AFRICAN HEALTH TRAINING INSTITUTIONS PROJECT

PN-AAM-163

UN PLAN TOPIQUE POUR

L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE

UN PLAN TOPIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE:

APPROCHE PAR ETAPES DE LA VIE

(SOINS INFIRMIERS ET DE SAGES-FEMMES)

AFRICAN HEALTH TRAINING INSTITUTIONS PROJECT

1978

UNIVERSITE DE LA CAROLINE DU NORD A CHAPEL HILL

Centre de la Population de la Caroline
et
Faculté de Médecine - Bureau des Etudes Médicales
Chapel Hill, NC 27514
U.S.A.

930[illegible]

AID/[illegible]

AID/[illegible]/C-[illegible]

La publication de ce volume a été rendue possible grâce au soutien de l'United States Agency for International Development, Bureau for Population and Humanitarian Assistance, Washington, D.C.

Project No. AID-CM/PHA/C-73-33

R E M E R C I E M E N T S

Plusieurs personnes ont donné de leur temps, se sont intéressées et ont assisté au développement de divers segments du Plan Topique pour L'Enseignement de la Santé Familiale - Soins Infirmiers et de Sages-Femmes. Les auteurs sont mentionnés dans la liste des contributeurs.

L'effort fourni par le groupe des Consultants de AHTIP pour les soins infirmiers et de sages-femmes et des sciences sanitaires alliées dans la révision de ce livre aux divers stades de son développement ainsi que leurs suggestions est très hautement apprécié.

Dr. Raymond Isely est très spécialement remercié pour la révision et la critique de la plupart des modules, ainsi que pour son soutien et ses encouragements durant la rédaction de ce livre. Mme. Linda Staurovsky a aussi contribué d'une façon remarquable par son intérêt continu, ses recommandations et la révision des matières à enseigner relatives à la maternité.

Des remerciements sont aussi dus à Mme. Betty Rose Johnson, Mme. Dorothy Burford et Mme. Ella Oliver pour leur révision de certains modules. Il convient aussi de reconnaître l'effort de Mme. Marjorie Kupper et Mme. Catherine Murphy pour leur soutien et pour la liste des ressources des méthodes d'enseignement qu'elles ont compilée.

Beaucoup de membres du personnel de l'AHTIP ont aidé dans la frappe et dans la révision de ce volume, Mme. Hermi Rojahn est particulièrement remerciée pour son savoir-faire, sa patience quant à la coordination des divers éléments de ce livre et pour sa publication.

Elizabeth M. Edmands
Rédactrice en Chef
Chapel Hill, septembre 1977

LISTE DES CONTRIBUTEURS

ENAAM Y. ABOU-YOUSSEF, R.N., B.SC., M.S., ED.D.
Adjunct Associate Professor, Public Health Nursing, School of Public Health; Nurse-Midwife Educator, African Health Training Institutions Project, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, U.S.A.

ELIZABETH M. EDMANDS, R.N., B.S.P.H.N., M.A.
Associate Professor, Public Health Nursing, Maternal and Child Health, School of Public Health; Public Health Nurse Educator, African Health Training Institutions Project, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, U.S.A.

RAYMOND B. ISELY, M.D., M.P.H., D.T.M.
Clinical Assistant Professor of Paediatrics, The Medical School; Adjunct Assistant Professor of Health Education, School of Public Health; Medical Advisor, African Health Training Institutions Project; University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, U.S.A.

JAMES W. LEA, PH.D.
Assistant Professor, Department of Family Medicine/Office of Medical Studies; Associate Director, Clinical Cancer Education Program; The Medical School; Director, African Health Training Institutions Project; University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, U.S.A.

ROBERT D. STONE, PH.D.
Assistant Professor, Department of Family Medicine; Assistant Professor, School of Education; Faculty Member, Office of Medical Studies; The Medical School, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, U.S.A.

FRANK T. STRITTER, PH.D.

Associate Professor, Department of Family Medicine; Associate Professor, School of Education; Associate Professor of Health Education, School of Public Health; Faculty Member, Office of Medical Studies, The Medical School, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, U.S.A.

Members of AHTIP Consultative Group for Nursing, Midwifery and Allied Health Professions:

AYODELE AKIWUMI

Head, Post-Basic Nursing Department
University of Ghana
Legon, Accra, Ghana

HIBA HASSANI

Head of Professional Training
Ministry of Public Health
Rabat, Morocco

EUNICE MURINGO KIEREINI

Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Nairobi, Kenya

MOHGA LUTFI

Midwifery Tutor
Omdurman Midwifery Training School
Omdurman, Sudan

SOHEIR MOKABEL

Director, Higher Institute of Nursing
University of Alexandria
Alexandria, Egypt

DAMARIS MOUNLOM
Director
National School of Nursing and Midwifery
Yaounde, Cameroon

MARGARET OSEI-BOATENG
Nursing Tutor, Post-Basic Nursing Department
University of Ghana
Legon, Accra, Ghana

AWATIF OSMAN
Director
College of Nursing
Khartoum, Sudan

OLIKOYE RANSOME-KUTI
Professor and Head, Department of Paediatrics
Director, Institute of Child Health
University of Lagos
Lagos, Nigeria

STELLA O. SAVAGE
Chief Nursing Education and Training Officer
Federal Ministry of Health
Lagos, Nigeria

TABLE DES MATIERES

Page

CHAPITRE 1: 1

LES ORIGINES ET LE DEVELOPPEMENT DU PLAN TOPIQUE

James W. Lea

CHAPITRE 2: 3

DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE PAR ETAPES DE LA VIE DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE

Frank T. Stritter et Raymond B. Isely
adapté pour l'enseignement des soins infirmiers et de sages-femmes par
Elizabeth M. Edmands

CHAPITRE 3: 23

GUIDE D'EMPLOI DU PLAN TOPIQUE

Raymond B. Isely et Elizabeth M. Edmands

CHAPITRE 4: 29

MODULES POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE: LE PLAN TOPIQUE

Elizabeth M. Edmands

Module A: NATURE DE LA COMMUNAUTE 31

Section I: Evaluation d'une communauté
Section II: Méthodes pour receuillir des données au sujet d'une communauté
Section III: Evaluation des données et détermination de la priorité des besoins sanitaires
Section IV: La planification des activités sanitaires fondée sur l'évaluation des besoins de la communauté

Module B: LA FAMILLE EN TANT QU'UNITE 47

Section I: Définition et détermination sociale et culturelle de la nature des familles
Section II: Le rapport entre la structure de la famille et sa fonction
Section III: Intervention de l'infirmière ou de la sage-femme

Module C: CONCEPTION ET INFECONDITE 61

Section I: Attitudes sociales et culturelles et les pratiques se rapportant à la conception et à l'infécondité
Section II: Anatomie et fonction physiologique de l'appareil de reproduction de l'homme et de la femme
Section III: Conception
Section IV: Incidence et causes de l'infécondité
Section V: Diagnostic et traitement de l'infécondité
Section VI: Rôle des infirmières et des sages-femmes dans les soins et les conseils donnés au couple inféconds

