.

- D'abord calculez le nombre total d'heures d'étude pour tout le cours. Ecrivez la somme en haut de la feuille, à côté de "heures totales de temps de cours disponibles". (un cours intensif de deux mois à raison de 8 heures par jour, 6 jours par semaine, donnerait 383 heures de disponibles.)
- Alors, dans la colonne pour les HEURES ESTIMEES REQUISES, écrivez le nombre d'heures dont vous aurez besoin, d'après vous, pour couvrir chaque sujet. Gardez présent à l'esprit le nombre total d'heures de temps de cours.
- Quand vous avez rempli le nombre d'heures estimées pour chaque sujet, additionnez-les et comparez votre total au "total d'heures disponibles". (Voyez en haut à droite sur le tableau). Faites la soustraction pour trouver la différence. Ceci vous permet de savoir de combien d'heures vous avez besoin d'ajouter ou de soustraire pour les différents sujets. Mais avant de faire ces ajustements..

- Remplissez la troisième colonne, **PRIORITE RELATIVE**, utilisant les informations de vos études précédentes (étapes 2 et 3). Ceci vous aidera à faire des ajustements du temps d'étude selon la priorité des besoins.

- Maintenant ajustez les heures pour différents sujets jusqu'à ce que le total soit égal au nombre d'heures disponibles. (Soyez sûr d'allouer un certain temps pour la révision des cours et les classes manquées.)

Notez : Pas tous les sujets d'étude nécessiteront un temps de classe à part. Certains peuvent être inclus dans d'autres sujets. Par exemple, nous suggérons que "l'anatomie" ne soit pas enseignée comme un sujet séparé, mais qu'il soit inclus comme requis lors de l'étude des problèmes de santé spécifiques. Les sujets qui n'exigent pas des heures à part peuvent être écrits entre parenthèses (comme cela).

Certains sujets avec des heures programmées peuvent aussi, en partie, être couverts dans des classes sur des sujets s'y rapportant. Par exemple, les mesures préventives telles que l'hygiène et l'assainissement peuvent être passées en revue pendant les classes qui couvrent des maladies spécifiques. L'examen physique, la prise d'antécédents, et l'usage correct des médicaments peuvent être renforcés durant la pratique clinique quotidienne.

L'examen physique



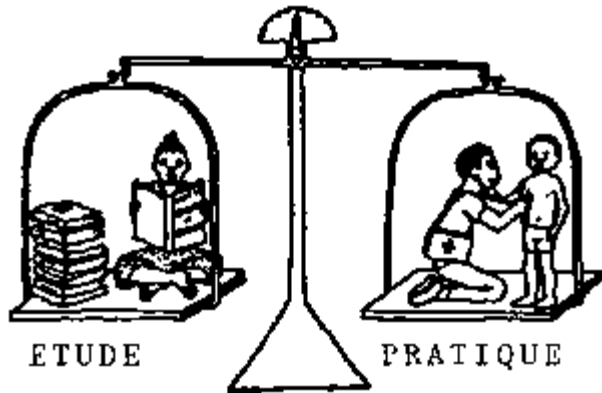
EQUILIBRE DU CONTENU DU COURS

Un cours de formation doit être équilibré à la fois en ce qui concerne le contenu et les méthodes d'enseignement.

- Essayez d'établir un équilibre entre les aspects préventifs, curatifs et communautaires ou les aspects sociaux des soins de santé. Ajoutez les heures pour chacun de ces trois domaines. Considérez si l'équilibre est approprié selon les besoins des gens et leurs inquiétudes. Ajustez les heures si nécessaire.

- Equilibrez l'enseignement du type discussion (travail de classe) avec l'enseignement en exécutant (pratique le travail physique. et le jeu.

Equilibre



De plus en plus de programmes réalisent l'importance d'apprendre en faisant. Un accent de plus en plus fort est mis sur les activités au sein de la communauté, au dispensaire, dans les écoles, et sur le terrain comme faisant partie de la formation de l'agent de santé. Même le travail de classe-dont une certaine partie reste nécessaire-peut impliquer énormément de pratique active lors de l'utilisation de techniques et de la résolution de problèmes.

De nombreux programmes reconnaissent aussi l'importance du travail physique et du jeu comme faisant partie de la formation d'agent de santé. Le travail physique dessert plusieurs objectifs- notamment s'il est lié à la santé (jardiner, creuser des latrines, contruire des bâtiments). Il fournit un changement de rythme. Il maintient les agents de santé proches de la nature et des travailleurs. Il les aide à apprendre de nouvelles techniques agricoles ou de construction. Et dans certains projets, le travail journalier à la ferme des agents de santé produit de la nourriture qui permet au programme de formation de se suffire à lui-même.

L'enseignement par le truchement de jeux est spécialement important dans les cas où les agents de santé travaillent avec des enfants.

Pour prévoir un équilibre entre l'étude en classe et l'activité pratique, vous pouvez utiliser la même fiche de travail que précédemment. Suivez la liste de matières de haut en bas indiquant l'équilibre que vous pensez être approprié à chacune. Vous pouvez procéder comme suit :

Fiche de travail

	Etude en classe	Activité pratique	
Nutrition	→ Cela signifie équilibre égal.
Techniques de traitement	→ Ceci signifie surtout une activité pratique.
Discussion de table ronde	→ Ceci signifie tout ce qui est appris en classe

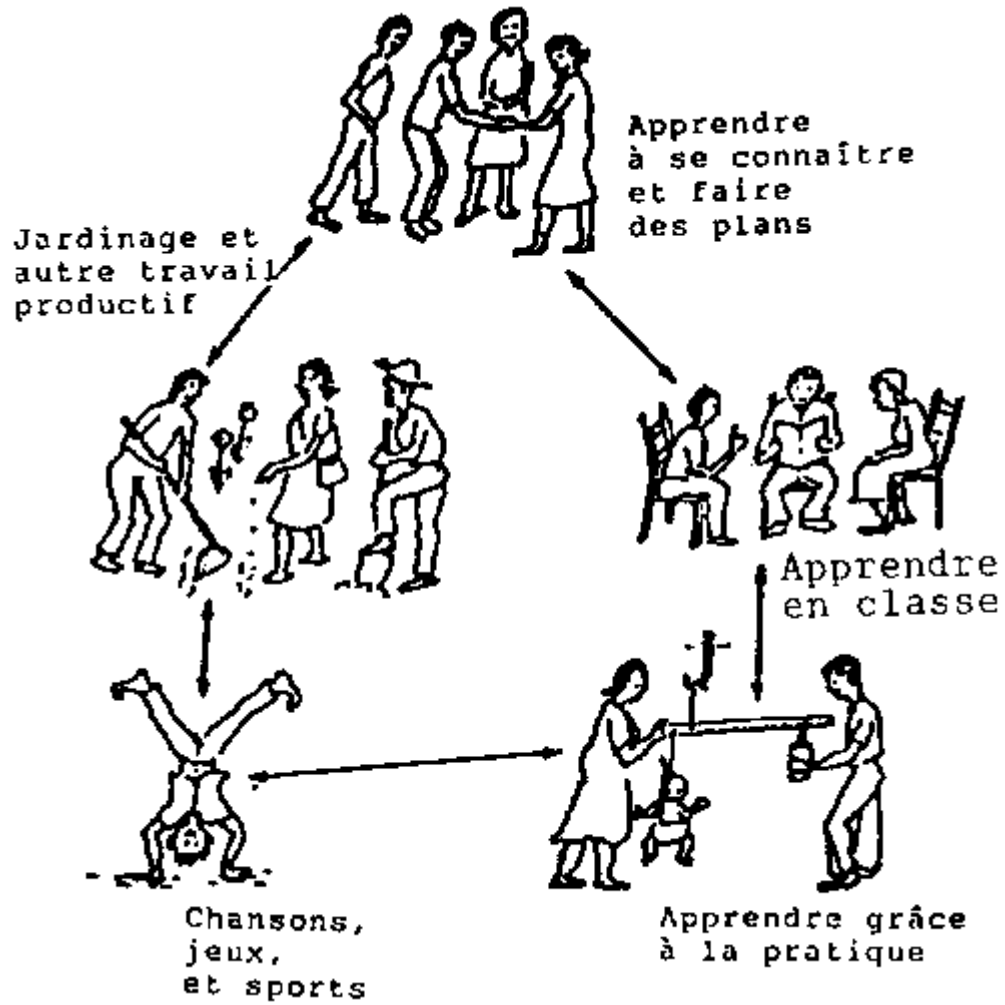
Après avoir marqué chaque matière, regardez l'équilibre général. Si trop de temps est accordé au travail de classe, essayez de penser à des méthodes qui accorderaient davantage de temps à un enseignement par la pratique et l'expérience.

LA PLANIFICATION D'ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT EQUILIBREES

A partir du premier jour de classe c'est une bonne idée d'équilibrer les différentes activités d'enseignement.

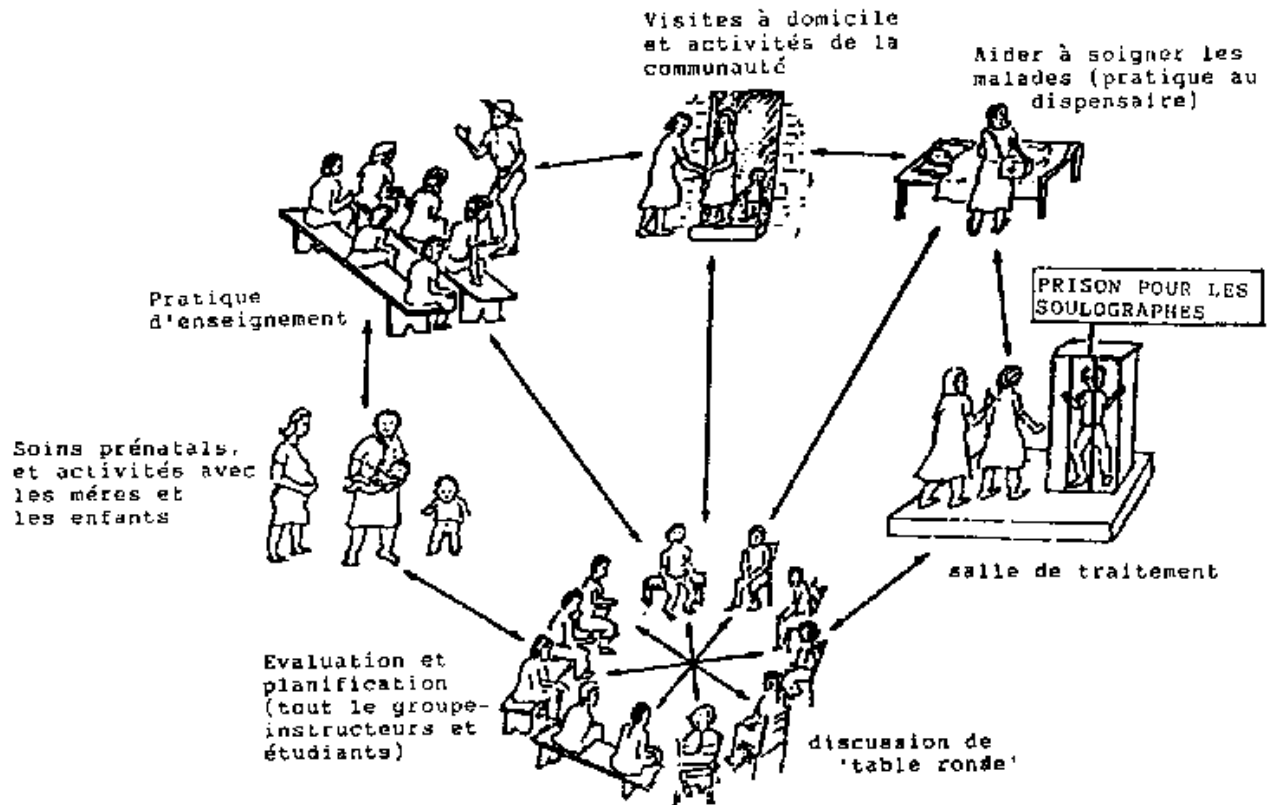
D'abord, apprendre à se connaître les uns les autres sera très important. Ainsi que les discussions au sujet de la santé, du bien-être, et des buts du programme. Mais l'apprentissage de techniques spécifiques doit aussi commencer immédiatement. Le travail de production tel que le jardinage est important également. Et n'oubliez pas le. Jeux, les chansons et les sports.

La planification d'activités d'enseignement équilibrées



Une fois que le cours a démarré, on peut introduire d'autres activités importantes.

En voici quelques-uns.



PREPARATION D'UN EMPLOI DU TEMPS ET ETABLISSEMENT DES PROGRAMMES HEBDOMADAIRES

Une fois que le contenu général du cours est décidé, vous pouvez prévoir les classes et les autres activités sur une base hebdomadaire. Cela vous aidera de tirer des stencils des feuilles de planification vierges semblables à celle de la page 3-29, mais adaptées à vos besoins. Plus la feuille de planification est grande, plus vous pouvez y inscrire de détails plus tard. Vous pouvez en faire une grande en joignant deux feuilles ensemble. Chaque semaine le plan peut être affiché pour que les étudiants le voient. A la suite du programme hebdomadaire vierge, vous trouverez un exemple de programme qui a été complété et utilisé durant un cours de formation lors du projet Piactla, au Mexique.

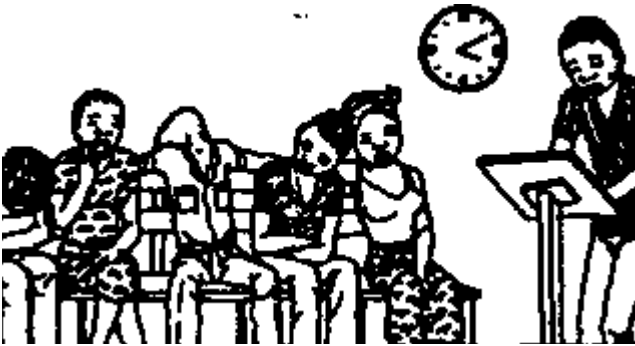
Lors de la préparation d'un emploi du temps hebdomadaire, pensez comment utiliser au mieux les heures de la journée. Prévoyez votre programme selon le rythme de vie local : les heures auxquelles les gens se réveillent généralement, travaillent, prennent leurs repas, se reposent et ainsi de suite. Essayez d'inclure toute une variété d'activités durant chaque journée, pour éviter de faire la même chose pendant trop longtemps. Vous pouvez aussi allouer quelques minutes entre les classes pour laisser aux élèves le temps de se décontracter ou pour des jeux rapides. Lors de la planification des heures, assurez-vous d'avoir les suggestions et l'accord des étudiants et des familles chez qui ils résident.

Maintenant considérez quels sujets doivent être enseignés et quand. Voici quelques idées basées sur notre propre expérience :

Quel moment de la journée est le meilleur pour quoi ?

Les cours de l'après-midi doivent avoir beaucoup d'activités.

Impropre



- Tôt le matin, avant que la journée ne soit chaude, est un moment propice au jardinage et au travail physique.
- Le matin est aussi un bon moment pour les cours sur des sujets sérieux qui nécessitent une certaine réflexion. Chacun est frais et avide d'apprendre à cette heure.
- L'après-midi quand les étudiants sont fatigués est un bon moment pour les discussions actives, le jeu de rôle et les projets tels que la fabrication du matériel pour l'enseignement.
- Les soirées conviennent mieux à la projection de diapositives et à la présentation de films et aux réuni avec les personnes de la communauté qui peuvent être occupées toute la journée.

Approprié



Chaque jour? ou une fois Ou deux fois par semaine ?

- Les sujets tels que la médecine curative et préventive et la pratique clinique, qui couvrent un grand nombre de matières et nécessitent beaucoup de temps, doivent être inclus dans le programme chaque jour.
- Il est préférable d'enseigner des techniques telles que savoir utiliser un livre de référence (Quand il n'y a pas de docteur) ou savoir utiliser des médicaments correctement, une fois ou deux par semaine- de façon qu'elles renforcent d'autres sujets que les étudiants sont en train d'apprendre.

- Les séances de révision doivent suivre les consultations ou les examens dès que possible.
- Les visites de la communauté doivent être programmées au moment où les gens sont vraisemblablement chez eux-deux soirées chaque semaine ou le matin pendant le week-end.

Au commencement du cours de formation ? ou vers la fin ?

- La connaissance et les techniques requises pour examiner, prendre soin et conseiller les gens qui sont malades doivent être couvertes au début du cours. Voir page 8-5.
- Enseigner à la communauté et organiser des spectacles de théâtre dans le village sont de bonnes activités pour la fin du cours, quand les étudiants ont davantage de connaissances et confiance en eux. Mais assurez-vous de prévoir et de pratiquer ce genre de choses longtemps à l'avance.

Avant le début du cours (ou peu de temps après, pour pouvoir inclure les suggestions des étudiants), établissez des plans hebdomadaires rudimentaires pour tout le cours. Ceci permet d'assurer que vous allouez du temps pour tout ce que vous avez l'intention d'inclure. Il est facile de ne plus avoir de temps pour couvrir les matières importantes !

Cours

Lors de l'établissement d'un plan préliminaire du cours dans son ensemble, vous n'avez pas besoin de compléter les moindres détails. Plus tard durant le cours, les instructeurs peuvent se réunir avec le comité de planification des étudiants (voir p. 4-14) chaque semaine pour préparer un plan plus détaillé pour la semaine suivante. Assurez-vous de prévoir un moment régulier pour cette planification également.

Une suggestion importante : FAITES EN SORTE QUE VOTRE EMPLOI DU TEMPS SOIT FLEXIBLE

Il arrive souvent que certains cours ou matières prennent plus de temps que prévu. D'autres ne sont pas enseignés comme il faut ou même mal enseignés, ou il arrive que les étudiants aient du mal à les comprendre. Il se peut qu'il faille répéter ces cours. Pour cette raison, il est sage d'accorder énormément de temps aux révisions : environ 1 ou 2 heures

de temps "de battement" chaque semaine, plus plusieurs jours non planifiés à la fin du cours.

Le temps libre permet aussi d'ajuster le programme quand on manque des cours ou qu'ils sont reportés. Notamment si la formation a lieu dans un cadre de vie réelle (tel un village), des urgences médicales et d'autres possibilités non prévues vont forcément se présenter.

Par exemple, durant un cours de formation à Ajova au Mexique, un cours fut interrompu quand les nouvelles qu'un homme s'était cassé la jambe sur un sentier de montagne, arrivèrent. Les étudiants et l'instructeur amenèrent l'homme au centre de santé sur un brancard, fixèrent l'os cassé, et mirent la jambe dans le plâtre (voir photo).

Le cours interrompu fut donné par la suite. Ceci fut facile à réaliser car on avait accordé du temps supplémentaire lors de la planification du programme.

N'ayez pas peur de changer vos plans.

PREPARATION DE PLANS DETAILLES POUR LES PREMIERS JOURS DE COURS

PICHE DE PLANIFICATION HEBDOMADAIRE-COURS DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE

SEMAINE NUMERO 2

DATES 25 janvier jusqu'au 31 janvier, 1970

						<u>Ajova</u> <u>Mexique</u>
HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
7:00	TRAVAIL PETIT DEJEUNER	DANS LE PETIT DEJEUNER	JARDIN PETIT DEJEUNER	POTAGE R PETIT DEJEUNER	POTAGER PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER
8:00	<u>Médecine curative</u> Diarrhée et déshydratation	<u>Médecine curative</u> Causes et traitement de la déshydratation	<u>Médecine curative</u> Ulcères à l'estomac	<u>Médecine curative</u> Autres problèmes d'intestins	Petit déjeuner Test hebdomadaire	Préparer pour les visites, de la communauté
9:00 10:00	Usages de médicaments Risques et précautions	Utilisation du livre Types de diarrhée (WTND)	Usages de médicaments comment mesurer et administrer les	<u>Utilisation du livre</u> (WTND)	Petit déjeuner Test hebdomadaire	VISITES DE LA COMMUNAUTÉ (Rappeler aux mères le

			médicaments			pesage des bébés le lundi)
11:00	PRATIQUE DE SOINS DE SANTE AU DISPENSAIRE (MEDICAUX ET DENTAIRES)					VISITES DE LA COMMUNAUTE (Rappeler aux mères le pesage des bébés le lundi)
12:00	Révision des consultations	Révision des consultations	Révision des consultations	Révision des consultations	Révision des consultations	VISITES DE LA COMMUNAUTE (Rappeler aux mères le pesage des bébés le lundi)
1:00	<u>Médecine curative</u> Méthode scientifique	<u>Médecine curative</u> Antécédents médicaux	<u>Médecine curative</u> Introduction à l'examen physique	<u>Médecine curative</u> Signes vitaux	<u>Médecine curative</u> Signes vitaux	VISITES DE LA COMMUNAUTE (Rappeler aux mères le pesage des bébés le lundi)
2:00 3:00	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER Rencontre avec les enfants de l'école pour organiser le théâtre de marionnettes	DEJEUNER
4:00	<u>Médecine préventive</u> Comment prévenir toutes sortes de maladies	<u>Médecine préventive</u> Propagation des maladies infectieuses	<u>Médecine préventive</u> Prévention d'autres maladies	<u>Médecine préventive</u> Importance de l'hygiène et de la nutrition	Révision du test et des cours de la semaine	Continuer à faire des affiches et des marionnettes avec les enfants de l'école
5:00	Discussion	<u>Education</u>	<u>Education</u>	<u>Education</u>	Discussion	Continuer à

	de table ronde	<u>pour la santé</u> Apprendre à dessiner à faire des afficher	<u>pour la santé</u> Faire des affiches	<u>pour la santé</u> Faire des affiches	ouverte	faire des affiches et des marionnettes avec les enfants de l'école
6:00 7:00	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER
8:00	Dispensaire Réunion hebdomadaire		Projection de diapositives Discussion sur les programmes d'enfant à enfant.	Réunion pour l'auto- évaluation des étudiants	Réunion pour organiser le programme de la semaine suivante	

Prospectus 53 B

L'ETABLISSEMENT D'UN CLIMAT PROPICE A L'ENSEIGNEMENT

Les premiers jours ne sont pas seulement les plus difficiles, ils sont aussi parmi les plus importants. c'est le moment où les membres du groupe d'étude se rencontrent et commencent à se connaître.

Apprendre à se connaître d'une manière ouverte et chaleureuse est peut-être la chose la plus importante qui puisse arriver durant ces premiers jours. Il y a un certain nombre de choses que vous pouvez faire pour favoriser les rencontres.

Durant les premiers jours on parle beaucoup. Les gens lient connaissance. Beaucoup de choses ont besoin d'être expliquées et discutées.

Mais il y a aussi le risque de trop parler et de trop discuter Les étudiants viennent pour apprendre des techniques spécifiques. Ils ne savent peut-être pas encore que l'art d'écouter et de partager des idées ouvertement au sein d'un groupe est une des techniques les plus précieuses qu'un agent de santé puisse maîtriser. Ils veulent passer à des choses plus passionnantes-telles qu'utiliser un stéthoscope et faire des piqûres.

Il y a, bien sûr de bonnes raisons pour ne pas commencer par enseigner comment faire une piqûre ou utiliser un stéthoscope. (Voir page suivante).

Néanmoins, les nouveaux agents de santé en cours de formation sont avides d'apprendre des techniques utiles. Trop de paroles les décourageront. Donc, dès le premier jour du cours, il faut inclure des activités qui aident les étudiants à maîtriser des techniques pratiques-des techniques qu'ils peuvent utiliser dès que le besoin se présente.

* Commencez tout de suite à enseigner les techniques pratiques

TENIR COMPTE DE L'INTERET DES ETUDIANTS

Au début, les agents de santé- comme la plupart des gens-s'intéressent davantage au traitement qu'à la prévention. Pendant le cours l'importance de la prévention et de l'éducation pour la santé devra être claire. Mais au début et souvent jusqu'à la fin, même secrètement, le plus grand intérêt de la plupart des agents de santé réside dans la médecine curative.

Après tout, l'agent de santé veut être apprécié. Il veut donc aider à répondre aux besoins ressentis des gens. Et nous devons respecter cela.

C'est seulement quand toute la communauté devient consciente du besoin d'action préventive que l'agent de santé aura comme souci principal la prévention.

La gageure pour les deux instructeurs et les agents de santé n'est pas seulement de répondre aux besoins ressentis des gens. c'est d'aider les gens à considérer et comprendre leurs besoins plus clairement. Mais le processus ne peut pas être forcé ou poussé. Les gens ont besoin de découvrir les raisons et de prendre les décisions eux-mêmes.

Le rêve et la réalité



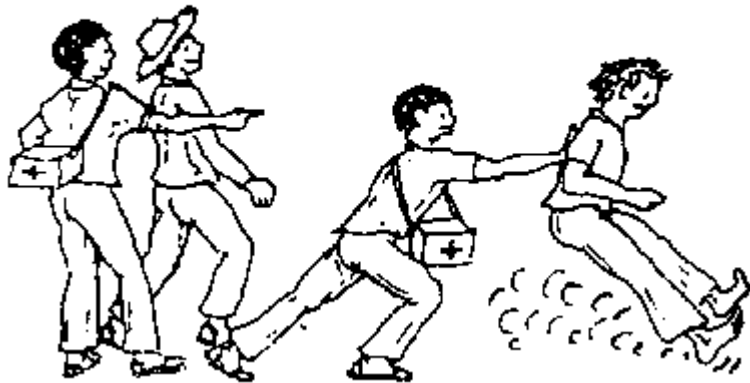
L'agent de santé peut montrer le chemin, mais ne doit pas pousser- s'il ou elle veut des résultats durables.

La même chose est vraie pour les instructeurs.

Quand cela est possible commencez par le secteur d'intérêt des étudiants. Mais soyez sélectif. Essayez de diriger leurs intérêts vers les besoins pressants de la communauté.

Indiquez la direction

Rappelez-vous:
INDIQUEZ LA DIRECTION mais ne PUSSEZ pas



Si l'intérêt primordial des étudiants est la médecine curative, commencez avec cela. Mais faites attention de ne pas commencer par enseigner des techniques fréquemment mal utilisées, telles que comment faire des piqûres ou utiliser un stéthoscope.

Trop souvent les docteurs et les agents de santé utilisent la seringue et le stéthoscope comme signe de puissance et de prestige. Les gens considèrent ces instruments comme magiques. Pour réduire ce problème, certains programmes enseignent la façon de faire des piqûres vers la fin du cours. c'est probablement sage. Considérez commencer l'étude de la médecine curative en regardant des remèdes maison utiles (voir WTND, Chapitre 1). Ou commencez avec des moyens de guérir sans médicaments (WTND, Chapitre 5). Ceci est plus approprié parce que :

- Cela souligne les traditions locales et les ressources.
- Cela encourage la confiance en soi.
- Cela permet aux étudiants de commencer à parler de leurs propres expériences.
- Cela aide à dissiper le mystère des remèdes traditionnels et modernes.
- Cela aide à éveiller les étudiants aux problèmes de sur-utilisation et de sur-dépendance aux médicaments modernes.

Comme vous le voyez cette approche est en partie préventive, même si elle traite principalement des traitements.

Guérir avec l'eau

GUERIR AVEC L'EAU



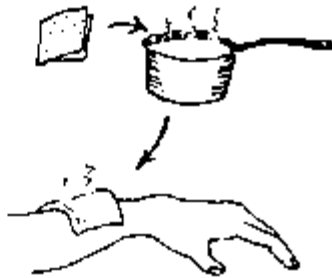
pour la toux



pour la poussière
dans l'oeil



pour le nez bouché



pour les infections
de la peau

Il est prudent de commencer les cours par les soins curatifs en discutant de remèdes utiles à faire chez soi ou des façons de guérir sans médicaments. --

CHOSSES IMPORTANTES QU'IL FAUT COMMENCER A DISCUTER DANS LES PREMIERS JOURS

Pour commencer un cours de formation de façon positive, et pour éviter les malentendus, certaines choses doivent être discutées ou éclaircies dès les premiers jours. Vous pouvez peut-être considérer la prévision de discussions de groupes dans les secteurs suivants :

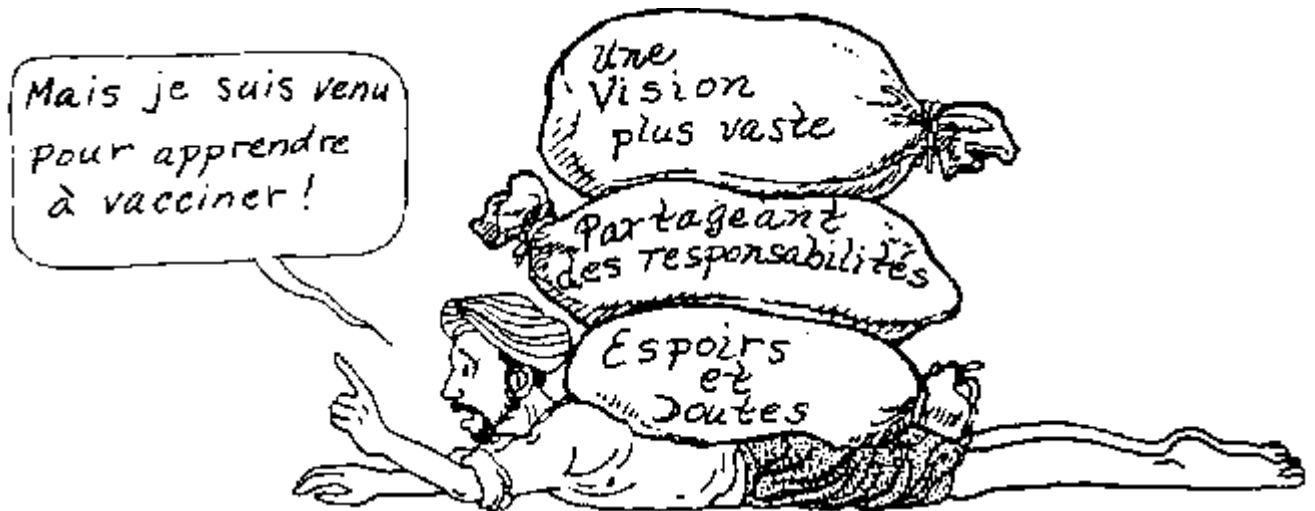
- Espoirs et doutes (à la fois des étudiants et des instructeurs) en ce qui concerne le cours.
- Le partage des responsabilités et la planification (étudiants et instructeurs ensemble)
- Quelles sont les caractéristiques d'un bon agent de santé ? D'un bon instructeur ?
- Différentes façons de considérer la santé, la maladie et d'être humain
- Buts, objectifs, et une vision plus vaste du programme
- Précautions, mises en garde et reconnaissance de vos propres limites
- Expériences des étudiants des besoins et des problèmes au sein de leurs communautés.
- Besoin d'un équilibre entre la prévention, le traitement, l'éducation et l'action communautaire

ATTENTION : Bien que tous les sujets ci-dessus soient d'une importance clé et peuvent mener à des discussions passionnantes, ils impliquent un grand nombre de conversations sérieuses. Aussi, certaines personnes n'ont peut-être pas l'habitude de penser à ces idées

ou craignent peut-être d'en discuter ouvertement. Aussi lorsque vous menez ces discussions, essayez d'être sensible aux sentiments, aux craintes, et aux besoins de chaque membre du groupe.

Aussi parce que ce sont tous des sujets "sérieux", il est sage de ne pas trop surcharger les gens d'un seul coup. Espacez ces discussions entre des cours et des activités pratiques, aux réponses faciles, et au cours desquels les étudiants apprennent en manipulant, en fabriquant et en accomplissant des choses.

Essayez de ne pas trop charger les étudiants au début avec trop de discussions sérieuses.



Équilibrez vos discussions avec l'enseignement de techniques pratiques.

ESPOIRS ET DOUTES

Certains programmes de formation trouvent utiles de passer l'une des premières périodes de discussions à donner à chacun la possibilité d'exprimer ses espoirs et ses doutes sur le cours. À chaque étudiant et instructeur on demande :

- "Qu'espérez-vous apprendre ou tirer de ce programme de formation ?"
- "Quels inquiétudes, doutes ou incertitudes avez-vous au sujet du programme ?"

Donner à chacun la possibilité d'exprimer ses espérances et ses doutes présentent trois avantages :

- Cela permet aux gens de commencer à parler les uns aux autres sur des sujets qui les préoccupent réellement.
- Cela aide les étudiants à réaliser que leurs idées et inquiétudes sont importantes, et seront prises en considération lors de la planification du cours.
- Cela donne aux instructeurs des idées pour adapter le cours de façon à mieux répondre aux désirs et besoins des étudiants.

Tout cela semble bon sur du papier' mais cela marchera-t-il ? Est-ce que les étudiants qui pour la plupart sont étrangers les uns aux autres, parlent de façon ouverte de leurs espoirs et de leurs doutes ?

Souvent cela ne marchera pas - du moins si les questions sont posées devant tout le groupe.

Mais s'ils se divisent en petits groupes de 2 ou 3 personnes, ils se sentent plus à l'aise pour exprimer leurs sentiments. Une personne dans chaque groupe peut être choisie pour prendre des notes durant ces discussions, et faire son rapport plus tard à tout le groupe. Il peut être surprenant de voir combien de sujets d'inquiétude importants émergent à la surface.

AMENER LES GENS A EXPRIMER LEURS DOUTES

(l'avantage de commencer la discussion avec des petits groupes)

1. Dans un grand groupe les gens trouvent souvent difficile de dire de qu'ils pensent ou ce qu'ils ressentent.

Grand groupe



2. Mais dans de petits groupes ils peuvent parler plus facilement

Petits groupes



3. Donc il est évident qu'il faut d'abord amener les gens à dire ce qu'ils pensent en petits groupes. Ils peuvent alors retourner dans le grand groupe pour faire leur rapport.

Pensent en petit groupes



LES COMITES D'ETUDIANTS

Les préparations quotidiennes, l'organisation et la bonne marche d'un programme de formation sont énormément de travail. Si les étudiants peuvent prendre en charge certaines des responsabilités, les instructeurs sont déchargés d'un lourd fardeau et chacun contribue. Etudiants et instructeurs deviennent des associés dans le travail. Cela donne aussi aux étudiants la possibilité d'apprendre les techniques de direction et de gestion.

On peut former quelques comités d'étudiants pour prendre en charge les différentes responsabilités. Ceci peut être fait pendant les premiers jours du cours. Si les instructeurs servent dans ces comités, il est important qu'ils y prennent part en tant qu'égaux et non en tant que chefs et qu'ils fassent le "sale travail" avec les étudiants.

Il se peut que vous souhaitiez considérer l'un de ces comités ou l'ensemble :

LA PLANIFICATION D'UN COMITE: décidez de ce que sera le programme journalier et hebdomadaire, quels seront les cours qui seront donnés et quand et par qui, etc. (il est important d'avoir des instructeurs dans ce comité. Mais si quelques étudiants y participent, c'est une expérience d'enseignement précieuse.)

COMITE DE NETTOYAGE : assure que les aires de réunion et de travail demeurent propres et nettes.

COMITE DE RECREATION : organise des jeux de groupes, de courts exercices de gymnastique entre les cours, raconte des histoires drôles, chante des ritournelles, des chansons et organise de excursions. Prévoit des activités durant les temps de libre avant ou après les cours, pendant le week-end ou quand le groupe a dû rester immobile pendant trop longtemps.

LE COMITE DE RECREATION PEUT ORGANISER DES DEUX COURTS ET ACTIFS POUR LE GROUPE ENTRE LES COURS



Par exemple, dessinez des cercles sur le sol - un de moins que le nombre de joueurs. La personne en dehors annonce un vêtement ou une couleur. Chaque personne portant ce vêtement ou couleur doit courir vers un autre cercle. La personne qui ne trouve pas de cercle vide devient la personne à l'extérieur.