Module D: GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PUERPERIUM 79

Section I: Attitudes et pratiques culturelles
Section II: Grossesse normale
Section III: Soins de la femme enceinte
Section IV: Croissance et développement du foetus
Section V: Travail et accouchement
Section VI: Soins de la femme pendant le travail et l'accouchement
Section VII: Le puerpérium
Section VIII: Soins donnés à la mère durant le puerpérium
Section IX: Déviation de la normale

Module E: ALLAITEMENT ET SEVRAGE (par Enaam Abou-Youssef) 124

Section I: Anatomie du sein et physiologie de l'allaitement
Section II: L'allaitement au sein
Section III: Alimentation au biberon (alimentation artificielle)
Section IV: Sevrage

Module F: CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT DE LA NAISSANCE A LA PUBERTE 137

Section I: Croissance et développement normaux
Section II: Principaux facteurs affectant la croissance et le développement
Section III: Moyens diagnostiques d'évaluation pour mesurer la croissance et le développement
Section IV: Conseils et éducation des parents et des enfants - Intervention de l'infirmière

Module G: LA PUBERTE ET L'ADOLESCENCE 153

Section I: Définition des termes de base et des étapes qui mènent à la maturité
Section II: Les attitudes traditionnelles et modernes relatives à l'adolescence dans la communauté
Section III: Principaux besoins des adolescents
Section IV: Intervention de l'infirmière

Module H: L'ADULTE 173

Section I: Les années productives
Section II: Attitudes et pratiques culturelles
Section III: Besoins des adultes
Section IV: Problèmes des adultes
Section V: Soins infirmiers

Module I: LA VIEILLESSE (à partir de 45 ans) 195

Section I: Espérance de vie
Section II: Attitudes traditionnelles
Section III: Changements physiques et psychologiques de la vieillesse
Section IV: Besoins et problèmes
Section V: Rôle de l'infirmière dans des soins préventifs, thérapeutiques et à long terme à donner aux personnes âgées

Module J: MALADIES COMMUNES ET ACCIDENTS AYANT UNE INFLUENCE SUR LA SANTE FAMILIALE (par Raymond B. Isely) 215

Section I: Concepts et définitions
Section II: Maladies et accidents de l'enfance
Section III: Maladies de la femme adulte
Section IV: Maladies et accidents de l'homme adulte
Section V: Maladies et accidents affectant tous les âges
Section VI: Soins infirmiers

Module K: LA PLANIFICATION FAMILIALE 243

Section I: Introduction à la planification familiale
Section II: Avantages de la planification familiale
Section III: Critères d'évaluation d'une méthode de contraception choisie
Section IV: Méthodes d'interruption
Section V: Méthodes mécaniques et chimiques
Section VI: Méthodes chimiques et organiques
Section VII: Soins infirmiers et de sages-femmes et conseils se rapportant à la planification familiale
Section VIII: Avortement
Section IX: Stérilisation

Module L: LE PERSONNEL DE SANTE ET LA COMMUNAUTE 269

Section I: Les différentes catégories du personnel sanitaire
Section II: Programmes de santé communautaire: buts, objectifs, composantes
Section III: Activités de l'infirmière et de la sage-femme et leur contribution aux programmes communautaires

CHAPITRE 5: 285

STRATEGIES PEDAGOGIQUES

Frank T. Stritter

CHAPITRE 6: 295

PRINCIPES DANS LA SELECTION ET L'UTILISATION DES METHODES D'EVALUATION DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE

Robert D. Stone

APPENDICE I: 301

Addresses des Editeurs

APPENDICE II: 305

Sources du Matériel d'Enseignement

CHAPITRE 1 :

LES ORIGINES ET LE DEVELOPPEMENT DU PLAN TOPIQUE

James W. Lea

Ce n'est qu'après deux ans d'étude et de coopération internationale que le Plan Topique d'Enseignement de la Santé Familiale - Soins Infirmiers et de Sages-Femmes a pu voir le jour.

Le travail a débuté en 1975 quand le personnel du African Health Training Institutions Project (AHTIP) a réalisé le besoin d'un document qui grouperait les matières auto-didactiques de l'enseignement de la santé familiale rédigées par les infirmières africaines et les sages-femmes dans les ateliers de l'AHTIP. Il fut décidé que le format de ce livre devrait avoir les caractéristiques suivantes:

1. Aider les participants des futurs ateliers à identifier les thèmes pour lesquels des unités auto-didactiques ont déjà été développées afin de faciliter le choix des thèmes à développer.
2. Faciliter au corps enseignant qui l'utilise la connaissance des matières disponibles aux étudiants.
3. Faciliter d'une façon réaliste le développement de certains aspects de la santé familiale actuellement enseignés ou pouvant être intégrés dans l'enseignement des soins infirmiers ou de sages-femmes en Afrique.

Il était immédiatement évident que la réalisation d'un tel document ne pouvait se faire sans les efforts conjugués d'un groupe d'experts dans l'enseignement des soins infirmiers et de sages-femmes en Afrique. Les huit consultants de AHTIP pour les soins infirmiers, de sages-femmes et des sciences sanitaires alliées, formaient un tel groupe et représentaient sept pays africains.

En juillet 1975, l'esquisse préliminaire d'un plan d'enseignement de soins infirmiers et de sages-femmes, ayant comme thème la santé de la famille, fut présenté au groupe des consultants à Nairobi. L'idée ayant été acceptée par le groupe, l'analyse, la révision et la rédaction du document furent immédiatement entreprises. Le résultat de ce travail fut envoyé au personnel de AHTIP pour une révision plus approfondie avant la deuxième rédaction.

Mme. Elizabeth M. Edmands rédactrice en chef de ce document poursuivit durant une année le travail déjà entrepris avec l'aide des membres du groupe des Consultants et d'autres collègues. Durant ce travail, il fut réalisé que le terme "plan d'enseignement" ne correspondait pas au but de ce document; car, avec la coopération de plusieurs autorités africaines, ce plan se développait en un compendium raisonné de sujets d'enseignement, ayant des principes, des objectifs, des matières à enseigner appropriées à l'Enseignement de la Santé Familiale. D'où le nouveau titre Plan Topique. Conforme au document en préparation sur l'enseignement médical, le Plan Topique adopta l'approche par étapes de la vie comme thème central.

En septembre 1976, un manuscript plus détaillé du Plan Topique fut soumis au groupe des Consultants durant leur réunion à Alexandrie. Les membres du Groupe entreprirent une étude plus approfondie et suggérèrent certaines additions. Ces efforts, unis au travail de rédaction, eurent comme résultat Le Plan Topique.

Il est donc apparent que ce volume est le fruit des efforts conjugués de plusieurs autorités dans l'enseignement des soins infirmiers et de sages-femmes. Chaque personne ayant contribué à ce volume espère qu'il servira de guide soit au développement d'un programme d'enseignement de la santé familiale, soit à l'évaluation d'un programme déjà en cours. Il est aussi espéré que ce volume stimulera l'intégration de la santé familiale dans l'enseignement et la pratique des soins de santé donnés en Afrique et ailleurs.

C H A P I T R E 2 :

DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE PAR ETAPES DE LA VIE DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE

Frank T. Stritter et Raymond B. Isely

adapté pour l'enseignement des soins infirmiers et de sages-femmes par

Elizabeth M. Edmands

Ce chapitre a pour but de décrire comment les concepts dont résultent les idées présentées dans le chapitre précédent furent développés.

Deux idées principales sont considérées ici, la première étant celle de l'organisateur ou du constructeur de programmes. Celui-ci peut être un responsable de cours, un chef de département ou encore l'unique responsable d'une institution. Le second point considère l'organisation des matieres à enseigner selon l'approche proposée dans ce volume. Ceci permettra le développement simultané de la marche à suivre tant sur le plan conceptuel que du point de vue de l'approche par étapes de la vie dans l'enseignement de la santé familiale.

I. GUIDE CONCEPTUEL A L'USAGE D'UN ORGANISATEUR DE COURS

A. QU'EST CE QU'UN PROGRAMME?

Par définition un programme comprend deux parties principales. La première étant un ensemble de buts pédagogiques organisé d'une façon logique et continue. Ces buts expriment en grandes lignes ce que l'étudiant doit être capable de faire à la fin de l'enseignement donné. Ceci est tout aussi valable pour un programme de courte durée (par exemple le cours de soins infirmiers en pédiatrie dans le contexte d'un programme général

en soins infirmiers) que pour un programme plus long préparant à une carrière (tel l'étude des soins infirmiers pour une durée de quatre ans). Ces buts serviront de guide aux organisateurs et aux évaluateurs et de guide d'étude aux étudiants qui participent dans le programme. La seconde partie est représentée par des expériences pédagogiques qui permettront à l'étudiant d'atteindre les différents buts du programme. L'étudiant participera à des expériences de diverses manières. Certains cours peuvent être obligatoires ou facultatifs; certains seront enseignés à un groupe alors que d'autres seront fondés sur l'instruction individualisée. L'instruction peut être didactique ou fondée sur l'expérience. Un programme peut donc être défini comme un tout formé par des buts et des expériences propres à un enseignement spécifique.

B. QUELLES SONT LES TACHES D'UN ORGANISATEUR DE PROGRAMME?

La présentation d'un programme peut être la responsabilité d'un ou de plusieurs personnes, alors que les responsabilités administratives d'un programme d'enseignement peuvent être assumées par une institution, telle que le ministère de la Santé ou de l'Education, ou par un doyen de faculté ou un comité responsable chargé du développement de l'enseignement. Quel que soit le responsable, certaines responsabilités et tâches doivent être assumées afin qu'un programme soit utilisable et valable du point de vue pédagogique.

La première tâche est le choix du cadre dans lequel les buts et les expériences pédagogiques seront intégrés. La seconde tâche consiste à délimiter les activités, le niveau de l'expertise à atteindre, et les attitudes à développer par l'étudiant qui participe au programme.

Il est entendu que ce que l'étudiant sera capable d'accomplir à la fin d'un programme est parfois déterminé par une autorité politique plus important ou il peut être fonction de ce qu'attend la société ou la profession. La troisième tâche consiste d'une part à établir des expériences, ou des activités permettant à l'étudiant d'atteindre les buts

désirés et d'autre part à faciliter l'évaluation de l'étudiant ainsi que du programme. Ce n'est qu'après cette évaluation qu'il peut être confirmé qu'un étudiant a atteint le niveau éducatif professionnel voulu associé à l'obtention du diplôme.

C. QUEL EST LE CHOIX D'UN ORGANISATEUR DE PROGRAMME DANS LE DEVELOPPEMENT D'UN PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT?

Les décisions prises au sujet de l'organisation d'un programme sont souvent influencées par le gouvernement, les groupes d'enseignants ou d'autres responsables. Elles sont aussi généralement dictées par des idées plus ou moins vagues et des circonstances plus ou moins définies au lieu d'être fondées sur des faits ou des besoins bien définis. Dans beaucoup d'institutions cette approche au développement des cours a résulté dans un mélange confus de cours divers que l'étudiant doit suivre selon une séquence déterminée par un groupe d'enseignants. L'étudiant doit faire un triage de ces renseignements pour être capable de les bien appliquer à l'avenir. Cette sorte de développement des cours est contestable du point de vue pédagogique parce qu'elle ne bénéficie que très peu les étudiants qui l'utilisent.

Il semble plus logique d'organiser un programme répondant aux besoins des divers groupes; ces groupes étant le corps enseignant, les étudiants et le public.

Les besoins du corps enseignant sont généralement orientés vers un domaine qui leur est familier ou vers les matières à enseigner. En fait, cette approche caractérise la plupart des programmes. Dans ce genre de programme il est présumé que l'efficacité d'une méthode d'apprentissage dérive de l'importance des matières à enseigner telles que l'anatomie et la physiologie. Les caractéristiques d'un tel programme sont la fragmentation du savoir et des ressources, la déficience ou le manque de communication entre les différents membres du corps enseignant et la quantité excessive de matières que l'étudiant doit mémoriser et dont certaines sont

répétitives. Ce genre de programme possède les avantages suivants: la facilité de sa planification et de son enseignement, la centralisation des membres de la faculté dans un département. On trouve, après tout, plus facile la discussion des problèmes du programme avec des collègues qu'avec des personnes d'autres disciplines. Cette approche facilite, donc, le développement et la présentation des faits en même temps qu'elle rend possible d'enseigner avec un minimum d'effort et de temps (du point de vue des enseignants).

Les besoins de l'étudiant peuvent aussi servir de guide au développement d'un programme. Par exemple, l'étudiant a très souvent de la peine à identifier et à intégrer les concepts présentés dans un programme fragmenté. L'approche pluridisciplinaire a été présentée comme une solution possible à ce problème. On peut traiter de plusieurs problèmes spécifiques avec pour arrière-plan la discussion des problèmes, principes et thèmes plus généraux. Cette approche aide à détruire les barrières logiques érigées par les spécialistes et permet l'unification du savoir. Par exemple, très souvent l'étudiant infirmier éprouve des difficultés à établir le rapport entre la pratique clinique et les sciences de base. Une façon de résoudre ce problème serait de centrer un programme sur les divers systèmes d'organes du corps ou sur tous les aspects relatifs à un système, tel que l'anatomie, la function physiologique, le traitement, etc. et de l'enseigner en tant qu'ensemble. Une autre approche serait d'organiser un programme autour des problèmes cliniques tels que l'hypertension, le diabète, et les infections des voies respiratoires par exemple.

Un programme pourrait aussi être fondé et organisé selon les besoins de santé du public. Un tel programme serait centré sur des fonctions, des activités, des événements ou des problèmes d'une société ou d'une culture. Une telle organisation répondrait alors aux besoins de l'homme plutôt qu' aux besoins d'un groupe--corps enseignant ou étudiant, et permettrait non seulement l'intégration des connaissances mais aussi de délimiter les responsabilités du praticien. Le rapport entre le programme et l'expertise du personnel et la vie de ceux qui vont recevoir les services du practicien

est ainsi plus facilement établi. Ainsi, l'on mettrait l'accent sur les besoins de la société, des étudiant et des récipients des services sanitaires. L'organisation d'un tel programme est une tâche difficile. Sa mise en action est encore plus difficile. Un tel programme est présenté dans ce volume où les matières à enseigner sont fondées sur le développement par étapes de la vie ou sur les événements de la vie d'un individu ou d'une famille.