COMITE D'EVALUATION : mène le groupe vers une critique constructive du cours en général, du contenu des cours, des instructeurs, de l'enseignement, des attitudes de chacun, etc.. Le comité aide à remédier aux problèmes, à améliorer la leçon en cours, et à faire des suggestions pour les cours à venir.

COMITE D'ENREGISTREMENT : prend des notes, fait des copies et distribue des feuilles contenant des informations précieuses non couvertes dans les livres. (La participation des instructeurs est précieuse ici également).

Lors d'un cours durant de 2 à trois mois, les responsabilités peuvent être alternées chaque semaine par exemple. Cela donne à chacun la possibilité de travailler sur chaque comité.

LA CLARIFICATION DES ESPERANCES INITIALES

Dès le début dans le groupe de travail, avant que les participants commencent à sentir dans quelle direction le groupe de travail va vraisemblablement se diriger, je trouve utile de demander aux participants de noter par écrit ce qu'ils attendent du groupe de travail. De façon spécifique, ils devraient noter :

1. Ce qu'ils espèrent tirer du groupe de travail
2. Ce qu'ils attendent des organisateurs du groupe de travail
3. Quel rôle ils espèrent jouer eux-mêmes

Cet exercice a deux buts. Il aide à sensibiliser les organisateurs des groupes de travail aux besoins et aux espérances du groupe en particulier en fonction de la connaissance et des techniques souhaitées ; et cela sert de repère des espérances initiales par rapport auxquelles il est possible d'évaluer les changements dans la perception des rôles, la compréhension des processus d'enseignement avec participation, et ainsi de suite.

En définissant le rôle, qu'ils attendent des organisateurs de groupe de travail, les participants utilisent souvent des termes tels que "Vous nous direz.." "Vous ferez une conférence sur.." "Vous nous apprendrez à..." Ils vont vraisemblablement assigner un rôle didactique à l'organisateur du groupe de travail. Il faut s'attendre à cela de la part de personnes qui ont été élevées dans un système d'éducation traditionnel où l'enseignant est considéré comme un dispensateur de connaissances et est révééré comme une source de sagesse.

Le même genre d'espérances peut être exprimé par des villageois quand ces agents de santé les rencontrent. Un but important du groupe de travail sera de dissiper cette attitude servile et de donner confiance aux participants quant à la pertinence et l'utilité de leurs propres contributions.

A la fin de chaque journée de travail, il se peut que vous vouliez que les participants coche leur rôle sur une liste d'activités pour créer une conscience des différentes manières dont ils sont impliqués. Demandez aux participants de répondre aux questions sur la Feuille d'Activités A-1. Il est important de NE PAS discuter avec le groupe de leurs espérances de rôle initiales avant la fin du groupe de travail. Alors ils seront en mesure d'apprécier la distance qu'ils ont parcourue.

PARTIE D'UN NOUVEAU GROUPE

Quel énoncé décrit le mieux ce que vous ressentez au sein d'un nouveau groupe ?

Généralement je :

- préfère m'asseoir en silence et écouter les autres.
- me sens suffisamment à l'aise pour prendre part à la discussion.
- me sens tout à fait prêt pour une forme quelconque de rôle de dirigeant
- souhaite quelquefois pouvoir prendre la suite et structurer la discussion
- me sens mal à l'aise
- préfère écouter pendant un certain temps puis participer une fois que je commence à connaître le groupe
- autres_____

Prospectus 53 C

CASSER LA GLACE ET RECHAUFFER L'ATMOSPHERE

"CASSER LA GLACE" - méthodes pour aider un nouveau groupe à lier connaissance, se décontracter et commencer à parler

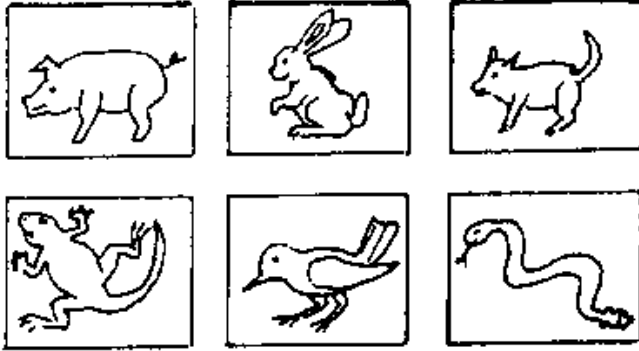
Quand un groupe se réunit pour la première fois, certaines personnes se connaissent peut-être déjà, mais bien d'autres ne se connaissent peut-être pas. Souvent ceux qui sont déjà

amis vont s'asseoir ensemble et se parler, mais ne se sentent pas à l'aise pour parler avec ceux qu'ils ne connaissent pas encore.

Plusieurs jeux ou "tours" peuvent être utilisés pour aider les gens à se connaître et se sentir à l'aise lors d'une réunion ou d'un cours :

1. COMMENT PAIRER LES PARTICIPANTS POUR LES PRESENTATIONS

Dessiner des coeurs, des animaux ou autres figures sur des morceaux de papier.
(Dessinez une figure pour deux personnes.)



Déchirez chaque morceau en deux.



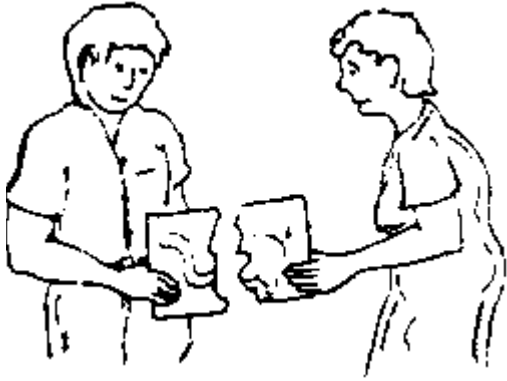
Froissez les morceaux en boules.



Mettez-les dans un chapeau et laissez chaque personne en prendre un.



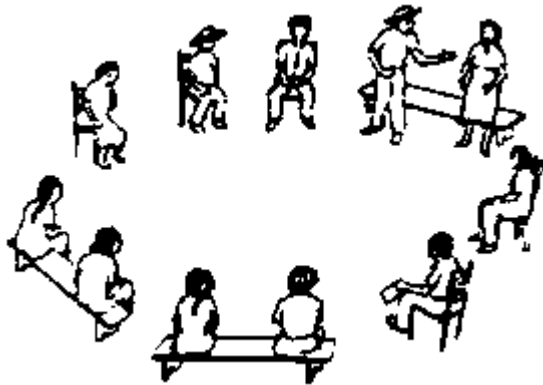
Maintenant chaque personne essaie de trouver son "autre moitié".



Chaque paire de gens avec des moitiés qui concordent passe 10 ou 15 minutes à se connaître.

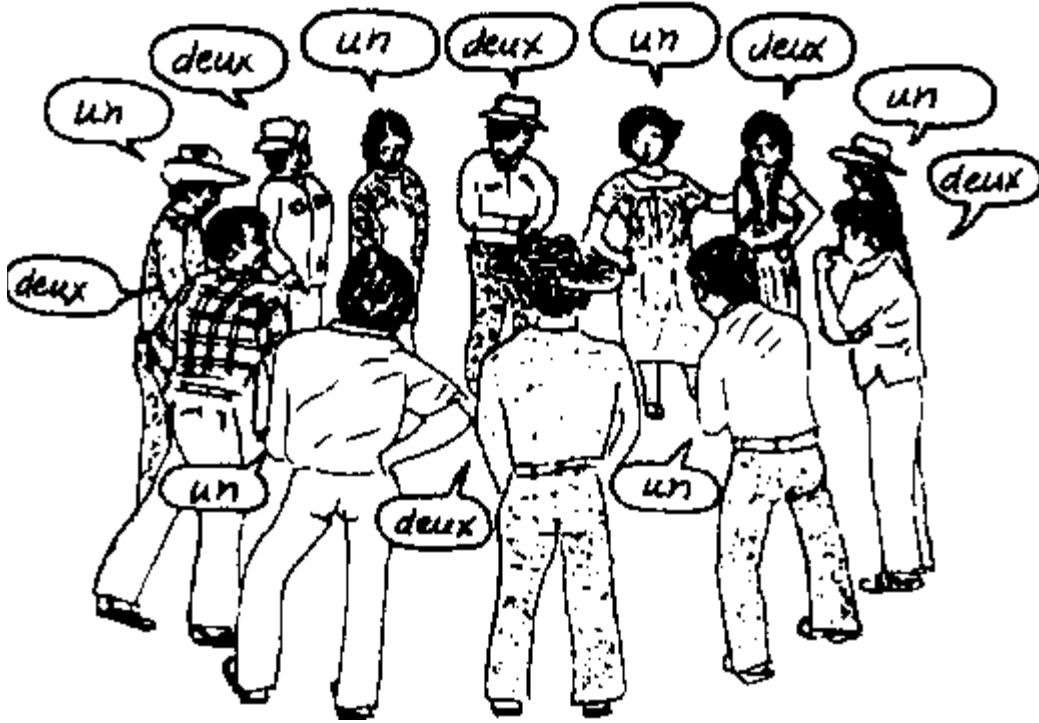


Enfin le groupe se réunit à nouveau et chacun à son tour présente son partenaire au groupe.

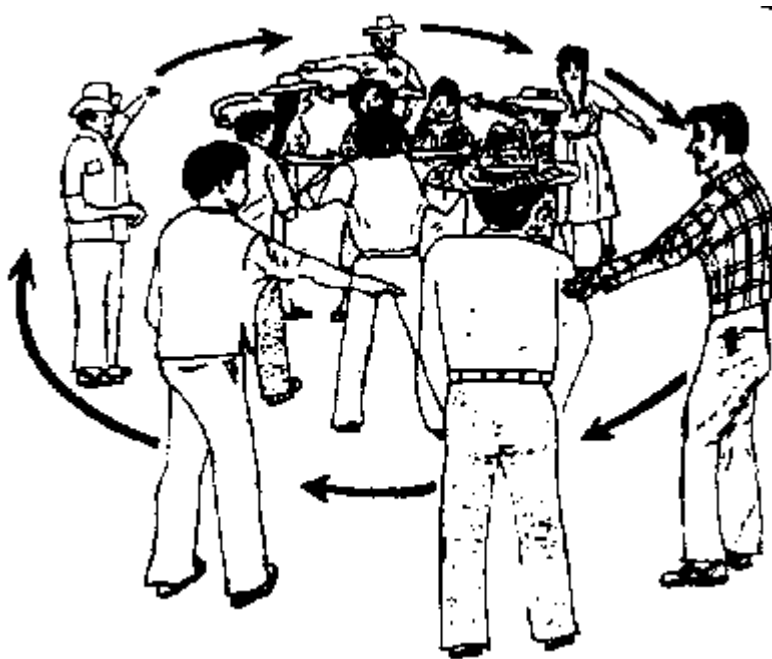


2. MANEGES OU TRAINS

Le groupe se divise en deux moitiés en comptant UN, DEUX, UN. DEUX -autour du cercle.



Alors tous les UNS forment un cercle et tous les DEUX forment un autre cercle autour d'eux.



Quand le chef dit "ALLEZ", le cercle UN court dans une direction et le cercle DEUX dans l'autre direction - en sifflant et soufflant comme des trains.

L'autre cercle



Quand le dirigeant crie "ARRETEZ", chaque personne se tourne vers la personne la plus proche dans l'autre cercle et se présente. Chaque paire parle ensemble d'un sujet suggéré par le dirigeant ou quelqu'un d'autre.

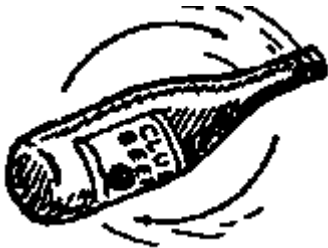
Au bout d'une minute ou deux, le dirigeant crie "ALLEZ" à nouveau et chaque cercle recommence à courir tout de suite comme avant jusqu'à ce que le dirigeant crie à nouveau "ARRETEZ". Cela peut être répété 4 ou 5 fois.

Après quoi, tout le groupe peut se retrouver pour discuter ce qu'il a appris.

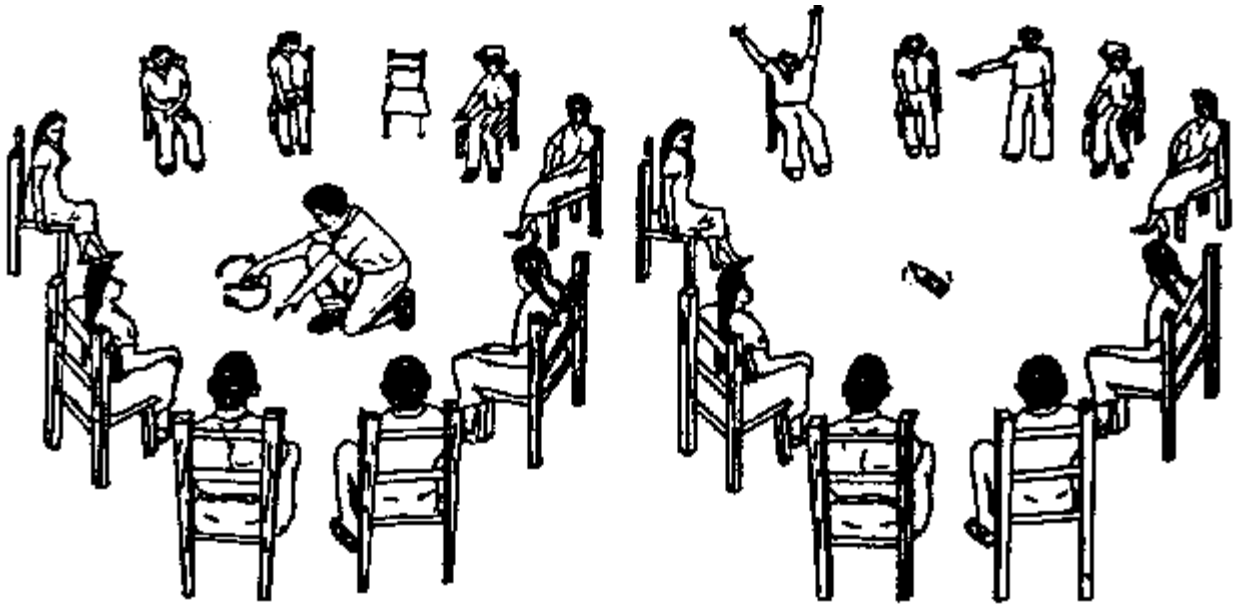
3. FAIRE TOURNER LA BOUTEILLE

Ce simple jeu est un moyen équitable de choisir un membre du groupe pour répondre à une question en particulier, démarrer une discussion, ou faire un certain travail. Si on a besoin de choisir plus d'une personne, on peut faire tourner la bouteille aussi souvent que nécessaire.

Bouteille



Chacun s'assoit en cercle. Une personne fait tourner une bouteille vide sur le sol au milieu du cercle. La personne vers qui est dirigé le goulot quand le bouteille s'arrête est la personne choisie.



Une fois qu'elle a répondu à la question ou fait le travail, la personne qui a été choisie fait tourner la bouteille à nouveau pour voir qui sera la personne suivante.

BETE ? UNE PERTE DE TEMPS ? OUI MAIS...

Les jeux pour "casser la glace" peuvent sembler ridicules. En fait, ils le sont souvent. Certaines personnes peuvent ne pas les aimer ou penser qu'ils sont une perte de temps. Ils le sont quelquefois. Mais ils peuvent parfois aider un groupe qui est trop sérieux ou trop tendu, à se décontracter et à commencer à s'apprécier les uns les autres.

Un ami qui a travaillé pendant de nombreuses années dans la santé communautaire dit : "Perdre du temps c'est en gagner." Prendre le temps de "casser la glace" et aider les gens à se lier les uns aux autres ouvertement peut faire une grande différence dans ce que les gens apprennent pendant le cours.

Nous ne devons jamais oublier que, bien que les latrines et les médicaments et les vaccins soient importants, le facteur le plus important qui détermine la santé humaine est la façon dont les gens travaillent et vivent et partagent et apprennent ensemble.

Egalement



Si nous pouvons tous apprendre à bien travailler ensemble dans notre programme de formation, peut-être pourrons-nous le faire également avec les gens de nos villages et nos voisins. Et ce sera un grand pas en avant vers la santé! Donc n'oubliez pas...

"Perdre du temps à se connaître et s'apprécier peut faire gagner du temps par la suite

AVOIR DU BON TEMPS

Pour qu'un groupe de travail soit couronné de succès, les trois choses les plus importantes d'après moi, sont les suivantes:

1. Mettre les participants à l'aise
2. Les impliquer avec succès dans des expériences de résolution de problèmes
3. Les encourager et les aider dans le domaine de l'auto-expression créatrice.

S'il y a suffisamment de confiance et d'enthousiasme, les participants détiennent désormais la balle. Pour bien apprendre il est important d'apprécier le groupe de travail et d'avoir un auto-concept agrandi.

Ceci n'est pas pour minimiser l'importance d'une planification approfondie. La planification en fait comprend à la fois les activités et les exercices individuels destinés à encourager l'implication des participants et l'établissement d'une séquence logique d'expériences grâce auxquelles, petit à petit, un nouveau concept intégral commence à émerger et est internalisé.

RECHAUFFER L'ATMOSPHERE

Pour mettre les participants à l'aise, il y a de nombreuses techniques de dynamiques de groupe qui peuvent être appliquées pratiquement partout. La chose la plus importante est de créer un climat d'acceptation mutuelle et de réduire la gêne.

Dans un pays où parler de soi est considéré comme de la vantardise, je trouve qu'il est préférable de ne pas demander aux membres du groupe de se présenter eux-mêmes. Les participants peuvent être réunis par paire, afin de s'interviewer et de faire les présentations mutuelles devant le groupe ; ou basées sur les interviews, de brèves descriptions peuvent être écrites sans donner le nom de la personne. Les descriptions sont alors mélangées et lues à haute-voix une par une. Le groupe ou bien identifie la personne d'après la description, ou la personne décrite se lève .