D. QUELS SONT LES CRITERES QUI AIDENT L'ORGANISATEUR D'UN PROGRAMME DANS SA TACHE OU PAR LESQUELS UN PROGRAMME PROPOSE PEUT ETRE EVALUE?

L'établissement d'un guide pour le développement d'un programme donnera un résultat logique et utile. La liste suivante comprend les diverses catégories constituant un ensemble de critères:

1. ETENDUE

Un programme doit se limiter à un domaine précis et non pas à un vaste amalgame de connaissances n'ayant aucun rapport entre elles. Il doit présenter des concepts et des matières à enseigner ayant un rapport direct au thème désigné. Les rapports et les liens entre concepts doivent être mis en évidence afin de faciliter leur compréhension.

2. INTEGRITE

Un programme doit considérer les thèmes appartenant à un domaine donné. Vue l'amplitude des connaissances et l'impossibilité de les inclure toutes dans un programme, il est essentiel d'établir une liste prioritaire. Ce choix doit être un choix fondé sur l'expérience afin d'assurer son efficacité.

3. SEQUENCE

Le programme doit être organisé selon un ordre logique afin d'en faciliter l'étude. La séquence d'un programme peut être établie de manières différentes. Ainsi nous pouvons considérer une séquence d'événements naturels, c'est-à-dire la suite normale du point de vue spatial, temporel ou physique. Une autre succession peut être conceptuelle c'est-à-dire la

relation conceptuelle des matières à enseigner. La séquence peut aussi être une séquence de recherche, c'est-à-dire dérivée de la génération, la découverte et la vérification des connaissances. La séquence d'étude peut aussi être une séquence d'apprentissage fondée sur les principes de la psychologie pédagogique. Enfin, la séquence peut être une séquence d'utilisation, fondée sur l'usage ou la fréquence d'usage des informations ou des concepts.

4. APPRENTISSAGE CUMULATIF

L'organisation d'un programme doit être systématique, partant de l'acquisition des connaissances à l'application des concepts, ou de l'étiologie d'une condition avant son traitement et sa prévention. D'autre part, la difficulté des matières doit augmenter à mesure que le programme se développe.

5. INTEGRATION

Le rapport entre les faits et les principes utilisés dans les matières enseignées dans divers domaines doit être clairement établi.

6. FLEXIBILITE

Un programme doit être flexible et adaptable aux divers instructeurs ou étudiants afin de pouvoir être utilisé par diverses institutions. Il s'ensuit que le programme ne doit pas courir le risque d'être trop spécifique. La flexibilité est assurée par le succès de son utilisation dans différentes institutions et par différents membres du corps enseignant. Le degré de flexibilité d'un programme d'étude est un critère important dans certains cas.

7. UTILITE

Un programme d'étude doit être pratique et utile. Il importe de le mettre à l'épreuve afin de modifier, ou d'éliminer les segments dont l'utilité est douteuse.

Un programme d'étude fondé sur les critères précédents a toutes les chances d'être mieux conçu qu'un autre qui ne le serait pas. La décision

finale quant au niveau et à l'excellence d'un programme est prise par l'organisateur. Il n'en reste cependant pas moins vrai que l'utilisation des critères lui servira de guide dans cette décision.

E. Y A-T-IL UN SCHEMA A SUIVRE DANS LE DEVELOPPEMENT D'UN PROGRAMME?

Un schéma peut aider l'éducateur ou le comité dans le développement d'un programme. Il permet d'assurer que tous les domaines d'un programme sont inclus et se suivent logiquement. Ce schéma peut être représenté par une grille ou une matrice servant de guide et montrant le rapport des divers éléments d'un programme tels qu'objectifs, thèmes, matières à enseigner, expériences pédagogiques et évaluation. La Matrice consiste en deux parties principales. L'ordonnée indiquera les objectifs ou les activités que l'agent de santé sera capable de mener à bien à la fin du programme d'instruction. L'organisation du programme se trouvera sur l'axe horizontale ou l'abscisse et correspondra au schéma déjà mentionné et où les divers éléments sont représentés par les besoins d'un ou de plusieurs des groupes constitutifs. En prolongeant les axes horizontalement et verticalement, ces lignes se coupent et forment une matrice ou une grille composée de cellules et permettent aussi plus de précision.

Figure 1:

MATRICE HYPOTHETIQUE DE LA
PLANIFICATION D'UN PROGRAMME

Objectifs du programme	Organisation du Programme						
	Eléments fondés sur les besoins sociaux (exemple)						
	A	B	C	D	E	F	G...
1							
2							
3							
4							
5							
6							

II. DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE PAR ETAPES DE LA VIE

A. CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES

La première difficulté réside dans la définition conceptuelle de la santé familiale pouvant servir de guide aux éducateurs, et où la santé familiale ne veut pas dire ipso facto planification familiale ou limitation des naissances, mais se rapporterait au statut sanitaire de la famille quelle que soit la définition du mot famille. Il importe peu que le mot famille désigne quatre personnes, ou un hâmeau de cinquante à soixante personnes. Ce qui importe ici c'est l'état de santé de cette cellule sociale.

Le concept de la santé familiale comprend aussi l'idée de la famille en tant qu'unité recevant des soins sanitaires et en tant qu'élément de la communauté où l'état de santé de la famille est déterminé. La santé de la famille exige l'adaptation à la totalité de l'environnement. Les principaux points à considérer dans la santé de la famille sont: le processus de la reproduction, la puériculture, la nutrition, les maladies infectieuses, l'éducation pour la santé et l'hygiène de l'environnement.

Cette conceptualisation de la santé familiale permet la définition des problèmes que l'éducateur devra résoudre dans l'établissement d'un programme pour les institutions de sciences sanitaires en Afrique. Quels sont ces problèmes?

1. Il importe que le programme soit suffisamment souple pour inclure tous les aspects de la santé familiale. D'autre part, ce programme doit comprendre l'aspect social de la famille, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, l'alimentation, les principales maladies et les accidents, les dangers se rapportant aux divers métiers et certains éléments de la santé communautaire. Il importe aussi que le programme mette l'accent sur les interventions du personnel sanitaire tant du point de vue traitement que du point de vue prévention.

2. Cependant, ce programme doit être suffisamment précis afin de ne pas se perdre dans l'ensemble des sciences sanitaires. Il importe donc d'établir des critères selon lesquels le choix des connaissances relatives à la santé familiale sera délinié.

3. Dans l'établissement d'un programme, il faut connaître et faire cas des coutumes de la société dans laquelle la famille se trouve. Un système de croyances et de pratiques--orienté vers la famille--existe déjà. Il faut tenir compte de tels systèmes.

4. Il importe aussi de mettre l'accent sur la pratique des soins et non sur la théorie afin d'établir un équilibre entre pratique et théorie. Le programme doit donc être établi de façon à ce que le savoir et l'expertise de l'agent de santé correspondent aux besoins et aux espérances définis sur le plan national.

5. Le programme doit être conçu de façon à établir les liens entre la santé familiale et les cours de soins infirmiers en pédiatrie, de soins de sages-femmes, de soins infirmiers médico-chirurgicaux, et d'autres spécialités sans toutefois remplacer ces programmes.