VOICI QUELQUES MOYENS DE CASSER LA GLACE ET QUELQUES STIMULANTS QUI ONT ETE UTILISES DANS LE PASSE :

MOYENS DE CASSER LA GLACE

- 1) Jeu de nom-allitération. Chaque membre du groupe choisit un adjectif pour être attaché à son nom commençant par la première lettre du nom. Par exemple -"Alice l'Affreuse", "Bernard le Bavard", etc.
- 2) Rôles dans votre vie - sur des cartes de 5x5. Par ordre de priorité et à partager en petits groupes.
- 3) Feu de votre vie. Les participants ont le temps qu'il faut à une allumette pour se consumer entièrement pour parler d'eux. Ceci est particulièrement efficace avec de grands groupes

- 4) Nom, ville d'origine, nourriture ou dessert préféré.
- 5) Découpez des cartes, des illustrés, des photos, du papier vierge en formes de puzzles.
- 6) Qu'est ce qu'il y a dans un nom ? Les participants échangent leurs idées sur leurs noms. Est-ce que ; aime mon nom ? Significations ? Origines ? Ancêtres célèbres ? Anecdotes, etc..
- 7) Dyades et présentation du partenaire.
- 8) Jeu de mémoire des noms. Le groupe s'assoit en cercle. La première personne donne son nom. La deuxième répète le premier nom et donne son propre nom. La troisième répète les deux premiers et ajoute son propre nom ; continuez à faire le tour du cercle avec la dernière personne répétant tous les noms dans le groupe.
- 9) Fredonner. Le moniteur sélectionne quatre ou cinq chansons populaires, les titres écrits en double sur des petits morceaux de papier autant de fois qu'il y a de personnes dans le groupe. Chaque participant prend un titre de chanson dans un chapeau et doit faire les cent pas dans la salle fredonnant la chanson en essayant de trouver les autres membres du même groupe de chanson.

STIMULANTS

Les stimulants sont de courts exercices destinés à réveiller les gens, à créer/changer l'humeur et/ou focaliser l'attention des gens sur vous comme vous les dirigez vers l'activité suivante.

Les stimulants donnés ici ne sont que des suggestions. Si vous en avez d'autres utilisez-les. Il est important de choisir des exercices avec lesquels vous êtes à l'aise et qui servent le mieux votre dessein.

Le moniteur doit être plein d'entrain et encourageant de façon à établir le ton et l'environnement corrects pour que les participants aient envie de participer.

Les stimulants sont généralement les plus propices au début des séances ou des exercices et sont aussi utiles en tant qu'activité durant les "pauses".

Tapement

Demandez aux participants de se lever et d'allonger les mains aussi haut qu'ils peuvent au-dessus de leurs têtes. Alors, avec leur paume ouverte, demandez-leur de commencer se taper la tête, d'abord le dessus, puis partout - les oreilles, les joues - puis de les déplacer petit à petit vers les épaules, de les étendre dans le dos aussi loin qu'ils peuvent, puis sur la poitrine, en écoutant cette fois-ci - tapant la poitrine plus fort, puis le ventre, chaque jambe et finalement tout le long du corps et en finissant par pousser un cri.

Buzz-fizz

Formez des petits groupes de 5-7 personnes. Comptez les gens du groupe. Quand vous arrivez à un nombre avec un 5, ou n'importe quel multiple de 5, vous dites "BUZZ". Quand vous arrivez à un nombre avec un 7 ou un multiple de 7, vous dites "FIZZ". Si

vous arrivez à une combinaison - vous dites "BUZZ-FIZZ". Si vous faites une erreur, recommencez à 1.

La grande chaise

Demandez aux participants de se mettre debout et de former un cercle fermé les uns derrière les autres. Demandez-leur de poser leurs mains sur les épaules de la personne qui est devant et de lui faire un massage du cou et des épaules de façon vigoureuse pendant quelques instants. Alors demandez-leur de fléchir lentement les genoux jusqu'à ce qu'ils sentent le dos des genoux de la personne devant eux, et puis de se lever. Doucement à nouveau demandez-leur de plier les genoux comme

Stimulants (suite)

s'ils s'asseyaient sur une chaise, chaque personne s'asseyant sur les genoux de la personne de derrière. Au bout d'un moment quelqu'un en général perd l'équilibre et la chaise s'effondre.

Noeuds

Divisez le grand groupe en petits groupes de 5 à 7 personnes. Demandez à chaque groupe de former un cercle tourné vers l'intérieur. Demandez à chaque participant de tendre la main droite et de prendre la main droite de la personne qui est en face. Demandez-leur de faire la même chose avec la main gauche, prenant la main gauche d'une autre personne. Maintenant sans lâcher les mains, demandez-leur de se dégager de façon à former un cercle de personnes qui se tiennent les mains. Ils ne vont pas forcément regarder tous dans la même direction.

Pousser le partenaire

Demandez aux participants de se lever et de faire face à un partenaire, les jambes écartées. Demandez-leur de se pousser mutuellement avec la paume des mains grande ouverte et d'essayer de se faire tomber. Ceci est impossible s'ils le font bien.

Lutte de traction à la corde

Les participants se divisent en deux équipes et, en utilisant une corde imaginaire, tirent aussi fort qu'ils peuvent dans des directions opposées.

Le jeu de miroir

Les participants A et B se font face. A commence à faire un mouvement tel que faire une grimace ou bouger les bras. Lentement, B reflète le même mouvement. Au bout d'un moment, inversez les rôles.

Yoga - l'haleine de feu

Les individus sont debout à l'aise. Suivant les mouvements du dirigeant, ils passent par les étapes suivantes

- Jambes écartées de la largeur des épaules, avec les genoux en quelque sorte fléchis.
- Serrez les poings et mettez-les sur la poitrine, les coudes à l'horizontal par rapport au sol.

- Aspirez - les bras s'étendent sur le côté.
- Expirez - Les bras à nouveau sur la poitrine.
- Commencez à respirer rapidement (haleine de feu).

Stimulants (suite)

Zoom

Demandez aux participants de s'asseoir en cercle tourné vers l'intérieur. Le dirigeant tourne la tête vers la personne à sa droite et lui "envoie" le mot "Zoom". Le réceptionneur alors se tourne vers la personne sur sa droite et fait la même chose, jusqu'à ce que le cercle soit complet. Le dirigeant peut faire aller plus vite, demander aux participants de le "dire avec colère" ou "de façon sexy"; ou "en murmurant". Pour fermer le cercle, le dirigeant dit "Zilch".

TOUS MES AMIS

Placez les chaises en cercle tourné vers l'intérieur. Il y aura une chaise de moins que le nombre de participants, avec le membre restant debout au milieu du cercle. Il dira : "Tous mes amis portent des Tee-shirts rouges" (ou la caractéristique qu'il choisit). Chaque personne portant un tee-shirt rouge devra quitter sa chaise et puis avec la personne du milieu devra s'arranger pour s'asseoir à nouveau. La personne qui reste au milieu répète "Tous mes amis... (sont grands, portent des lunettes, aiment la pizza, etc..). Le jeu continue aussi longtemps que le moniteur pense qu'il est approprié.

DANS LA RIVIERE, SUR LA RIVE

Chacun se tient en cercle en tenant les autres par le bras. Une personne sort du cercle pour donner des commandements. Quand elle dit : "dans la rivière" chacun saute un pas en avant, quand elle dit "sur la rive", chacun saute un pas en arrière. Les commandements n'ont pas besoin d'être donnés en alternance mais doivent être donnés rapidement. Une personne qui se trompe et saute du mauvais côté doit quitter le cercle. Le jeu se termine quand tout le monde a été éliminé hors du cercle.

Prospectus 53 D

ORGANISATION ET LOGISTIQUE

LA PLANIFICATION DU GROUPE DE TRAVAIL

Une des clés d'un groupe de travail réussi est sa planification par toute l'équipe de formation : organiseurs, spécialistes des médias, artistes, spécialistes de la nutrition et de la santé, et secrétaires. Les membres de l'équipe devraient se réunir pendant plusieurs jours pour planifier le groupe de travail, décider de ses objectifs, préparer l'emploi du temps, créer du matériel d'enseignement et réunir les ressources. Les décisions sont prises par tous les membres de l'équipe de formation, non pas seulement par un moniteur ou une personne chargée de la planification. Ce genre d'efforts en collaboration inclut l'approche de participation dans le processus de planification ainsi que dans le programme de formation.

Pendant la séance de planification, les membres de l'équipe se divisent en groupes plus petits pour mettre au point les activités destinées à l'enseignement. De cette façon il est possible d'utiliser les talents individuels et de groupe de l'équipe de formation. Les groupes plus petits prennent la responsabilité de diriger les activités du groupe de travail, de préparer le matériel, et de réunir les ressources dont ils auront besoin. Chaque moniteur devrait aussi avoir la possibilité d'essayer une nouvelle activité avant la réunion du groupe de travail. Au moins cinq jours complets sont requis généralement pour planifier un groupe de travail de deux semaines.

LISTE DE VERIFICATION DU GROUPE DE TRAVAIL

Lors de la planification et de la mise en oeuvre des groupes de travail sur l'enseignement à participation de la nutrition, il y a d'importants facteurs à considérer. Une série de trois groupes de travail avec des activités de suivi soigneusement planifiées est la base de l'approche. De plus, le fait d'avoir des moniteurs et des stagiaires travaillant ensemble pour mettre au point le matériel d'enseignement de la santé et de la nutrition est intégral au processus.

D'autres facteurs à considérer sont résumés ci-dessous.

Sélection du pays

1. Y-a-t-il un engagement national pour le support des programmes de développement de la communauté locale ?
2. Quel est l'intérêt national et local qui existe envers les programmes d'éducation pour la santé et la nutrition ?
3. Est-ce que des agents de santé basés dans la communauté sont disponibles localement ?
4. Est-ce que vous avez l'entière coopération d'un organisme local pour coordonner les groupes de travail et les suivi des activités ?
5. Est-ce que des sources locales sont disponibles pour la formation et le développement du matériel, et pour la production et la distribution de matériel éducatif ?
6. Est-ce que le gouvernement a approuvé le projet et la formation d'agents de santé en association avec des organismes locaux ?

Sélection des moniteurs

1. Sélectionnez une équipe de moniteurs avec un moniteur pour six à huit participants. L'équipe devra inclure un spécialiste de 1; instruction non-formelle ; un spécialiste de la nutrition/santé ; un spécialiste de la mise au point du matériel; un illustrateur; et un coordinateur des groupes de travail et un personnel suffisant de support logistique/secrétariat. Au moins un membre doit avoir l'expérience du travail avec des techniques de participation.
2. Est-ce que chaque membre de l'équipe est :

Expérimenté dans le travail avec des organisations et des travailleurs basés dans la communauté ?

Versé dans les conditions, les croyances et les pratiques locales ?

Intéressé par la nutrition et la santé préventive ?

Conscient des approches et des priorités nationales ?

Prêt à apprendre les techniques de formation avec participation ?

Engagé à prendre une part active à tous les stades du projet et aux groupes de travail: planification, formation et suivi ?

Sélection du participant

1. Tous les participants doivent être des agents de santé basés dans la communauté ou d'autres personnes de la communauté prêts à travailler dans la nutrition et la santé (de préférence sélectionnés par la communauté). La sélection ne doit pas être basée sur la connaissance technique ou l'éducation.

2. Est-ce que le stagiaire potentiel est :

Capable et prêt à donner son temps et son travail à la communauté ?

Enthousiaste quant aux nouvelles idées et à leur application dans son travail ?

Engagé à prendre part à tous les groupes de travail et à toutes les activités de suivi ?

3. Autres facteurs :

Les participants devraient représenter les organismes gouvernementaux locaux qui s'intéressent à la santé et à la nutrition et qui ont des programmes dans les communautés locales.

Les organismes des participants devraient s'intéresser à l'application d'une méthodologie à participation dans leurs programmes.

Les participants devraient venir de communautés ou régions proches l'une de l'autre de manière à pouvoir travailler en équipes.

Groupe de travail

1. Organisez une série de groupes de travail espacés sur une période de plusieurs mois pour accorder du temps aux pratiques sur le terrain du matériel et au suivi des activités.

2. Sélectionnez un endroit pour le groupe de travail selon les critères suivants :

Atmosphère agréable pour la formation,

Logement et repas offerts sur les lieux,

Disponibilité des communautés proches qui sont représentatives des communautés où les

participants des groupes de travail exercent leur travail et où la pratique sur le terrain est possible.

3. Durant les groupes de travail, accordez un certain temps à la récréation pour les participants et les moniteurs.

4. Edifiez sur chaque groupe de travail et incorporez les techniques acquises durant le précédent.

Mise au point du matériel

Critères :

1. Utilisez la culture locale comme base du contenu et de l'application du matériel.
2. Adaptez les techniques de communication traditionnelles telles que les histoires et le théâtre populaire parmi les membres de la communauté.
3. Concevez un matériel qui soit approprié à la fois pour les publics lettrés et illettrés.
4. Créer du matériel qui soit agréable à regarder et qui soit conçu pour stimuler l'action.
5. Considérez les facteurs qui influencent les possibilités de reproduction lors de la conception du matériel (par exemple, la variété des couleurs).

Processus :

1. Développez du matériel échantillon lors de la séance de planification avant le groupe de travail.
2. Basez le matériel d'instruction pour la santé et la nutrition sur l'évaluation des besoins menée par les participants à la suite du premier groupe de travail.
3. Faites en sorte que les participants et les moniteurs, en consultation avec les membres de la communauté, identifient les sujets, créent les messages prioritaires et produisent le matériel.
4. Durant le groupe de travail, développez du matériel qui peut être complété et distribué à tous les stagiaires.
5. Gardez les dessins et la conception suffisamment simple pour encourager les stagiaires à participer au développement du matériel. Ceci peut être illustré par un artiste durant le groupe de travail.
6. Reproduisez le matériel dans le pays en utilisant les techniques disponibles ou former les gens locaux si nécessaire. Partagez le matériel avec les organismes gouvernementaux et bénévoles privés pertinents.
7. Donnez aux participants les fournitures pour développer le matériel dans leurs communautés.

8. Démontrez qu'on peut utiliser un matériel de plusieurs façons, tel que stimuler la discussion et transmettre un message, selon le but de l'activité.

Suivi

1. Les visites de suivi aux participants se tiennent immédiatement après le groupe de travail. Les plans pour les visites sont faits pendant le groupe de travail.
2. Le coordinateur du projet fait des visites de suivi fréquemment (une fois tous les mois ou tous les deux mois) dans les communautés.
3. Les visites sont prévues pour coïncider avec les activités d'enseignement programmées aux réunions de la communauté.
4. Les réunions du district entre les moniteurs sont organisées pour fournir la possibilité de partager les idées et les ressources.
5. Les moniteurs fournissent un support technique, des informations sur les activités et les fournitures supplémentaires et les ressources aux stagiaires.
6. Le coordinateur facilite la liaison des moniteurs avec les ressources des organismes locaux.
7. Le coordinateur aide les moniteurs à intégrer les nouvelles techniques et activités aux responsabilités de leur travail.
8. Le coordinateur rencontre les superviseurs des agences locales pour les encourager à aider les stagiaires dans leur travail.

SUIVI

Les agents de la communauté sont souvent envoyés à des groupes de travail de formation où ils sont stimulés pour agir avec de nouvelles techniques et informations, pour revenir dans leurs communautés avec seulement très peu de ressources ou de support. De façon à fournir un travail efficace, un agent de la communauté aura besoin d'être encouragé. Ceci peut provenir des visites de suivi fréquentes par un membre de l'équipe de formation, par d'autres agents qui assistèrent aux séances de formation et par les membres de la communauté eux-mêmes. Ces systèmes de support doivent être développés par le truchement des groupes de travail et les visites qui eurent lieu ensuite. Dans nos deux séries de groupes de travail, c'était les coordinateurs du projet qui assumaient la responsabilité des ces visites de suivi. De plus, pendant les groupes de travail, des équipes d'agents de la communauté furent mises au point selon les régions d'où elles venaient de façon à pouvoir continuer à travailler ensemble et se supporter mutuellement après les groupes de travail, quand elles retournent dans leurs communautés.

Une visite de suivi bien planifiée a lieu une fois tous les mois ou tous les trois mois. Cette visite est organisée entre le moniteur et l'agent de la communauté longtemps à l'avance. La première peut être établie pendant le groupe de travail. La visite doit aussi être signalée aux chefs locaux et aux superviseurs des agents de la communauté, dont certains ont peut-être participé au groupe de travail.

En faisant les visites de suivi, les moniteurs devraient accorder au moins un jour entier avec chaque agent de la communauté ou équipe d'agents dans la même région.

Les visites devraient inclure :

- des réunions avec les représentants locaux ;
- du temps avec l'agent ou l'équipe pour discuter de problèmes qui ont pu survenir et pour passer en revue les activités qu'ils ont essayées ;
- une révision des préparations pour l'expérience d'enseignement devant se tenir ce jour-là ;
- l'observation et la participation à l'expérience d'enseignement pour aider à construire la confiance en soi de l'agent de santé et l'image de la communauté de cet agent ;
- la fourniture de matériel et ressources que les agents de la communauté ont demandés.

De nombreux aspects peuvent être inclus dans les réunions auxquelles les équipes d'agents participent dans leurs communautés. Il est important d'encourager les agents de la communauté à se demander de l'aide mutuellement avec les nouvelles techniques, les activités, et le matériel de façon à construire un système de support qui fonctionne. Les agents de la communauté devraient être en mesure de pouvoir contacter les moniteurs s'ils ont besoin d'aide entre les visites de suivi programmées, si nécessaire, et de demander l'aide de leurs propres superviseurs. Le coordinateur du projet devrait se réunir avec les superviseurs de l'organisme local pour les encourager, leur fournir des ressources quand nécessaire, et appuyer les agents de la communauté au fur et à mesure qu'ils essaient d'appliquer de nouvelles méthodes à leur travail. A Saint Domingue, les membres d'une communauté décidèrent d'organiser un projet pour planter des jardins potagers. L'équipe d'agents de la communauté les aidèrent à organiser le projet et à faire une demande pour des graines et de l'engrais auprès de l'organisme agricole local.