6. Il est aussi important de donner priorité au rapport entre la régulation de la fécondité, le traitement général et spécifique des infections, et la nutrition.

La tâche de l'organisateur d'un programme, c'est-à-dire la mise au point d'un programme éducatif, est tracée quand l'idée conceptuelle d'un programme est intégrée aux besoins spécifiques d'un programme de santé familiale. L'approche par étapes de la vie est le résultat d'un tel effort.

B. LA MATRICE PAR ETAPES DE LA VIE

1. BUTS OU RESULTATS DU PROGRAMME

Les expertises suivantes ont été choisies et se trouvent sur l'axe vertical de la matrice (voir Figure 1):

1. Interpréter la culture donnée
2. Décrire la structure et la fonction normales--de l'individu, de la famille, de la communauté
3. Evaluer d'une façon appropriée
4. Discuter les déviations importantes du normal

5. Décrire, appliquer les mesures préventives, thérapeutiques et les soins infirmiers nécessaires
6. Renseigner les individus ou les familles sur la prévention des accidents et des maladies et sur les soins à rendre
7. Soutenir l'individu ou la famille en période de crise familiale
8. Etablir le rapport entre les divers aspects des services sanitaires
9. Donner et recevoir des conseils
10. Agir avec des ressources limitées
11. Participer à la recherche
12. Comprendre les problèmes de santé dans le contexte de l'environnement
13. Travailler avec d'autres membres de l'équipe sanitaire
14. Continuer à se renseigner et à évaluer ses propres progrès
15. Agir selon les principes de l'éthique professionnelle

2. LES CONSTITUANTS DU GROUPE

Le groupe désigné dans cette approche comprend les individus, les familles et les communautés que l'agent de santé servira. Les événements de la famille et le développement de la famille servent de démarcations dans lesquelles les besoins des soins sanitaires seront mis en oeuvre. La raison de ce choix sera discuté plus loin en C. Les composantes et les événements considérés dans les étapes de la vie s'étendent de la conception à la vieillesse:

c. Conception et infertilité
d. Grossesse, accouchement et puerpérium
e. Allaitement et sevrage
f. Croissance et développement
g. Puberté et adolescence
h. L'adulte (21-44 ans)
i. La vieillesse (de 45 ans)
j. Maladies communes et accidents affectant la santé familiale

Il faut cependant ajouter quatre domaines ne faisant pas partie des étapes de la vie, mais considérés nécessaires dans la compréhension des

étapes. Ces domaines donnent à l'étudiant une vue d'ensemble sur le déroulement des étapes de la vie. Ce sont:

a. La nature de la communauté
b. La famille en tant qu'unité
c. La planification familiale
d. L'agent de santé et la communauté

3. DEFINITION DES CELLULES

Les cellules sont définies par l'intersection des axes verticaux et horizontaux qui représentent l'interaction des activités de l'agent avec les événements et le développement des étapes de la vie. Exemple: cellule (C.2) spécifie que la structure et la fonction normales de la famille et de ses membres doivent être considérées par l'agent en matière de la conception et l'infertilité durant les étapes de la vie. Il est logique de considérer dans ce cas les organes reproducteurs de l'homme et de la femme du point de vue de la structure et du processus physiologique de la spermatogenèse et de la oögenèse ainsi que les facteurs pouvant affecter la reproduction.

Si nous considérons un autre exemple, soit la cellule I.3, l'agent doit évaluer ici les problèmes médicaux, sociaux et psychologiques des personnes âgées. C'est en tenant compte des cellules de cette nature que l'on peut avoir les détails d'un programme.

Figure 2: MATRICE DU CYCLE DE LA VIE

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	Nature de la communauté	Famille en tant qu'unité	Conception et infertilité	Grossesse, accouchement et puerpérium	Allaitement et sevrage	Croissance et développement	Puberté et adolescence	L'adulte	La vieillesse	Maladies communes et accidents	Planification familiale	Agent de la santé et la communauté
1 Culture												
2 Structure et fonction normales			C.2									
3 Evaluation									I.3			
4 Déviation du normal												
5 Prévention, traitement et soins												
6 Enseignement de l'individu et de la famille												
7 Soutien émotionnel												
8 Corrélation des services de santé												
9 Consultation												
10 Action avec des moyens limités												
11 Participation dans la recherche												
12 Santé et l'environnement												
13 Travail avec d'autre membres du personnel sanitaire												
14 Auto-éducation												
15 Ethique professionnelle												

C. ANALYSE RAISONNEE DE L'APPROCHE PAR ETAPES DE LA VIE

Comment cette approche correspond-t-elle à l'esquisse proposée en B.1?

1. Cette esquisse nous donne un cadre pour orienter l'enseignement vers des besoins de santé des individus.

L'intégration des étapes de la vie dans l'enseignement de la santé familiale dérive des influences récentes universellement adaptées par le corps enseignant dans l'enseignement de la médecine, et des soins infirmiers et de sages-femmes, c'est-à-dire l'accessibilité des soins de santé à tous, la distribution plus ordonnée du personnel de santé, et l'évaluation du coût et des bénéfices des programmes de santé. D'autre part, les éducateurs songent non seulement à résoudre les problèmes sanitaires au niveau théorique, mais tout aussi bien au niveau pratique.

Entre les années 1945 et 1965 aux Etats-Unis, le nombre d'étudiants en médecine est resté relativement le même et le nombre d'écoles de médecine n'a que très peu augmenté. Jusqu'au début des années 60, l'enseignement de la médecine était limité aux cliniques et aux salles de malades, dans des hôpitaux affiliés aux facultés de médecine. D'autre part, 70% des médecins se spécialisèrent, et très peu d'entre eux se dirigèrent vers la médecine communautaire ou préventive. L'idéal de chaque étudiant en médecine durant la période de l'après-guerre jusqu'en 1965 était le "grand patron" en robe blanche partageant son temps entre le laboratoire et la salle des malades. Durant cette période, l'enseignement des soins infirmiers était centré sur les soins du malade hospitalisé. Pourtant les services et l'enseignement des soins infirmiers avaient déjà pris une certaine direction bien avant cette période. Influencés par divers facteurs, les soins infirmiers et leur enseignement sont sortis de l'hôpital vers les soins infirmiers communautaires et ceci bien avant la médecine. Pour répondre aux demandes du personnel infirmier travaillant dans la communauté et nécessitant une connaissance plus vaste et plus approfondie de l'épidémiologie, de la santé scolaire, et de l'hygiène, le système universitaire prit la responsabilité de préparer le personnel infirmier pour l'administration des hôpitaux et l'enseignement des malades.

La situation au Royaume-Uni durant cette période était semblable (Mechanic: 1968:325-364). La nationalisation des soins médicaux en 1948 augmenta la distance entre le médecin de quartier, servant la communauté, sans avoir le privilège d'utiliser les grands centres et le grand patron ne s'occupant que des conditions catastrophiques et graves. L'isolement où se trouvaient les services de soins préventifs, de sages-femmes et autres était encore plus prononcé. L'enseignement des soins infirmiers en Grande Bretagne étant centré uniquement sur les soins hospitaliers; ce n'est que récemment que l'enseignement infirmier pénétra les murs de l'Université.