Durant les visites de suivi, il est utile que les agents de la communauté aident le coordinateur du projet à faire une liste des points importants à noter durant les activités sur le terrain. Cette liste pourrait former le cadre de l'évaluation du projet. Quelques points à considérer pourraient inclure ce qui suit :

Combien d'expériences d'enseignement ont été réalisées par l'agent de la communauté ?

Est-ce que les villageois participent activement ?

Est-ce que l'agent de la communauté a observé des changements dans les attitudes ou pratiques parmi les membres de la communauté ?

A quoi les gens s'intéressent-ils et veulent-ils davantage d'informations sur un sujet ?

Quelles sont les ressources locales disponibles ? Sont-elles utilisées ?

Les visites de suivi sont importantes pour la planification des groupes de travail ultérieurs. Selon notre expérience, après le premier groupe de travail, les stagiaires retournèrent chez dans leurs communautés et utilisèrent de nouvelles approches pour identifier les problèmes de santé et de nutrition. Les stagiaires discutent de ces problèmes

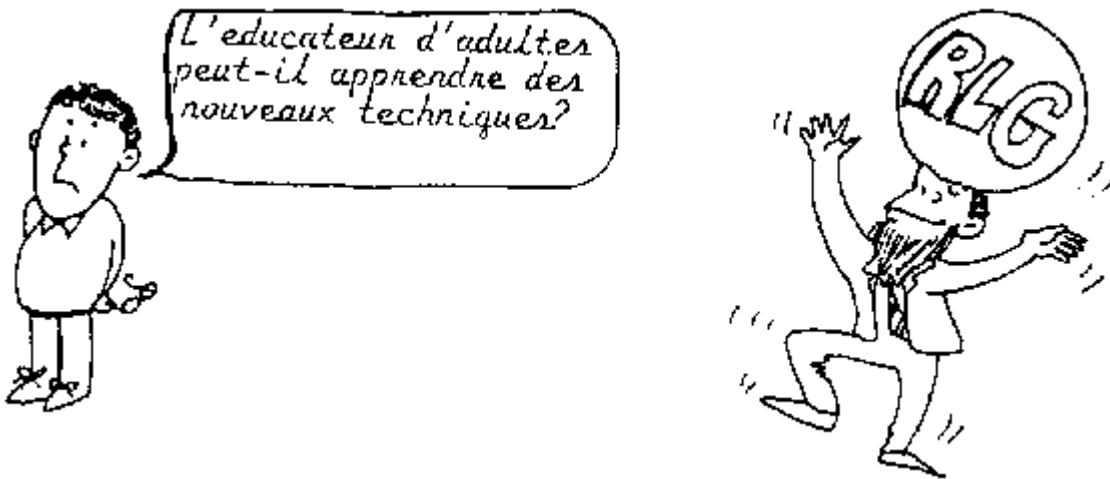
lors de visites de suivi, et avec cette information, sont capables de préparer du matériel éducatif utile pendant la séance de planification du prochain groupe de travail.

Les systèmes de support et de suivi sont critiques pour le succès du programme parce que les agents de la communauté ont besoin d'un support pour avoir confiance en eux et se sentir à l'aise lors de l'utilisation des nouvelles techniques qu'ils ont apprises. Nous pensons que les visites fréquentes de suivi par les coordinateurs du projet contribuent à l'application des nouvelles techniques.

Gestion de la formation

Les cours de formation doivent être strictement organisés. Nous pensons que l'un des vrais grands problèmes de l'éducation non-formelle est l'organisation inadéquate. Souvent il sembla que l'éducateur d'adultes est content simplement d'avoir son coeur au bon endroit-et bien sûr cela est important, mais ce n'est pas suffisant. D'autres professionnels organisent avec beaucoup de soin pour arriver aux fins souhaitées-et ils ont beaucoup à offrir à l'éducateur d'adultes s'il a l'humilité et le coeur d'apprendre.

Gestion de la formation



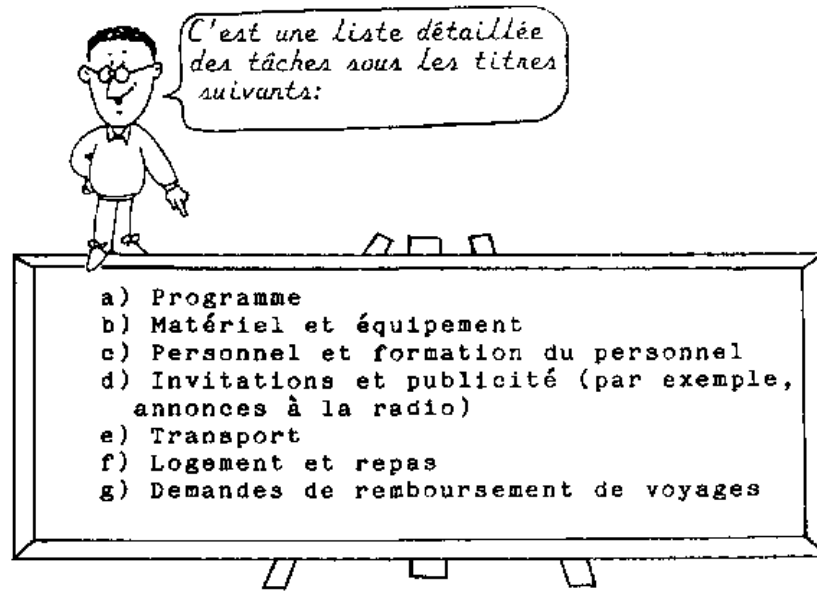
Considérons un exemple

Le pilote de ligne est responsable de ses passagers, de son équipage et de son avion. L'éducateur d'adultes est responsable de ses collègues, de ses clients et souvent de beaucoup de matériel. Le travail de l'éducateur est tout aussi important, disons que le transport aérien. Il doit être manipulé avec la même responsabilité méticuleuse.

Une grande partie de l'organisation professionnelle a trait aux listes de procédures - de vérification. Par exemple, le pilote de ligne utilise une liste de vérification pour s'assurer que tout est bien avant le décollage et il utilise la liste de vérification pour tous les autres stades de chaque vol.

Un exemple de la liste de vérification du cours de formation est donné à la page suivante.

Exemple de la liste



Une personne doit être responsable pour chaque tâche et doit avoir un délai. Une fois que la liste de vérification est faite, elle fournit un ordre du jour pour les réunions du comité responsable pour la bonne marche du cours. Si la liste de vérification est bien utilisée à tous les stades, cela permettra au cours de formation d'atteindre les résultats souhaités. Cela permettra d'éviter la panique bien connue de la dernière minute.

LISTE DE VERIFICATION POUR LA FORMATION

1 Programme Voir l'emploi du temps en détails

2. Matériel et équipement (voir liste séparée) Entreposage Sécurité Dispositions et personnel responsable

3. Personnel et formation du personnel

Nombre de personnel requis pour le cours

Emploi du temps de la formation du personnel

Logement et repas du personnel

Transport du personnel

Autorité pour dispenser le personnel de travail régulier

Invitation au personnel pour assister au cours de formation

(buts, dates, transport et autres dispositions administratives)

Personnel et formation du personnel



4. Invitations et publicité

Lettres d'invitation aux chefs de RDG
(apporter son coussin, ses couverts etc)

Annonces à la radio

Annonces aux réunions publiques

Affiches

Communiqués de presse

Note d'information aux parents par le truchement des enfants de l'école

5. Transport

Préparation du programme de transport soit en

a) prévoyant le transport des stagiaires ou

b) en demandant aux stagiaires de venir par leurs propres moyens au cours (frais de transport devant être remboursés à l'arrivée)

6. Logement

Chambre pour ___ hommes

___ femmes (quelquefois avec de jeunes enfants)

Grande salle de conférence

Salles de formation des groupes (Divisez le nombre de participants par 10)

Salle de réunion du personnel/bureau

Salle d'entreposage

Toilettes et lavabos

Emplacement pour les repas

Personnel de nettoyage

7. Nourriture

Menu

Liste de vérification de la nourriture

Chef cuisinier
Personnel nécessaire
"Briefing" des cuisiniers sur l'emploi du temps des cours

8. Demande de remboursement de frais de voyage

Système d'avance de fonds pour remboursement (y compris les dossiers corrects).

Prospectus 53 E

FEUILLE DE CONCEPTION DU GROUPE DE TRAVAIL ET PROGRAMME

OBJECTIF	ACTIVITES	TEMPS	MATERIEL	EVALUATION	COORDINATEUR DE L'ACTIVITE

Prospectus 53 F

COURS DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE

par L. Ann Voight *

Ce texte est un condensé de la version originale

La formation ne peut pas résoudre tous les problèmes qui empêchent les agents de santé de faire du bon travail. D'autres conditions de services peuvent handicaper sérieusement les agents de santé. Ce sont le manque de médicaments, de support logistique, les systèmes d'enregistrement et de référence ou les plans de services ou l'inaccessibilité (financière, géographique ou culturelle) du service à la population. Dans de telles situations, la formation ne peut pas vraiment aider et traiter ces problèmes qui sont nettement en dehors de la perspective d'un cours de formation.

La formation peut aider dans des situations telles que celles-ci :

-Si les agents de santé n'ont pas appris comment faire correctement certaines ou toutes les tâches qui constituent leur travail.

-Si de nouvelles tâches sont ajoutées à leurs responsabilités.

-Si les méthodes de travail, l'équipement ou le matériel ont été changés.

-Si les agents de santé utilisent rarement une technique et ont besoin de la revoir.

La motivation et les attitudes des agents de santé affectent aussi la façon dont ils font leur travail. Ils peuvent mal faire une tâche parce qu'ils n'ont pas assez de temps, s'ennuient ou sont irrités ou anxieux parce que vous les observez. Cela aide de fournir suffisamment de temps et/ou de l'aide supplémentaire, de changer la description d'un travail, de féliciter ou de reconnaître un travail bien fait. Ces genres de solutions sont liées à la formation et sont discutées dans ce cours.

* Mme L. Ann Voigt est une infirmière éducatrice au ministère de la santé et des services humains aux Etats-Unis. Elle a mis au point ce module pour la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance du ministère de la santé publique. Ont été aussi inclus dans ce module, du matériel tiré du livre de David Werner/Bill Bowester: Helping Health Workers Learn, et du livre de Frank Abbatt Teaching for Better Learning.

Formation sur le tas

Les superviseurs peuvent former les gens tandis qu'ils sont au travail. Une visite de routine aux installations de santé est un bon moment pour enseigner une nouvelle tâche ou pour corriger les problèmes de performance identifiés durant la visite. Il faut faire des prévisions spéciales à cet effet. Les visites de supervision de routine doivent être programmées à l'avance et vous devriez rester avec les agents de santé suffisamment longtemps pour les observer durant toute une séance de travail et pour répondre aux questions et discuter des problèmes ensuite.

1. Identifier les problèmes de formation*

Quand vous identifiez un problème de travail à l'installation, demandez-vous :

-Est-ce que cela peut être corrigé par la formation ?

-Si c'est le cas, vaut-il mieux le résoudre par la formation individuelle ou de groupe ? (Est-ce que cela concerne uniquement un employé ou plusieurs membres de l'équipe de santé ?)

2. Déterminez le meilleur moment pour la formation

Il n'est pas bon d'interrompre des agents de santé pour parler de chaque problème quand vous les remarquez. Faites une liste des problèmes observés et attendez que la séance de dispensaire soit terminée et que les patients soient rentrés chez eux. Une exception cependant dans le cas où il n'y ait que quelques patients et que vous pouvez faire des commentaires sans déranger ou provoquer un embarras, ou si vous remarquez un problème qui présente un risque mortel.

3. Déterminez le meilleur moyen de pratiquer la formation

Les agents de santé ont tendance à être souvent blâmés mais jamais félicités. Commencez par reconnaître et féliciter pour le travail qui a été bien fait. Assurez-les que vous êtes là pour les aider. Ecoutez-les! Laissez-les identifier leurs problèmes d'abord et puis discuter des problèmes que vous avez identifiés. Rappelez-vous que le but principal de votre visite est de renforcer leur tâche.

Si le problème est spécifique à une équipe ou à plusieurs membres de cette équipe, il est peut-être nécessaire d'organiser une séance de révision pour cette équipe. Si le problème concerne un agent de santé individuel, parlez avec lui/elle après le dispensaire. Faites des éloges sur ce qui a été bien fait. Décrivez ce qui n'a pas été fait correctement ou pas du tout. Décrivez et démontrez comment faire la tâche correctement. Faites-lui recommencer la tâche. Vous pouvez aussi enseigner en aidant pendant les consultations au dispensaire. Comme vous travaillez les agents de santé vont observer votre technique correcte. Après

le dispensaire, il se peut que vous deviez passer en revue les points à leur intention. Prenez soin de ne pas faire leur travail à leur place, toutefois.

* Voir la liste des situations dans lesquelles la formation peut aider à la page 1.

EXERCICE A

Durant une visite de supervision au centre de santé vous observez le personnel en train de peser des bébés, Vous remarquez que la balance n'est pas correctement équilibrée. Aucun membre du personnel ne vérifie la balance avant de peser pour voir si elle revient bien sur zéro. En tant que superviseur que faites-vous ?

COURS DE FORMATION FORMELS

Quelquefois la formation ne peut pas avoir lieu durant une visite de supervision. Une séance de formation ou un groupe de travail s'avère alors nécessaire.

1. Sélectionnez les stagiaires, les moniteurs et le lieu de formation

a. Les stagiaires

Les personnes sélectionnées pour la formation peuvent être des agents de santé avec de l'expérience qui seront appelés à exécuter des tâches supplémentaires ou à prendre davantage de responsabilités. Ils peuvent être des personnes venant d'être employées qui n'ont pas d'expérience antérieure et/ou pas de formation dans le travail lié à la santé.

Dans les soins de santé primaires, le but est d'avoir des agents de santé venant de la communauté et responsables devant elle. Donc, les moniteurs devraient discuter le travail de l'agent de santé avec les représentants de la communauté, c'est-à-dire le comité de santé du village. Cela aidera la communauté à choisir la personne ou les gens qu'il faut recevoir la formation.

b. Les moniteurs

Les agents de santé peuvent être formés par des superviseurs, des moniteurs professionnels ou des agents de santé comme eux qui ont reçu une formation spéciale ou qui sont plus compétents.

Lors du choix de la personne chargée de la formation, rappelez-vous que les enseignants viennent peut-être d'un milieu social et culturel différent de celui des étudiants et ne connaissent pas la situation réelle des étudiants ni le milieu dans lequel ils travaillent. Une personne venant d'un milieu culturel et social semblable, qui vient de la même région ou d'une région proche et qui parle la langue locale des stagiaires, toutefois fournira la meilleure formation.

Histoire

Une infirmière visiteuse a assisté à un cours de formation pour les agents de santé du village (ASV), enseigné par des agents de santé du village avec de l'expérience. Elle forma des auxiliaires de la santé et pensa que les instructeurs au niveau du village

auraient mieux fait le cours. Donc ils suggérèrent qu'elle fasse un cours démonstration sur "la prévention de la déshydratation?."

Le cours de l'infirmière était soigneusement chronométré: 40 minutes de cours et 10 minutes de questions. Elle couvrit les diarrhées virales et bactérielles et la déplétion d'électrolytes brièvement et de façon experte, nommant les causes principales et décrivant la physiologie.

Histoire



Quand elle eût fini, elle demanda à stagiaire après stagiaire s'ils avaient compris comment éviter la déshydratation d'un enfant avec la diarrhée. Seulement deux personnes avaient compris le cours ; les deux qui avaient été dans le secondaire. L'un des stagiaires avait fait une liste de plus de 20 mots que personne n'utilisait dans le village. Il lui demanda d'expliquer certains d'entre eux. Chaque fois qu'elle essaya elle utilisa encore deux ou trois mots que personne ne comprenait. Alors un instructeur de village lui demanda de donner le cours à nouveau en utilisant des mots simples et des exemples pris dans la vie du village. Elle dit qu'elle ne pensait pas pouvoir le faire et demanda à un instructeur du village de le faire pour elle le lendemain.

Le jour suivant, l'instructeur local, au lieu de commencer par le cours, plaça deux verres sur la table. La nuit d'avant, il avait mis des fleurs dans les deux verres. Il avait mis de l'eau dans l'un mais pas dans l'autre. Il demanda aux stagiaires pourquoi l'une de fleurs était fanée et l'autre encore fraîche. Après quelques discussions il leur demanda ce qui arrivait à un enfant avec la diarrhée.

Les stagiaires eux-mêmes firent le rapprochement entre la diarrhée et la déshydratation, d'après cet exemple et leur propre expérience des enfants malades avec la diarrhée.

L'instructeur local utilisa des noms de village pour les différentes parties du corps. Il demanda à chaque stagiaire de faire une solution de réhydratation orale (SRO), en utilisant des récipients des maisons avoisinantes. Vers la fin du cours, chacun savait comment faire des sels de SRO et quelle quantité de SRO un enfant avec la diarrhée devait boire chaque jour.

L'infirmière visiteuse a vu cela, bien que l'instructeur local n'utilisa pas les détails et la terminologie qu'elle avait utilisés, les stagiaires avaient appris comment éviter la déshydratation et avaient participé activement au cours.

Etant eux-mêmes des villageois, les instructeurs peuvent bâtir sur leur propre connaissance et expérience. Cette technique est très efficace et est généralement plus facile pour une personne locale que pour un étranger.

c. Lieu de formation

L'endroit sélectionné pour la formation dépendra du type d'agent de santé à former, du cadre où ils travaillent, des installations disponibles, et où les stagiaires peuvent être logés.