L'enseignement médical et infirmier dans le monde entier, l'Afrique et la République Populaire de Chine compris, était largement influencé par les modèles américains et britanniques. Beaucoup de ce qui a été accompli entre 1945-1965 avait de très bons résultats. Cependant, la difficulté à rendre les progrès en médecine et en soins infirmiers accessibles aux populations ou à établir l'importance sur le plan social et économique de la santé et de la maladie constituait un problème incontestable. Certains changements nécessaires ont eu lieu depuis 1965.

Le changement le plus marquant a eu lieu en Chine. Depuis la révolution culturelle de 1968-1969, la durée d'études des programmes a été diminuée, alors que plus de temps a été donné à l'entraînement dans les communes rurales (ceci étant en accord avec la politique générale du pays). D'autre part, le recrutement des élèves se fait sur une base plus étendue (Horn: 1969:124-146). La priorité des soins est donnée aux communautés rurales avec l'intégration immédiate de la pratique et de la théorie, ceci permettant la dissémination de l'idéologie politique pendant qu'on soigne les patients. La nécessité pour l'agent de santé de vivre avec la masse de la population est donc aussi importante que ses connaissances pratiques et théoriques en médecine (Sidel et Sidel:1973).

La Tanzanie et le Mali en Afrique ont suivi ce modèle avec des résultats remarquables. D'autres pays africains sont influencés par l'exemple chinois.

A la fin du siècle passé et au début du vingtième, l'intérêt dans les maladies et les décès qu'on peut prévenir se développa. C'est durant cette période que les pionniers des recherches médicales sur la santé publique et sociale firent leurs découvertes les plus importantes. C'est aussi vers cette époque que les responsables de la santé publique organisèrent les soins pour le contrôle des épidémies, l'établissement des lois sanitaires et le développement des services nécessaires pour la protection de la santé maternelle et infantile.

Bien qu'il y ait eu en Amérique et en Europe des "leaders," les aspects médicaux de la santé publique et la pratique de la médecine étaient séparés. C'est grâce à la prise de conscience du mouvement étudiant des années 60 que les activités et les programmes se tournèrent vers les segments défavorisés de la population aux Etats Unis. Grâce aux efforts gouvernementaux, les fonds nécessaires au lancement des programmes sanitaires furent donnés aux écoles de médecine communautaire et familiale et déterminèrent d'autre part le recrutement et la distribution des médecins. Les écoles d'infirmières furent encouragées à promouvoir des "praticiens de la santé familiale," répondant aux besoins et aux demandes du public. Bien que le nombre des écoles de sages-femmes et d'infirmières ait augmenté et que les écoles se soient agrandies, la demande du public dépasse toujours le nombre de sages-femmes et d'infirmières diplômées disponibles.

Au Royaume-Uni, un mouvement similaire se produisit pour créer des départements de médecine préventive et sociale, pour diriger des étudiants vers la médecine communautaire et pour arrêter l'émigration des médecins britanniques. Les programmes d'enseignement se développent selon les besoins de santé relatifs aux différents groupes d'âges: spécialisations, par exemple, dans les soins infantiles, les soins des femmes d'âge de grossesse, des adultes de 20 à 65 ans, et des personnes âgées. Ainsi, les programmes d'enseignement seraient centrés sur les besoins sanitaires d'un groupe d'âge spécifique--et ces besoins ont tendance à être du même caractère.

L'enseignement suivant le développement par étapes de la vie semble donc être, d'abord et avant tout, une réponse aux besoins du public, car il est centré sur la famille et sur son développemnet, tout en permettant à l'étudiant de considérer la santé et la maladie du point de vue humain et non pas du point de vue des systèmes ou des maladies. Cette approche est plus efficace que celles orientées vers les sujets ou vers les systèmes d'organes, par exemple. Ceci est, semble-t-il, la réponse aux besoins exprimés en II.A: Entraîner des agents de santé pour rendre des services aux familles.

2. Un effort très sérieux est fourni afin de donner des soins en harmonie avec les valeurs culturelles.

A l'avenir les programmes de l'enseignement médical et infirmier doivent intégrer les valeurs culturelles d'une société dans les programmes d'instruction. Les soins médicaux, infirmiers et de sages-femmes en Afrique sont très souvent encore l'apanage du shaman--le guérisseur local et de l'accoucheuse traditionnelle. En Afrique 70-80% de la population est rurale et approximativement 15-20% de la population a accès aux services de santé moderne. Il est donc normal que les étudiants puissent au moins comprendre et apprécier les valeurs de leur milieu social et culturel. La plupart des croyances culturelles essayent de donner un sens aux événements qui se déroulent au cours d'une vie, alors que les coutumes sont établies afin de permettre aux membres de la société de vivre sans beaucoup de difficultés. La conception, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et le sevrage, la croissance, la maturité, le développement psycho-moteur, la circoncision, la puberté, l'adolescence, le mariage, les responsabilités des parents, la maladie, la vieillesse, et la mort, sont tous des événements d'importance dans les différentes ethnies, et ce sont les événements sélectionnés dans l'enseignement des soins de santé de la famille pour les étudiants de médecine et de soins infirmiers suivant l'approche du développement par étapes de la vie.

En résumé, il y a deux causes majeures influençant le choix du développement des étapes de la vie:

1. Il est centré sur les gens, sur la manière dont ils vivent la santé et la maladie dans la famille et la communauté.
2. Il y a une orientation naturelle dans l'organisation de l'enseignement de la santé familiale autour des événements et des processus des étapes de la vie en tenant compte des croyances et des usages traditionnels.

Il en découle que les besoins 3 et 4 dans II.A peuvent être satisfaits. Quant aux autres besoins, nous pouvons supposer qu'ils seront aussi satisfaits. Il reste à prouver que l'approche du développement par étapes de la vie pourra aussi satisfaire les besoins suivants:

Besoin 1: Inclusion de la totalité du sujet de la santé familiale

Il est raisonnable de dire que l'approche "de la conception à la vieillesse" peut traiter de tous les aspects importants.

Besoin 2: L'accent sur ce qui est important

Les événements et les processus choisis sont ceux considérés comme importants par les peuples africains. Ils peuvent être utilisés comme les points de convergence vers lesquels l'enseignement est dirigé.

Besoin 5: Intégration des diverses spécialités

Les soins et les processus vitaux presque sans exception exigent les efforts conjugués de plus d'une spécialité. Par exemple, l'accouchement n'appartient pas seulement au domaine de l'obstétrique, ni la croissance au domaine de la pédiatrie, quand ils sont vus du point de vue de la famille.

Besoin 6: Accent sur les rapports entre le contrôle de la fertilité et des infections, et la nutrition

Ce besoin est satisfait quand l'enseignement met l'accent sur la famille et les individus plutôt que sur les maladies et ce qu'il advient de l'organisme ou de la tumeur. De cette façon, ces trois domaines sont par nécessité reliés l'un à l'autre.

Ce raisonnement, cependant, doit être validé. La partie suivante est la première tentative essayant de valider ces suppositions, c'est-à-dire une esquisse du plan topique.

REFERENCES

HORN, JOSHUA S.

Away with all Pests. London: Monthly Review Press, 1969.

MECHANIC, DAVID

Medical Sociology, A Selective View. New York: The Free Press, 1968.