Les stagiaires ont besoin d'apprendre dans une situation aussi semblable que possible que celle dans laquelle ils vont travailler. Former des ASV dans un hôpital de district peut être tout aussi inapproprié que de former des chirurgiens d'hôpitaux dans le village. Ils ne seraient pas exposés au type de travail qu'ils seront appelés à faire. Même deux travailleurs de la même catégorie feraient un travail différemment dans des cadres différents. Par exemple, stériliser les seringues se fait différemment dans un village sans électricité que dans un hôpital universitaire où il y a de l'électricité et des autoclaves disponibles.

2. Donnez la liste des tâches pour lesquelles la formation est nécessaire.

Quand vous avez déterminé que la formation est requise pour une situation spécifique, vous devez obtenir ou mettre au point une description de tâches pour l'agent individuel, nu pour le groupe/catégorie d'agents.

Une bonne description des tâches doit inclure :

- les tâches à exécuter
- les décisions à prendre
- les procédures à suivre
- les informations à réunir
- l'activité à évaluer

mais PAS ce que l'agent a besoin de savoir, comprendre nu en être conscient.

a. Faire une liste des tâches à faire pour accomplir le travail

Les descriptions des tâches en donnent rarement la liste. Demandez au superviseur ou aux agents de santé quelles tâches ils doivent accomplir pour compléter le travail. Faites la liste des tâches dans l'ordre dans lequel elles sont accomplies. Aussi, mettez ensemble toutes les tâches qui sont liées par exemple, toutes les tâches d'immunisation.

Exemple

La description de la tâche d'une infirmière de la santé publique énonce que l'une de ses tâches est les SSP des consultations hebdomadaires, y compris l'immunisation dans les dispensaires éloignés. Les tâches requises pour compléter le travail sont :

- identifier les populations cibles
- motiver les membres de la communauté
- programmer les consultations
- préparer le matériel et la chaîne du froid pour les vaccins
- établir le dispensaire
- fournir une éducation pour la santé
- filtrer les enfants
- immuniser les enfants
- enregistrer les vaccinations
- nettoyer le site
- informer la communauté de la date de retour

Exercice B

Une infirmière de la santé publique nouvellement recrutée dans un hôpital de la communauté doit mettre au point un programme de formation pour les agents de santé communautaires (ASC) qui travailleront au programme de prévention des maladies diarrhéiques. Ils ont travaillé dans deux activités de SRO auparavant : la prévention du paludisme et l'immunisation. Faites la liste de toutes les tâches (deux sont déjà données) à effectuer par les ASC pour faire le travail de prévention des maladies diarrhéiques".

1. Encourager l'allaitement au sein.
2. Enseigner une bonne nutrition.

3. Faites la liste des étapes dans chaque tâche

Chaque tâche doit être maintenant répartie en étapes. Ceci décrit exactement :

- comment la tâche est faite, c'est-à-dire,
- ce que les agents de santé ont besoin de savoir pour la performer de façon effective, et donc,
- ce qui doit être enseigné pendant la formation.

Au fur et à mesure que vous faites cela demandez-vous :

- quelle est la technique correcte,
- pourquoi faire chaque étape et
- quelles sont les erreurs les plus fréquentes lors de l'exécution de la tâche ?

Après avoir identifié les étapes les plus importantes qui constituent une tâche, décidez lesquelles les agents de santé ont besoin d'apprendre à faire. Vous n'aurez besoin que de les former à pratiquer les étapes qu'ils ne savent pas faire.

- a. Obtenez des informations

Pour rédiger une description de tâche, sélectionnez les sources d'information les plus appropriées. Plusieurs doivent être utilisées du fait que chacune a des avantages et des inconvénients. Quelques sources appropriées sont identifiées ci-dessous.

Source d'informations	Avantages	Inconvénients
Votre propre expérience	Si vous avez une certaine expérience dans les tâches devant être analysées, vous êtes certainement la source d'information la plus commode.	Vous n'avez peut-être pas assez d'expérience off pas la bonne. Votre travail a pu se faire dans d'autres conditions que celles dans lesquelles les stagiaires travailleront. Votre méthode n'est pas nécessairement la meilleure.
Discussions avec des agents de santé et des spécialistes considérés comme faisant bien leur travail	On vous dira ce qui est pratique et réalisable sur le terrain. Vous profiterez également de l'expérience de plusieurs personnes. Vous pouvez obtenir des réponses qui décrivent les actions spécifiques et les communications impliquées habitudes après dans les tâches.	Les agents de santé n'utilisent peut-être pas les meilleures techniques parce qu'ils n'ont peut-être pas reçu la formation appropriée la plus récente. Ils ont pu aussi développer de la formation.

Source d'informations	Avantages	Inconvénients
Observation des agents de santé considérés comme faisant du bon travail par leurs collègues	La plupart des agents de santé essaient de faire un meilleur travail quand ils sont observés.	Les agents de santé peuvent être très compétents mais ne possèdent pas encore les techniques nécessaires à la tâche dont vous observez l'exécution. Les circonstances à ce moment là ne sont peut être pas typiques. Vous n'observez peut-être pas ou n'êtes pas conscient des étapes exécutées.
Manuels et livres de textes	De nombreuses tâches sont décrites dans les livres de médecine, manuels d'enseignement ou directives émises par le ministère de la santé ou l'OMS. Utilisez-les	Ceux-ci sont écrits pour de nombreux niveaux de formation. Les techniques peuvent être décrites avec trop ou trop peu de détails. Elles sont décrites pour être

	pour boucher les lacunes de votre propre expérience ainsi que les informations réunies à partie d'autres sources.	utilisées dans de nombreux pays et dans de nombreuses circonstances.
--	---	--

Quand vous parlez aux agents de santé ou aux spécialistes, demandez des informations spécifiques. Dites par exemple, "Imaginez que vous êtes un agent de santé. Si je vous dis que je tousse beaucoup. quelle est la première chose que vous allez faire ?" La réponse peut être "Je commencerai par vous demander vos antécédents." Ceci est trop vague, donc vous devriez demander, "Oui, mais que me diriez-vous en fait ?". La réponse pourrait très bien être alors, "Quand a commencé votre toux ?", et ainsi de suite.

b. Faites la liste des étapes

Convertissez les informations que vous avez réunies en une liste organisée, avec les étapes dans l'ordre dans lequel elles se produisent.

Exemple

Dans la tâche décrite à la page suivante, "Menez des séances de vaccination dans les installations éloignées", l'une des tâches mentionnée était "La vaccination des enfants". Les étapes de cette tâche, dans l'ordre de performance sont :

- Sortez l'ampoule de vaccin de la boîte réfrigérante.
- Nettoyez le haut de la fiole avec de l'alcool.
- Tirez la quantité de vaccin correcte et dosez-la dans la seringue stérile.
- Placez l'enfant de façon qu'il/elle ne puisse pas bouger.
- Nettoyez l'endroit de la piqûre avec de l'alcool.
- Injectez le vaccin.
- Remettez la fiole dans la boîte réfrigérante.
- Placez le seringue et l'aiguille dans un pot pour être nettoyées.

EXERCICE C

Ci-dessous vous trouverez une liste des tâches nécessaires pour compléter le travail des ASS dans le programme de prévention de la diarrhée :

1. Encourager l'allaitement
2. Enseigner la bonne nutrition
3. Enseigner une hygiène de base aux individus, aux familles, et aux ménages.
4. Encouragez le développement d'une alimentation et d'un stockage en eau sûrs.
5. Enseigner aux mères comment mélanger et donner les SRO aux enfants qui ont la diarrhée.

Faites une liste des 8 étapes nécessaires pour effectuer la tâche no. 5. Les deux premières sont:

1. Sélectionner un endroit pour l'enseignement.
2. Persuadez les mères de se réunir pour les leçons.

4. Mettez au point les objectifs d'enseignement

Les objectifs d'enseignement décrivent ce que le stagiaire doit être capable de faire à la fin de la séance d'apprentissage. L'évaluation des stagiaires quand ils ont terminé leurs cours sera évalué sur ces objectifs, donc ils doivent être clairement énoncés. Pour préparer ces objectifs :

Enoncez des actions qui peuvent être mesurées ou observées. Par exemple, un agent de santé peut avoir besoin de "reconnaître" un enfant déshydraté. Mais vous, le moniteur ne peut pas savoir si la reconnaissance a lieu à moins que le stagiaire nomme ou identifie ce qu'il/elle a reconnu. Donc un bon objectif d'enseignement pour cela serait de : "identifier les signes de déshydratation quand vous les voyez sur un patient or sur une photo : fontanelle enfoncée, vilaine peau, gonflement sous la peau et bouche sèche."

Enoncez comment et où les stagiaires sont capables de performer une activité. Ceci variera selon ce qu'on leur enseigne. Par exemple, selon la tâche, les stagiaires auront à l'exécuter :

- en utilisant des ustensiles de ménage
- dans un environnement semblable à celui du centre de santé
- dans une communauté sans sage-femme

Décrivez les normes pour une performance acceptable. Celles-ci précisent aux stagiaires dans quelle mesure et à quel niveau vous voulez qu'ils exécutent ces tâches.

Une norme peut se référer à la manière ("d un ton amical"), A l'exactitude (à un centimètre près), à la vitesse ("en cinq minutes"), à la terminaison ("de façon que tous les espaces sur le formulaire soit remplis"), et la fréquence ("5 fois"). Les normes requises devraient être clairement décrites et les stagiaires informés où les tâches doivent être exécutées, par exemple, dans la classe, dans une situation simulée ou sur le tas.

Une fois que les objectifs d'enseignement ont été mis au point, faites la liste de la connaissance, des techniques et des attitudes dont les stagiaires ont besoin pour accomplir les objectifs et exécuter la tâche correctement. Passez en revue la liste des étapes dans chaque tâche. Quelles sont les connaissances, techniques et attitudes requises pour exécuter chaque étape de façon efficace ? La connaissance représente les faits que l'agent de santé a besoin de connaître pour effectuer le travail. Les techniques peuvent être manuelles (c'est-à-dire nécessitant l'utilisation des mains pour se servir du matériel de façon efficace ou pour exécuter une tâche), verbales, arithmétiques, nécessiter une prise de décision ou des techniques de communication. Les attitudes sont formées par les premières expériences et par le partage d'expériences avec d'autres. Elles sont plus difficiles à enseigner, mais s'étendent quand les expériences sont partagées au sein de l'équipe ou de la communauté

Exemple	
Tâche: Immuniser les enfants	
Etapes	Connaissances /techniques /attitudes
1. Sortir la fiole de vaccin de la boîte réfrigérante.	-
2. Tirer la quantité de vaccin correcte et	Savoir la dose pour chaque vaccin.

dosez-la dans la seringue stérile.	
3. Mettre l'enfant en position pour qu'il/elle ne puisse pas bouger.	Etre amical, rassurant.
4. Injecter le vaccin.	Utiliser la technique correcte pour la piqûre.
5. Remettre la fiole dans la boîte réfrigérante	Connaître la température de maintien de la puissance du vaccin.
6. Placer la seringue et l'aiguille dans un pot pour les nettoyer.	-

EXERCICE D

Passez en revue les étapes de la tâche "enseigner aux mères à mélanger et donner les SRO (Exercice C). Faites la liste des informations, des techniques et des attitudes requises pour effectuer ces étapes. ,

Tâche : Enseigner aux mères à mélanger et donner les SRO	
Étapes	Connaissances/techniques /attitudes
1 Sélectionner un endroit pour l'enseignement.	
2. Persuader les mères de se réunir pour les leçons.	
3. Réunir les ingrédients et le matériel.	
4. Informer les mères de l'heure et de l'endroit.	
5. Enseigner les signes et symptômes de déshydratation.	
6. Mélanger le sucre et le sel avec de l'eau.	
7. Observer chaque mère en train de mélanger la solution.	
8. Visites à domicile pour répéter les démonstrations.	

EXERCICE E

HISTOIRE :

Joe, un nouvel instructeur était en train d'enseigner l'hygiène à des agents de santé. Les agents de santé devaient travailler dans trois villages pour aider les villageois à construire des latrines. Joe expliqua l'importance des latrines, comment les creuser, et à quelle distance elles doivent être des maisons et des sources d'eau. Il montra des dessins sur les différentes façons de construire des latrines et emmena les stagiaires pour voir deux "modèles de latrines" avec des plate-formes en ciment. Ils leur conseilla "d établir des objectifs" pour le nombre de familles qui souhaitaient avoir des latrines au bout d'un an.

A la fin du cours, Joe fit passer un examen aux agents de santé qui comprenait des questions telles que : "A quelle distance une latrine doit se trouver d'un puits ?" et "Pourquoi une plate-forme en ciment est mieux qu'en bois ?" Tout le monde répondit correctement aux questions et Joe était content.

Mais quand les stagiaires commencèrent à travailler dans leurs villages assignés, ils rencontrèrent des difficultés. Mary trouva que les villageois n'aimaient pas l'idée des latrines parce qu'elles "sentent mauvais". Elle ne savait pas comment faire face à cela. Frank persuada sept familles de construire des latrines. Pour qu'elles soient à une bonne distance de l'alimentation en eau de la communauté, elles furent construites en dehors du village. Mais les gens les utilisaient rarement. Il fallait marcher trop longtemps pour y aller chaque fois qu'ils en avaient besoin.

John persuada le chef du village, de donner l'exemple à son peuple. John, lui-même, dirigea la construction pour démontrer aux gens comme cela était facile. Le ciment s'est avéré un peu plus cher que John ne l'avait prévu, toutefois ; Donc il réduisit la quantité de pierres et compensa avec de la terre grisâtre qu'il avait trouvée juste à la sortie du village. Et le grillage renforcé n'était pas arrivé quand ils étaient prêts à couler la pierre pour la plate-forme, donc ils continuèrent sans. John ne savait pas exactement la raison pour laquelle il fallait l'utiliser de toute façon ; chacun savait comme le ciment était dur. Quand la latrine fut construite, tout le monde vint la voir, les gens étaient contents.

Ce soir-là, la femme du chef une femme massive et grosse, est entrée dans les toilettes. Son poids était trop lourd pour la dalle qui n'avait pas assez de ciment pour la renforcer et pas assez de grillage pour la maintenir. Elle s'effondra. Quand John apprit la nouvelle, il se rappela soudain qu'il devait aller d'urgence dans un autre village éloigné. Il partit immédiatement.

Femme massive



Il est évident que l'enseignement de Joe sur la façon de motiver les gens de la communauté pour construire des latrines n'était pas suffisant. Si vous étiez le superviseur de Joe, quelles suggestions lui feriez-vous avant son prochain cours de formation? Faites une liste.

Malheureusement les enseignants perdent souvent du temps à enseigner les connaissances et les techniques inutiles. Pour chaque point que vous enseignez, posez-vous la question :

- Qu'arriverait-il de la faculté du stagiaire à faire cette tâche si cette rubrique n'était PAS enseignée?

- Comment est-ce que cette information augmente les aptitudes du stagiaire ?

- Est-ce que ce temps est mieux utilisé à enseigner quelque chose de plus important ou la même chose de façon plus efficace ?

- Qu'est-ce qui n'a pas marché dans la pratique et qui aurait pu être évité par l'enseignement de différentes aptitudes ou par une meilleure compréhension ?

5. Développez des plans de formation

Un plan de formation est une description écrite des activités d'enseignement pour une tâche donnée. Il inclut un plan de leçon ou plusieurs. Chaque plan de leçon couvre les aspects suivants :

a. Ce qui sera enseigné

Les listes de tâches, étapes, objectifs et connaissance/techniques/attitudes que vous avez désormais établis constituent le contenu de la formation.

b. Comment enseigner les leçons
(méthodes de formation)

Les méthodes de formation dépendent sur ce qui doit être enseigné, de certains facteurs administratifs (par exemple, des installations pour les cours, des finances, etc.) et de certaines caractéristiques à la fois des stagiaires et des moniteurs (par exemple, de la culture, de l'éducation, etc..).(Voir Section 6 sur la sélection de méthodes de formation appropriées.) Les activités qui obligent les stagiaires à utiliser l'information et non seulement à la répéter, assure un enseignement plus efficace.

c. Comment programmer les horaires

Si plusieurs leçons sont requises pour couvrir ce qui doit être enseigné, programmez des leçons d'une durée et d'un contenu appropriés. Prévoyez d'enseigner toute une tâche donnée et, si possible, les tâches qui y sont étroitement liées, en une leçon. Enseignez les techniques que le stagiaire doit utiliser en premier lors de premières leçons. Faites en sorte que chaque leçon soit suffisamment courte pour que ni vous, ni les stagiaires ne soient trop fatigués. Les cours, lectures ou activités qui nécessitent davantage de concentration doivent être prévues pour le matin. L'après-midi quand les étudiants commencent à être fatigués, c'est un bon moment pour la discussion active, le jeu de rôle, les démonstrations, etc. Etablissez l'intégration de différentes tâches, et les liens entre la

connaissance, les aptitudes et les techniques à votre enseignement. Laissez aux stagiaires le temps de réfléchir sur leur expérience.

d. Equipement

Faites la liste du matériel et les fournitures requises pour enseigner chaque tâche du plan de leçon esquissé pour cette tâche. Quand le plan de la leçon est fini, faites le résumé de la liste. Est-ce que l'équipement est disponible au dispensaire, à l'école de formation, etc..? S'il faut l'acheter, est-ce qu'il y a de l'argent de disponible ? S'il n'y en a pas, qu'est-ce que l'on peut substituer qui puisse être fait par les stagiaires ou offert en tant que don, etc..?

e. Normes de performance acceptables

Faites la liste des normes de performance spécifiques auxquelles les stagiaires doivent se conformer pour démontrer leur maîtrise d'une tâche après la formation. (Voir, dans la section 3 dans les objectifs d'enseignement, la partie sur les normes.)

f. Aides pour enseigner

Vous aurez besoin d'obtenir ou d'adapter et/ou de développer ces aides. Faites la liste des aides requises pour enseigner chaque tâche. Les aides pour le moniteur doivent comprendre des notes sur ce qu'il faut dire, des listes de choses qu'il faut rechercher lors de l'observation de la pratique des stagiaires. les listes de vérification du matériel, la tableau noir et les craies. Les stagiaires peuvent avoir besoin de prospectus définissant le sujet ou décrivant les étapes à suivre lors de l'apprentissage d'une technique, des aides visuelles telles que des images et des affiches, des aides audio-visuelles telles que le jeu de rôle et la présentation d'un cas, des bandes de film, des tableaux réversibles et des diapositives. Adapter les trois derniers à la situation locale peut prendre moins de temps et coûter moins d'argent que de les développer à partir de rien. (La liste des sources d'aides audio-visuelles est donnée à la fin de cet article.)