REINHARDT, ADINA M. and MILDRED D. QUINN (Eds.)

Family Centered Community Nursing: A Socio-Cultural Framework. St. Louis, C. V. Mosby, 1973.

SIDEL, VICTOR W. and RUTH SIDEL

Serve the People: Observation on Medicine in the People's Republic of China. New York: Joshia Macy Foundation, 1973.

CHAPITRE 3 :

GUIDE D'EMPLOI DU PLAN TOPIQUE

Raymond B. Isely et Elizabeth M. Edmands

I. INTRODUCTION

Le but de ce livre est d'aider les enseignants et les organisateurs de programmes d'enseignement de diverses institutions à formuler un programme d'études de la santé familiale. Les normes institutionnelles ou autres détermineront les contextes d'utilisation de ce volume. Ces normes détermineront aussi les degré d'engagement des institutions, des départements et des particuliers dans le but de centrer leurs cours sur la famille et la communauté.

Le changement nécessaire au niveau d'un cours sera dirigé vers les matières à enseigner et vers les méthodes d'enseignement. Les chapitres suivants donneront des informations qui faciliteront cette tâche.

A un autre niveau, un chef de département ou la directrice d'une école d'infirmières aura besoin de l'appui de plusieurs membres de la faculté afin de mener à bien les modifications nécessaires. Les suggestions données dans ce livre demandent que les personnes engagées soient, d'une part, convancues de la nécessité du changement et, d'autre part, se mettent à la tâche méthodiquement.

Sur le plan institutionnel l'enseignement fondé sur la santé de la famille ne peut se faire que s'il est intégré aux différents cours. D'où la nécessité de l'entente et de la coopération des diverses sections ou départements en vue de changer la philosophie et la méthodologie.

Quel que soit le contexte d'enseignement, l'organisateur intéressé dans la santé de la famille sera satisfait par le Plan Topique.

PREVIOUS PAGE BLANK

II. TYPES D'INFORMATIONS OFFERTES

Les informations offertes sont de quatre types:

A. LE DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE PAR ETAPES DE LA VIE - CHAPITRE 2

Les concepts de base dans le développement de l'approche

B. UN PLAN DETAILLE DE CHACUN DES DOUZE MODULES PRESENTES DANS LE CHAPITRE 4 DE CE PLAN TOPIQUE

Les topiques A, B et L donnent les informations nécessaires relatives à la communauté et à la famille. Les modules C à I sont centrés sur les différents stades de développement par étapes de la vie, de la conception à la vieillesse; les modules J et K présentent les éléments qui affectent la famille et la communauté aux différents stades de son développement. Chaque topique est organisé de la manière suivante:

1. Une ANALYSE RAISONNEE qui met en évidence des matières à enseigner aux sages-femmes et aux infirmières et qui délimite l'étendue des informations données.

2. Une série d'OBJECTIFS GENERAUX dans les deux domaines suivants: cognitif (acquisition des connaissances) et de comportement (développement des compétences).

3. Une série d'OBJECTIFS SPECIFIQUES groupés en sections correspondant aux divers aspects du topique de ce module. Chaque module comprend plusieurs sections, par exemple:

a. Les aspects culturels - où les croyances et les pratiques relatives au sujet sont discutées.

b. Les aspects de la structure et de la fonction normales de la communauté, de la famille ou de l'individu à un moment donné du développement.

c. Déviations de la normale - les problèmes sociaux et psychologiques qui peuvent influencer la santé à un stade développemental donné du cycle de la vie.

d. Moyens d'évaluation - des problèmes présents à un stade donné du développement par étapes de la vie.

e. Soins infirmiers et de sages-femmes - les interventions appropriées aux problèmes discutés.

4. Un plan détaillé de l'ORGANISATION DES MATIERES pour chaque section de chaque module, en fait ce qui doit être enseigné sous chaque topique de ce plan.

5. DES REFERENCES, qui faciliteront la planification des cours, sont données à la fin de chaque module. Elles comprennent des unités auto-didactiques de AHTIP et les livres jugés utiles par le personnel de AHTIP et les éducateurs africains des soins infirmiers et de sages-femmes.

C. CRITERES AIDANT AU CHOIX DES METHODES D'ENSEIGNEMENT - CHAPITRE 5

Des critères facilitant le choix de méthodes d'enseignement sont donnés ainsi que des conseils quant au choix à faire sur les matières à enseigner, les objectifs, la détermination du niveau d'expertise de l'étudiant et les ressources disponibles.

D. METHODES DIFFERENTES POUR L'EVALUATION DE L'ETUDIANT - CHAPITRE 6

On présente des méthodes d'évaluation des étudiants et la manière de choisir la méthode la plus appropriée.

III. COMMENT UTILISER LES RENSEIGNEMENTS

L'utilisation des renseignements présentés sera déterminée par les objectifs du programme d'enseignement des diverses institutions. Les objectifs peuvent comprendre un ou plusieurs des aspects suivants:

A. DEVELOPPEMENT D'UN COURS, un cours sur le travail de l'accouchement, par exemple

B. LA PLANIFICATION OU LA MODIFICATION D'UN PROGRAMME AU NIVEAU DEPARTEMENTAL, soins gynécologiques ou obstétricaux pour infirmières ou sages-femmes, par exemple

C. LA CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT AU NIVEAU INSTITUTIONNEL, enseignement des soins infirmiers centré sur la famille en tant qu' unité pour la pratique des soins et sur la communauté en tant que milieu

* * * * *

A. DEVELOPPEMENT D'UN COURS

Dans cet exemple l'organisateur est un éducateur qui désire améliorer un cours sur la période du travail et l'accouchement en situant l'événement de la naissance dans les étapes dela vie d'une famille. L'éducateur tournera d'abord au Module D, "Grossesse, Accouchement et Puerpérium." Il lira l'analyse raisonnée et les objectifs généraux en insistant sur les points ayant trait au travail et à l'accouchement. Il comparera ces objectifs généraux à ses propres objectifs ou il choisira des objectifs relatifs à son cours. Les objectifs spécifiques seront trouvés de la même manière.

Une fois les objectifs établis, il s'attaquera à l'organisation des matières en révisant chaque section en fonction du travail et de l'accouchement. L'éducateur comparera le plan qui en résulte à son plan d'instruction et fera les modifications nécessaires, s'il y a lieu. Les références situées à la fin du module lui seront très utiles. Il peut choisir de commander des unités auto-didactiques. La décision quant au choix de cette méthode d'instruction sera facilitée par l'étude de Chapitre 5. La conférence et l'instruction individualisée peuvent être renforcées par les discussions en groupe, l'expérience clinique, et les méthodes audio-visuelles

Les textes pourront être achetés ou empruntés selon leur utilité et leur disponibilité.

Enfin, l'éducateur ira au Chapitre 6 où l'évaluation des étudiants est discutée. En utilisant les critères d'évaluation présentés dans ce chapitre, il pourra sélectionner ceux qui lui conviennent le mieux.