6. Sélectionnez les méthodes d'enseignement appropriées

Quelques enseignants pensent qu'ils doivent parler tout le temps. c'est la façon dont ils ont appris. Apprendre et appliquer de nouvelles méthodes d'enseignement est difficile. Il est plus facile de répéter le même cours année après année. Mais les étudiants n'apprennent pas grand chose s'ils se contentent d'écouter les cours. Ils apprennent mieux en exécutant une activité, c'est-à-dire, la pratique. De nouvelles méthodes d'enseignement signifient davantage de préparation, la planification d'activités qui aideront les stagiaires à utiliser les informations enseignées et à leur expliquer les nouvelles méthodes.

a. Exemples de méthodes d'enseignement

Une leçon peut être une expérience active ou passive pour les étudiants, selon les méthodes d'enseignement utilisées. Les méthodes vont de :

Davantage de méthodes actives (Faire et se rappeler)	-Pratique supervisée -Jeu de rôle -Démonstration
---	--

JUSQU'A



moins de méthodes actives
(Ecouter et oublier)

-Discussion
-Drame
-Photos
-Exemples écrits
-Exercices avec du papier et un crayon
-Etude individuelle
-Lectures

Exemples de méthodes d'enseignement

Si je
l'entends
j'oublie



Si je le
vois je m'en
souviens



Si je le
fais
Je le sais



Si je le
découvre je
l'utilise



b. Critères pour sélectionner les méthodes de formation appropriées.

Cadre de travail des futurs rôles professionnels des agents de santé ;

Leurs expériences passées, leur culture (y compris la langue écrite et/ou parlée), les expériences passées (s'ils ont l'habitude d'apprendre en observant les autres, en écoutant des histoires, etc.)

- Leurs personnalités (qu'ils soient timides ou extrovertis, ils peuvent accepter la critique constructive, etc.) ;

- La culture et le milieu des gens qu'ils vont servir dans la communauté ;

- Les facteurs administratifs tels que les ressources (finance, personnel, temps, installations) ou le nombre de stagiaires dans le groupe ; et

- si oui ou non la connaissance, les techniques ou les attitudes sont enseignées.

c. Méthodes d'enseignement de la connaissance, des techniques et des attitudes

Vous pouvez transmettre la connaissance en :

- Racontant les faits (comme dans un cours).

- Vous référant à des manuels pertinents et des livres, des diapositives spécialement préparées et des affiches.

- Utilisant l'expérience réelle des stagiaires (telle que l'ont fait les instructeurs de village pour enseigner la prévention de la déshydratation orale en cas de diarrhée dans l'histoire de la page 3).

Les techniques peuvent être soit des techniques manuelles, de communication ou de prise de décision. Les techniques impliquent se souvenir et appliquer les faits. Vous pouvez enseigner les techniques en utilisant les méthodes suivantes en séquence :

1. Décrivez la technique étape par étape, avec des mots et des prospectus écrits, puis expliquez pourquoi c'est important.
2. Démontrez-la correctement et visiblement, en expliquant ce que vous faites. Donnez aux stagiaires une description écrite des étapes pour qu'ils puissent écouter et observer au lieu de prendre des notes.
3. Accordez énormément de temps à la pratique : jeu de rôles, projets, expérience du travail, démonstrations en retour et démonstrations aux autres stagiaires.

Accordez énormément de temps à la pratique



Les attitudes sont formées par l'expérience initiale et en apprenant à se servir de l'expérience des autres. Lien qu'elles soient difficiles à enseigner, les attitudes peuvent être formées ou modifiées durant la formation. Certaines des méthodes de formation que vous pouvez utiliser sont :

- fournir des exemples ou modèles. Les enseignants sont des modèles de rôle. S'ils sont impolis, peu soigneux ou passent leur temps à donner des conseils ou si d'autre part, ils écoutent encouragent la discussion, les stagiaires auront tendance à suivre leur exemple ;
- fournir l'expérience directe. Voir un enfant qui souffre des conséquences de la polio aura beaucoup plus d'impact qu'un cours d'une heure ;
- fournir les opportunités pour la discussion durant laquelle les stagiaires se font mutuellement part de leurs expériences. L'expérience d'un stagiaire peut influencer les autres ; ce que dit l'enseignant est moins important et il/elle devrait parler très peu durant ces séances, en fournissant les questions si la discussion semble prêter à confusion ou en faisant un résumé qui couvre les questions d'attitudes non résolues ;
- fournir des exercices de jeu de rôle. Les attitudes peuvent changer si on comprend le point de vue des autres et le jeu de rôle favorise ce genre de compréhension. Il peut être utilisé également pour fournir une pratique "à répétition" avec informations en retour des pairs et/ou des enseignants ;

- fournir des informations sur la façon dont le comportement affecte la santé.

Les méthodes de formation peuvent être utilisées en association avec une variété de cadres. Vous n'aurez pas toujours besoin d'utiliser toutes les méthodes. Par exemple, on n'a pas toujours besoin de dire aux gens comment accomplir leur tâche ; ils peuvent l'observer, puis essayer eux-mêmes. La chose importante est de s'assurer que l'élève a la possibilité de pratiquer sa tâche, dans un cadre aussi semblable que possible à celui de la situation de travail. L'exercice doit être répété jusqu'à ce que l'élève puisse faire correctement la tâche.

7. Faites un budget

Le budget doit inclure le coût des séances de formation initiales plus les activités de suivi telles que les cours de rafraîchissement et l'évaluation. Un certain temps est nécessaire entre le moment où l'argent est requis jusqu'à ce qu'il soit disponible, donc prévoyez votre budget longtemps à l'avance. A peu près 10 pour cent du budget total est requis pour former les moniteurs avant le début du cours. Lors de la planification de votre budget, considérez :

- les installations pour les cours (le loyer, le nettoyage, les réparations)
le matériel de classe (chaises, tables, tableau noir, machine à stencils)
- les fournitures de classe (stylos, crayons, papier)
- aides pour l'enseignement à utiliser à l'intérieur et à l'extérieur de la classe (manuels, affiches, tableaux, diapositives/films et "supports" pour démonstrations, jeux de rôle et pratique *)
- transport des stagiaires et moniteurs jusqu'au lieu de formation et pour les visites sur le terrain
- leur hébergement
- les frais des stagiaires et des moniteurs par jour et
- les imprévus.

8. Dirigez la formation

Les séances précédentes couvrent la préparation de la formation. Quand vous dirigez la formation, vous devriez faire ce qui suit :

a. Organiser le matériel et les aides pour l'enseignement

Organiser le matériel et les aides pour l'enseignement que vous utiliserez à l'intérieur et à l'extérieur de la classe (pour les cours, les lectures, les séances de théâtre et de jeu de rôle et pour superviser la pratique). Avant chaque leçon, passez en revue votre liste de vérification pour vous assurer que vous avez tout le matériel et les aides dont vous avez besoin et que le tout fonctionne bien.

* Les meilleurs "supports" sont des objets familiers qui peuvent être empruntés sans frais. Rappelez-vous que, si la méthode de formation est la pratique d'une situation réelle, toutes les aides pour l'enseignement, y compris le matériel médical, sont déjà sur place.

b. Motivez

Apprenez à connaître les stagiaires individuellement. Faites leur comprendre que vous vous intéressez à eux. Renseignez-vous sur leurs objectifs. Prenez le temps de répondre à leurs questions et aidez-les à se connaître les uns les autres. Partagez les informations sur vous-même, notamment quand elles sont liées à leur futur travail et leurs attitudes.

c. Expliquez ce que vous ferez au cours de votre leçon

Dites aux moniteurs le but des tâches qu'ils vont apprendre donc ils sauront à l'avance ce qu'ils doivent essayer d'accomplir. Expliquez quand, où, avec qui et approximativement combien de fois ils doivent exécuter cette tâche dans leur travail. Discutez des dangers d'une mauvaise exécution. Expliquez exactement dans quelle mesure ils doivent exécuter la tâche correctement une fois la formation terminée et décrivez la situation dans la pratique au cours de laquelle ils devront démontrer ce qu'ils ont appris.

EXERCICE F

Vous prévoyez une leçon pour les agents de santé du village pour enseigner aux mères comment administrer les SRO. Mettez au point un plan de formation à partir de l'analyse des tâches fournie dans l'EXERCICE D, en utilisant la fiche de travail ci-dessous.

Tâche: Mélangez et administrez les SRO					
Travail à faire (étapes)	Connaissance requise	Méthode d'enseignement	Temps requis	Matériel requis	Norme de performance requise
1.					
2.					
3.					

d. Faites une présentation claire et compréhensible

Chaque leçon devrait démarrer avec des situations, des idées ou des problèmes auxquels sont déjà habitués les stagiaires. Commencez avec leurs connaissances et expériences et bâtissez là-dessus. Parlez à voix haute et doucement pour que tout le monde puisse vous entendre. Utilisez des mots que les stagiaires connaissent ; quand vous utilisez des mots nouveaux, expliquez-les. Si vous êtes dans une classe, écrivez au tableau; les tableaux, les affiches, les images et les dessins en flanelle doivent être suffisamment grands pour que tout le monde puisse voir. Quand vous présentez une nouvelle idée ou de nouvelles méthodes de traitement, utilisez des exemples de la vie réelle. Quand vous enseignez une nouvelle tâche, faites-en la démonstration : expliquez ce que vous ferez, montrez comme le faire, et expliquez pourquoi vous le faites de cette façon là. Montrez une étape à la fois. Résumez les principaux points à la fin de la leçon. Faites en sorte qu'elle soit courte.

e. Fournissez une attention individuelle et des informations en retour

Les stagiaires apprennent à des rythmes différents et de différentes façons. Observez chaque stagiaire. Prévoyez pour les différences individuelles en laissant suffisamment de temps libre pour l'étude et la pratique chaque jour et en utilisant une variété de méthodes d'enseignement. Si certains sont plus lents que les autres, organisez davantage de pratique et une instruction supplémentaire. Ceux qui sont plus rapides peuvent aider ce qui vont plus lentement ou passer du temps à observer les agents de santé au travail.

Après la pratique ou les séances d'évaluation, on devrait permettre aux stagiaires d'évaluer leur propre performance, avec votre aide. Dites aux stagiaires ce qu'ils ont bien fait, ce qui n'a pas été fait selon les instructions et suggérez des améliorations. Soyez spécifique. Par exemple, vous avez observé un stagiaire en train de faire une piqûre à un bébé. Quand il/elle a fini, vous pouvez dire, "Vous avez fait du bon travail. Vous avez tiré le vaccin correctement. Votre technique pour faire la piqûre était correcte. Mais vous auriez dû dire à la mère de tenir le bébé comme cela (faites la démonstration). Elle a trop bougé. Mais, malgré cela je suis fier de votre performance." Les informations en retour devraient encourager le stagiaire à apprendre et non pas donner l'impression qu'il/elle ne fait aucun progrès.

f. Assurez-vous que les stagiaires apprennent quelque chose

Essayez de savoir au début d'une leçon si oui ou non les stagiaires ont la connaissance de base requise pour cette leçon. Pendant la leçon découvrez si oui ou non les techniques principales ou les faits ont été retenus par tous les stagiaires. (Voir Section 9 sur l'évaluation.) Sinon, organisez le suivi.

g. Assurez la promotion de l'interaction du groupe

Les premiers jours d'un cours de formation sont les plus difficiles. c'est le moment où les stagiaires devraient apprendre à se connaître et apprendre à travailler ensemble. Dès le premier jour, incluez des activités qui répondront à ces besoins.

La plupart des gens trouvent plus facile d'écouter que de parler, notamment quand ils sont avec des étrangers. Quelques-uns trouvent plus facile de parler et parlent pratiquement sans arrêt. Un bon moniteur trouve le moyen d'aider les silencieux à s'exprimer et dit à ceux qui sont toujours prêts à parler de laisser aux autres la possibilité de parler et de partager leurs idées avec le groupe. Les stagiaires apprennent de façon plus efficace quand ils peuvent s'exprimer à voix haute et écouter les autres.

Pauvres dynamiques de groupe Une seule personne parle et surtout à elle-même



Bonnes dynamiques de groupe Tout le monde est impliqué



Un moniteur efficace doit apprendre à être surtout silencieux et à écouter attentivement. Quand il/elle ne parle pas, il/elle montre ce qu'il/elle a appris en écoutant et aide à tirer des idées en particulier chez ceux qui en disent le moins. Il/elle peut aussi bâtir une image mixte en utilisant les contributions des autres pour promouvoir une compréhension nouvelle ou plus complète.

En tant que chef de groupe, vos actions en disent plus que vos paroles. Cela aide :

- d'être amical,
- de rire avec les gens non pas rire d'eux,
- de s'asseoir en cercle avec tous les autres et non pas à part derrière un bureau
- de vous habiller dans le style local en particulier si vous êtes un autochtone,
- d'écouter plus que vous ne parlez et de ne jamais interrompre,
- d'empêcher ceux qui parlent doucement ou qui ont du mal à s'exprimer d'être interrompus, et
- d'inviter la critique constructive, d'admettre vos propres erreurs et d'encourager les stagiaires à faire de même.

EXERCICE G

Les informations en retour suivantes décourageraient un agent de santé. Rédigez-les d'une façon qui encourage tout en corrigeant :

L'agent de santé était en train d'apprendre à faire une piqûre. Le moniteur demande une démonstration en retour. l'agent de santé utilise la technique correcte pour assembler la seringue et l'aiguille et tirer la solution. Avant de faire la piqûre, il met son doigt sur l'aiguille pour aider à la guider. L'instructeur montra le doigt et dit "ce n'est pas correct. Souvenez-vous qu'en classe je vous ai dit de ne pas toucher le bout de l'aiguille qui s'enfonce dans la peau."

9. Évaluez la formation

L'évaluation est faite pour savoir :

- si les stagiaires ont atteint les objectifs de formation et comment la performance peut être améliorée ;
- si les stagiaires sont capables d'exécuter les tâches requises sur le tas ;
- quelles parties de la formation ont besoin d'être améliorées ; et
- si le moniteur a bien fait son travail et dans quelle mesure sa performance peut être améliorée.

Pour savoir ce que les stagiaires ont ou n'ont pas appris et comment leur performance peut être améliorée, l'évaluation doit être faite pendant la formation et à la fin. La performance du travail doit aussi être contrôlée sur une base continue pour s'assurer que les stagiaires n'oublient pas comment exécuter n'importe quelle tâche. L'évaluation pendant la formation est plus fiable que l'évaluation à la fin de la formation parce que:

- le souci de réussir à l'examen final est supprimé
- la motivation de réussir est étalée sur tout le cours,
- les stagiaires reçoivent des informations en retour sur les normes attendues, et
- ils peuvent identifier les problèmes et leur accorder une attention spéciale avant la fin de la formation.

Vous pouvez utiliser à la fois les méthodes d'évaluation formelles et informelles. Celles-ci comprennent les questions courtes et les questions à choix multiples, les confrontations avec les problèmes de santé des patients dans la vie réelle, les listes de vérification (chaque étape d'une tâche est cochée au fur et à mesure qu'elle est faite correctement), des essais, des examens oraux, des performances de techniques (y compris les démonstrations des stagiaires), l'observation et l'auto-évaluation. Discutez des résultats de l'évaluation des stagiaires avec eux pour qu'ils sachent ce qu'ils ont bien appris et ce qu'ils n'ont pas bien appris.

L'évaluation aide aussi à montrer quelles parties de la formation ont besoin d'être améliorées. Si l'évaluation indique que les stagiaires n'ont pas bien appris une tâche, essayez de trouver quelles étapes de la tâche et, donc, de la formation n'ont pas été bien faites. Reconsidérez les objectifs de formation, le contenu et les méthodes. Concentrez-vous sur la re-conception de ces étapes en particulier et repensez-y avant la séance suivante.

Mais rappelez-vous, la formation ne permet pas toujours aux stagiaires d'exécuter une tâche. Peut-être quelques-uns des problèmes mentionnés au début de ce module empêchent une exécution correcte. Si c'est le cas, il faudra trouver d'autres solutions.

EXERCICE H

Cinq étudiants passèrent un test au milieu de leur séance de formation. Il était divisé en quatre parties, couvrant les principaux sujets de la séance. Les résultats étaient

	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Partie 4
Stagiaire a	+	x	x	x
b	+	x	x	+
c	+	+	+	+
d	+	+	x	x
e	+	+	x	+

+ = satisfaisant

x = non satisfaisant

En tant que moniteur que signifient pour vous ces résultats

- sur les connaissances générales du stagiaire a)? du stagiaire c)?
- sur la Partie 1 de la formation? sur la Partie 3?
- sur le test d'évaluation?

L'évaluation des stagiaires

Je vois d'après le test que plusieurs d'entre vous ont eu du mal à comprendre pourquoi la révolution verte a rendu les riches encore plus riches et les pauvres plus pauvres. Il va falloir que je l'explique plus clairement.



Peut-être pourriez-vous nous donner des exemples liés à votre propre expérience. Continuez, nous voulons comprendre!

En plus de l'évaluation des stagiaires et de leur formation, vous devriez aussi évaluer votre propre performance en tant qu'enseignant. Pour ce faire, vous pouvez :

1. Faire une auto-évaluation.

Faire une liste de vérification des aspects importants de l'enseignement, comme :

- la couverture de vos objectifs de cours et votre plan de leçon
- communiquer clairement et simplement
- encourager la participation de tous les stagiaires
- relier les matières couvertes aux expériences des stagiaires
- être juste et amical

Voici une liste que vous pouvez utiliser pour vous évaluer vous même, pour que vos étudiants évaluent votre enseignement ou pour que vous puissiez évaluer l'enseignement des autres.

LISTE DE VERIFICATION POUR L'AUTO-EVALUATION DES ENSEIGNANTS

Est-ce que je :

1. Relie le sujet à l'expérience des stagiaires ?
2. Encourage la participation en posant des questions et en présentant des problèmes ?
3. Prépare des plans et du matériel pour l'enseignement à l'avance ?
4. Connais le sujet de façon adéquate ?
5. Couvre le matériel qui est prévu mais laisse de côté ce qui n'est pas important ?
6. Parle et écris clairement ?
7. Donne des exemples ou raconte des histoires pour illustrer les idées ?
8. Souligne et répète les points les plus importants ?

9. Accorde du temps pour la pratique, l'étude et la révision ?
10. Admets ouvertement mes erreurs ou mon manque de connaissances ?
11. Répond aux erreurs des stagiaires avec une critique positive et de la patience ?
12. Me rend disponible auprès des stagiaires pour des discussions après la classe ?
13. Évalue si les stagiaires seront capables d'utiliser ce qu'ils ont appris dans des situations réelles ?
14. Obtiens des informations en retour du superviseur en ce qui concerne la performance sur le tas du stagiaire et les suggestions de son superviseur pour améliorer le cours.

2. Faites-vous évaluer par un autre moniteur. Un conseiller en formation ou un autre moniteur peut être un observateur silencieux dans votre classe. Après la classe, vous et il/elle peuvent discuter des points forts et des points faibles de la classe et comment l'améliorer. Si vous faites partie d'une équipe d'instructeurs, vous pouvez observer mutuellement vos classes et vous réunir de façon régulière chaque jour pour discuter de vos classes. De cette façon chacun tire profit des suggestions et des critiques.

3. Faites-vous évaluer par les stagiaires. Dans une situation de formation type, l'évaluation est généralement un processus à sens unique. Le moniteur juge les stagiaires. Cette approche de haut en bas favorise les forts et résiste au changement.

Si les agents de santé sont destinés à aider les gens à travailler en vue du changement, l'évaluation doit fonctionner dans les deux directions, pas seulement une. Si les instructeurs et les stagiaires participent tous à l'évaluation de chacun d'entre eux et du cours, cela aide à préparer les agents de santé à travailler avec les gens non pas en tant que patrons ou autorités, mais en tant qu'égaux.

Vous pouvez tenir une courte discussion sur l'évaluation à la fin de chaque séance. Demandez aux stagiaires s'ils ont aimé le cours, ce qu'ils ont appris et comment cela aurait pu être mieux. Au départ, ils trouveront difficile de parler. Mais si vous précisez que vous accueillez amicalement la critique, les stagiaires peuvent devenir de très bons évaluateurs à la fin du cours.

Références:

F.R. Abbatt: Teaching for Better Learning, AMREF, PO Box 30125, Nairobi, Kenya.

D. Werner & Bower: Helping Health Workers Learn, Hesperian Foundation, PO Box 1692, Palo Alto, California 94302, USA.

World Education: From the Field, 215 Park Avenue, South, New York, N.Y. USA.

Sources de matériel pour l'enseignement de la santé en anglais:

Teaching Aids at Low Cost (TALC)
Box NO. 49
St. Albans, Herts. AL1 4AX/UK

World Health Association (WHO)
Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27, Switzerland

United Nations Children's Fund (UNICEF)
Route de Pregny 10
CH-1292 Chambésy, Switzerland

International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, K1G 3H9 Canada

World Neighbours
Overseas Development Materials
5116 North Portland Avenue
Oklahoma City, OK 73112

Christian Aid
PO Box No. 1
London SW1W 9BW/UK

Save the Children Fund
157 Clapham Road
London SW9 OPT/UK

Session 54

Prospectus 54 A

Prospectus 54 B

Prospectus 54 A

DIRECTIVES POUR LES SEANCES DE PRATIQUE

- Vous concevrez et organiserez une séance de formation de 30-45 minutes basée sur le modèle d'enseignement expérimental.
- Le reste du groupe et les membres du personnel seront vos participants. De ce fait, nous n'entendrez pas "parler" de votre séance . Vous en ferez l'expérience en tant que groupe.
- Vous pouvez choisir n'importe quel domaine qui est pertinent pour vous et votre groupe (par exemple, les soins de santé primaires, la formation, la planification d'un projet, les problèmes de cultures différentes et ainsi de suite).

Au début de votre séance, établissez la scène en expliquant la situation de formation pour laquelle vous avez conçues les activités.

- Préparez un plan de leçon qui peut être reproduit pour être distribué à chacun par la suite. Le plan devra inclure au moins des objectifs, des activités, des étapes de procédure et du matériel.
- Prévoyez une séance de 30-45 minutes. Ne terminez pas en rationalisant, "Si j'avais eu plus de temps...". Pour donner à chacun la même opportunité, nous vous demanderons de respecter l'horaire.

- Utilisez vos co-participants et les moniteurs comme ressources pendant la planification. "Faites rebondir" vos idées sur les autres.

Prospectus 54 B

EVALUATION D'UNE SEANCE DE PRATIQUE

Date :

Organisateur _____

Nombre et type de participants _____

Objectifs et activités _____

_____ Matériel utilisé : _____

1. Qu'a fait l'organisateur ?
(Cochez les termes appropriés)

- A créé un climat approprié pour l'enseignement
- A écouté et posé des questions
- A guidé les activités
- A stimulé et encouragé la discussion
- A fait utiliser le matériel aux participants
- A écouté et participé à une discussion de problèmes

Autres : _____

2. Quelle était la participation des membres du groupe ?

- Ont participé activement à l'activité
- Ont répondu aux questions
- Ont fait des observations
- Ont partagé des idées et des expériences
- Ont discuté d'un problème ou d'un besoin ressenti
- Ont montré de l'enthousiasme

Autres : _____

3. La séance était-elle bien conçue et dans quelle mesure ?

- A suivi le modèle d'enseignement expérimental
- A suivi une séquence logique d'activités
- A inclus l'enseignement des pairs
- A accomodé les styles d'enseignement individuels
- A utilisé les méthodes appropriées pour apprendre les informations
- Les objectifs furent couverts
- L'enseignement souhaité eut lieu

Autres _____

Session 55

Prospectus 55 A

Prospectus 55 A

UNE LISTE DE VERIFICATION POUR SIMPLIFIER VOTRE LANGUAGE QUAND VOUS REDIGEZ POUR DES GENS QUI NE PARLENT PAS L'ANGLAIS

1 Utilisez des mots qui soient courts et simples	NON	Une conjonction relie deux constructions parallèles en une seule, unique expression associant de ce fait le sens des deux constructions originales.
	OUI	Une conjonction réunit deux phrases en une seule La nouvelle phrase a le même sens que les deux premières.
2. Utilisez des noms propres faciles à prononcer, courts et bien connus.	NON	Yarkpowolo habite à Sanniquelli.
	OUI	Flomo habite à Harper.
3. Définissez les termes techniques avant de les utiliser.	NON	Les objets opaques font des ombres.
	OUI	Vous ne pouvez pas voir au travers d'une feuille de papier. Le papier est un objet opaque. Vous pouvez voir au travers d'un morceau de verre. Les objets opaques font des ombres.
4. Faites attention lorsque vous utilisez des noms communs pour vous référer à une signification particulière. Définissez le sens particulier avant d'utiliser le mot.	NON	Le goulot de cette bouteille est.
	OUI	Le bout de cette bouteille est ouvert. Cette partie s'appelle le goulot. Le goulot de la

		bouteille est très large.
5. Utilisez des exemples spécifiques pour définir les termes techniques.	NON	Un travail est réalisé quand quelque chose est bougé.
	OUI	Un travail est réalisé quand quelque chose est bougé. Quand Flomo pousse une pierre de 100 livres sur une longueur de 50 pieds, il y a travail. Quand Flomo pousse la même pierre sur une longueur d'un pied, il fait encire un travail. Quand Flomo pousse la pierre mais que celle-ci ne bouge pas, il n'y a pas de travail de fait.
6. Utilisez des images pour présenter des informations visuelles complexes.	NON	Prenez un carré de papier. A partir de chaque coin, coupez une diagonale pratiquement jusqu'au centre. Laissez environ 1/2 pouce au centre.
	OUI	Prenez un carré de papier Coupez à partir des quatre coins comme indiqué sur ce dessin.
7. Faites attention avec les verbes qui ont la	NON	Nommer la partie vers laquelle est dirigée la flèche. même forme comme noms.
	OUI	Ecrivez le nom de la partie vers laquelle est dirigée la flèche.
8. Soyez certain de souligner les adjectifs critiques.	NON	Un jour de pleine lune, la partie éclairée de la lune est éloignée de la terre.
	OUI	La partie de la lune qui reflète le soleil est appelée la face Eclairée. Durant la nouvelle lune, cette face n'est pas tournée vers la terre.
9. Les verbes phrases (verbe + préposition) sont difficiles	NON	J'ai appelé mon ami au téléphone. Je ne pouvais pas

à comprendre. Evitez leur utilisation ou définissez-les avant de les utiliser.		accepter les vilaines choses qu'il m'avait dites.
	OUI	J'ai téléphoné à mon ami. Je n'ai pas aimé les vilaines choses qu'il m'a dites.
10. Utilisez les temps simples plutôt que d'autres formes.	NON	Demain, j'aurais été en train de lire ce livre depuis deux semaines.
	OUI	Je lirai le livre demain. J'ai commencé à lire le livre il y a deux semaines.
11. Utilisez le temps présent plutôt que d'autres temps.	NON	Il se peut qu'il sait lire.
	OUI	Il sait lire.
12. Evitez les mots superflus.	NON	Evitez l'usage fréquent des mots superflus.
	OUI	Evitez les mots superflus.
13. Evitez de qualifier tant une déclaration qu'elle devient complexe et ambiguë.	NON	La lumière voyage en ligne droite dans la plupart des situations communes.
	OUI	La lumière voyage en ligne droite.
14. N'utilisez pas trop de pronoms trop souvent.	NON	Flomo a utilisé un tube en papier pour en savoir plus sur la lumière. Il l'a plié au milieu. Il a essayé d'y voir à travers.
	OUI	Flomo a utilisé un tube en papier pour en savoir plus sur la lumière. Il a plié le tube en papier au milieu. Il a essayé de regarder à travers le tube.
15. Gardez vos phrases courtes et simples. Utilisez deux phrases simples à la place d'une phrase complexe ou d'une phrase composée.	NON	Couvrant l'un de ses yeux d'une main, Flomo regarda à travers le tube en papier avec l'autre oeil.
	OUI	Flomo couvrit un oeil avec

		une main. Il regarda a travers le tube en papier avec l'autre oeil.
16. Utilisez l'ordre normal de la phrase.	NON	Dans notre bouche, nous mâchons la nourriture.
	OUI	Nous mâchons notre nourriture dans la bouche.

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

B P 971
Cotonou

BOTSWANA

P. O. Box 93
Gaborone

BURKINA FASO

BP 537
Ouagadougou

BURUNDI

BP 1720
Bujumbura

CAMEROON

BP 817
Yaounde

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC

BP 1080
Bangui

COSTA RICA

Apartado Postal
1266
San Jose

DOMINICAN REPUBLIC

Apartado Postal
1412, San Domingo

EASTERN CARIBBEAN

Including: Antigua, La Barbade, Grenade, Montserrat, St. Kitts-Nevis, Ste. Lucie, St. Vincent, et Dominica.

Peace Dominica.
P. O. Box 696-C
Bridgetown, La Barbade
Antilles

ECUADOR

Casilla 635-A
Quito

FIJI

P. O. BOX 1094
Suva

GABON

BP 2098
Libreville

GAMBIE

P. O. Box 582
Accra (North)

GUATEMALA

6 ta. Avenida
1-46 Zona 2
Guatemala City

HAITI

c/o American
des Etats-Unis
Port-au-Prince

HONDURAS

Apartado Postal
C-51
Tegucigalpa

JAMAICA

9 Musgrove Ave.
Kingston 10

KENYA

P. O. Box 30518
Nairobi

LESOTHO

P. O. Box 554
Maseru

LIBERIA

Box 707
Monrovia

MALAWI

Box 208
Lilongwe

MALI

B P 85
Box 564

MAURITANIE

B P 222
Nouakchott

MICRONESIA

P. O. Box 9
Kolonja Pohnpei, F. S. M. 96941

MOROCCO

I, Zanquat
Benzerte, Rabat

NEPAL

P. O. Box 613
Kathmandu

NIGER

B P 10537
Niamey

PAPOUASIE, NOUVELLE-GUINEE

P. O. Box 1790
Boroko, Port Moresby

PARAGUAY

c/o American

des Etats-Unis
Asuncion

PHILIPPINES
P. O. Box 7013
Manila 3120

RUANDA
BP 28 Kingali

SENEGAL
BP 2554
Dakar

SEYCHELLES
B P 697
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
B P 3194
Lome

TONGA
B P 147
Nuku' Alofa

TUNISIE

BP 96

1002 Tunis

Belvedere, Tunis

SAMOA OCCIDENTALE

Private Mail Bag

Apia

YEMEN

P. O. Box 1151

Sana'a

ZAIRE

B P 697

Kinshasa

**Peace Corps Overseas Programming and Training Support Addendum to:
A Training Manual in Combatting Childhood Communicable Diseases, Volume II,
(ICE No. T0039A for use also with ICE No. T0052)**

Marguerite Joseph, Health Specialist
April, 2010

Step 3 (15 min)

Promoting Breastfeeding

Note: *The emphasis should be on promoting optimal breastfeeding during the first six months. This includes:*

- *Initiation of breastfeeding within one hour of birth*
- *Exclusive breastfeeding for the first six months, i.e. no other liquids or foods should be given to the infant*
- *Breastfeeding on demand, day and night (8-12 times/day), for adequate time at each feeding. Second breast should be offered after infant releases the first.*

Thereafter - Continued breastfeeding with complimentary feeding until at least two years of age.

Session 31, Handout 31B: Questions and Answers About Weaning

When should weaning begin and how long should it last?

Note: *Per addendum to Vol. 1, 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.*

Session 31, Handout 31C: Guidelines for Weaning

Note: *Same as above. Disregard mention of 4 months.*

Session 38, Handout 38B: Treatment Schedule for Malaria

Note: *Per addendum to Vol. 1 chloriquine is no longer the treatment of choice due to drug resistance. Please refer to the information below:*

WHO Recommendations on Malaria Treatment

In response to antimalarial resistance, WHO recommends that all countries experiencing resistance to conventional monotherapies, such as chloroquine, amodiaquine or sulfadoxine-pyrimethamine, use combination therapies. Preference is given to therapies containing artemisinin derivatives (ACTs) for falciparum malaria. This includes:

1. *Artemether/lumefantrine(Coartem[®])*
2. *Artesunate plus amodiaquine*
3. *Artesunate plus sulfadoxine-pyrimethamine (in areas where SP efficacy remains high)*

4. Artesunate plus mefloquine (in areas with low to moderate transmission—not recommended for Africa)
5. Amodiaquine plus sulfadoxine-pyrimethamine, in areas where efficacy of both amodiaquine and SP remains high (mainly in the countries of West Africa). This non-artemisinin-based combination therapy is reserved as an interim option for countries that, for whatever reason, are unable immediately to move to ACT.

Note: Most countries have adopted ACT as the first line of treatment.

Session 38, Trainer Attachment 38A: Revised recommendation for preventing

malaria in travelers to areas with chloroquine-resistant plasmodium falciparum

Note: *As recommendations are outdated, please follow updated recommendations from other sources on malaria prevention for travelers.*

Session 40: Dehydration Assessment

Step 6 (20 min)

Determining Proper Treatment of Diarrhea and Dehydration

Note: *Disregard references to giving sugar-salt solution. Recommendation is limited to using low osmolarity ORS solution (pre-packaged) or other home-based fluids.*

RULES FOR HOME TREATMENT OF DIARRHEA

Note: *Same note as above*

Session 41: Rehydration therapy

Note: *Per the note above, disregard all references made throughout this session on giving sugar-salt solution. Recommendation is limited to using low osmolarity ORS solution (pre-packaged) or other home-based fluids.*

Session 42, Handout 42A: Sample KAP household diarrhea questionnaire

Note: *Use the following updated questionnaire.*

1. Can anything help prevent diarrhea?
2. What other names do people use for diarrhea?
3. Do you think children in the village can die from diarrhea?
4. Do you know a child that has died from diarrhea?
5. Did your child have diarrhea in the last two weeks? (If no, skip to Question #16)
6. What was given to your child when she or he had diarrhea?
7. Did you continue breast feeding your child when she or he had diarrhea? The same, more or less than usual?
8. Did you give liquids to your child when she or he had diarrhea? What liquids? The same, more or less than usual?
9. Did you give food to your child when she or he had diarrhea? What foods? The same, more or less than usual?

10. Did you seek advice or treatment from someone outside of the home for your child's diarrhea?
11. Where did you first go for advice or treatment?
12. Who decided that you should go there for your child's illness?
13. Where did you go next for advice or treatment?
14. During the period when your child was recovering from diarrhea, did you give him or her less than usual to drink, about the same amount, or more than usual to drink?
15. During the period when your child was recovering from diarrhea, did you give him or her less than usual to eat, about the same amount, or more than usual to eat?
16. Have you heard of ORS?
17. ASK TO SEE THE PLACE USED MOST OFTEN FOR HAND WASHING AND OBSERVE IF EACH OF THE FOLLOWING ITEMS ARE PRESENT: water, soap, ash or other cleansing agent.
18. When do you usually wash your hands with soap/ash?

KAP SURVEY ON DIARRHEA QUESTIONS TO ASK HEALTH PERSONNEL

Question #4: Reformulate to read: *When should you treat diarrhea with ORS solution? Why should it be used?*

Session 43: Implementing ORT in the village

Note: *Per the note above, disregard all references made throughout this session on giving sugar-salt solution. Recommendation is limited to using low osmolarity ORS solution (pre-packaged) or other home-based fluids.*