B. PLANIFICATION D'UN PROGRAMME TOTAL D'ENSEIGNEMENT

Dans cet exemple, c'est une école d'infirmières ou de sages-femmes qui se servira du Plan Topique dans la révision de son programme d'enseignement obstétrical et gynécologique. L'approche à suivre est semblable à l'approche qu'on vient de proposer dans le premier exemple. Tout d'abord la directrice ou un comité révisera les analyses raisonnées et les objectifs généraux des modules pouvant leur être utiles. Ces modules sont les modules A, B, C, D, E, G, H et K. Les principes et les objectifs généraux de ces huit modules seront comparés à ceux du programme d'enseignement déjà en cours et les modifications nécessaires seront faites s'il y a lieu. Il se peut que le programme existant ne considère point la famille et la communauté; ainsi les matières à enseigner des modules A et B devront être ajoutées. Si, après la comparaison, certains aspects du cours ("Grossesse, Accouchement et Puerpérium" par exemple) sont complets, ils resteront tels quels. Pour renforcer l'enseignement, le comité peut choisir des parties des Modules C. "Conception et Infertilité", E. "Allaitement et Sevrage", G. "Puberté et Adolescence", H. "L'Adulte", et K. "Planification Familiale".

Une fois qu'une entente est atteinte le comité révisera les objectifs spécifiques et l'organisation des matières de chaque module et ceci section par section. Le plan proposé peut alors être révisé à nouveau par d'autres éducateurs de l'institution. Les objectifs et les matières à enseigner seront alors comparées à ceux déjà utilisés et les changements nécessaires seront faits afin de renforcer les points faibles ou de suppléer aux omissions.

Une fois ces modifications faites, des cours magistraux seront préparés, des unités auto-didactiques rédigés, les expériences cliniques organisées et la séquence de l'étude esquissée selon les références et le Plan Topique. (voir la fin de chaque module du Chapitre 4, 5 et 6).

C. D'AUTRES APPROCHES AU DEVELOPPEMENT DE L'ENSEIGNANT DE LA SANTE DE LA FAMILLE DANS DES ECOLES D'INFIRMIERES ET DE SAGES-FEMMES

Avant d'aller aux modules particuliers, il est nécessaire de s'assurer des réactions des membres du corps enseignant quant au Plan Topique. Ils devront accepter non seulement l'organisation des matières présentées dans le Chapitre 4 mais se mettre d'accord sur les points de vue philosophiques présentés dans le Chapitre 2 parce que l'organisation de ce volume est fondée sur ces points de vue.

Si un accord est atteint, la démarche suivante consistera à décider de la façon dont les matières dans chaque module seront enseignées. Ceci peut se faire par une série mensuelle de séminaires au cours d'une année. Il est recommandé de choisir un responsable pour la coordination de ces activités. Les membres du corps enseignant contribueront d'autre part à l'effort total. Cette approche constitue une tentative modeste pour orienter l'enseignement vers la famille. L'addition d'expériences cliniques planifiées, de conférences, de stages sur le terrain, de travaux pratiques, de présentations en collaboration avec les moniteurs de soins donnera des résultats plus marqués.

Indépendamment de la position ou du point de vue de l'organisateur d'un programme d'enseignement, ce volume pourra lui rendre quelques services, que ce soit au niveau des objectifs, des matières, des références, des méthodes d'enseignement, ou des méthodes d'évaluation. Il est espéré que ce Plan Topique pourra rendre service aux écoles de soins infirmiers et de sages-femmes en Afrique.

CHAPITRE 4 :

MODULES POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE: PLAN TOPIQUE

Elizabeth M. Edmands

MODULE A:

NATURE DE LA COMMUNAUTE

I. ANALYSE RAISONNEE

La réalisation que les familles font partie d'une communauté est un élément d'importance dans l'enseignement de la santé familiale donné aux étudiantes en soins infirmiers et de sages-femmes. La dimension de cette collectivité varie entre le hameau et la grande ville et peut tout aussi bien être représentée par la nation entière. Le style de vie d'une famille et les ressources qui lui sont disponibles dépendent de l'importance et de la nature de la communauté où elle se trouve.

Il est important que les étudiantes connaissent les facteurs de la communauté qui influencent la santé des familles. Les facteurs les plus importants sont les suivants:

1. L'approvisionnement en eau potable
2. La disposition des rebuts
3. L'approvisionnement en nourriture (qualité et quantité)
4. L'accessibilité des soins préventifs et thérapeutiques: y compris les remèdes traditionnels
5. Les moyens de transport
6. Les facilités d'enseignement
7. La situation relative à l'emploi
8. Le climat

D'autres facteurs ayant aussi une influence profonde:

1. La dimension et la composition de la population
2. Le niveau et la qualité de la gestion dans la communauté
3. Les croyances et les pratiques
4. Les influences politiques et économiques internes et externes
5. La topographie du pays
6. Les moyens de communication officiels et autres
7. Les lois

PREVIOUS PAGE BLANK

Afin de déterminer les besoins de santé d'une communauté, il semble logique que l'étudiante en soins infirmiers ou de sages-femmes aussi bien qu'en médecine suive la méthode employée dans l'établissement d'un historique ou dans l'examen d'un patient, c'est-à-dire rassembler les données nécessaires et étudier le cas afin d'arriver à un diagnostic efficace. Il est cependant nécessaire de préciser que, dans le traitement d'un individu, le personnel de santé a besoin de la coopération du patient, des informations qu'il fournit et de son accord quant au traitement proposé. Il en est de même pour une communauté. Dès le début, l'agent de santé doit expliquer et justifier sa présence dans la communauté. Il doit gagner la confiance des personnes en vue d'identifier les problèmes de la communauté et d'établir un terrain d'entente quant au plan d'action et aux objectifs d'un programme. Une fois les problèmes de santé définis, il faut les grouper selon les priorités et décider des mesures qu'il faut prendre.

II. OBJECTIFS GENERAUX

Après avoir terminé ce module, l'étudiante devra être capable de:

1. Déterminer quelles informations sont nécessaires à l'évaluation d'une communauté.
2. Choisir et utiliser des moyens adéquats pour recueillir des informations (ou utiliser les données disponibles).
3. Evaluer les données et déterminer les besoins prioritaires de la communauté.
4. Travailler en équipe afin d'établir un plan et de coordonner les activités des différents agents de santé.

Section I: Evaluation d'une communauté

Objectifs spécifiques:

1. Définir la communauté et préciser les caractéristiques de toute communauté.
2. Pour une communauté donnée, déterminer les données qui sont nécessaires à la compréhension de la composition et de la nature de sa population.
3. Décrire les facteurs qui déterminent la nature d'une communauté.
4. Etudier les rapports entre les divers facteurs et leurs effets sur la santé de la communauté.

Organisation des matières

A. Définition du terme communauté

1. La circonscription
2. Les groupes de gens
3. Les biens communs et les usages
4. Les lois
5. Les modes de gestion sur le plan communautaire

B. Les données démographiques

1. Dimension de la population
2. Groupement selon:
   a. L'âge
   b. Le sexe
   c. L'état matrimonial et nombre des familles
   d. Les groupes ethniques
   e. Les classes sociales
   f. La religion
3. Taux de natalité et de mortalité
4. Taux de mortalité infantile
5. Taux d'accroissement
6. Taux de migration
7. Rapport du nombre des dépendants par famille
8. Espérance de vie

Section I: Evaluation d'une communauté
Organisation des matières...

C. Le milieu de la communauté

1. Surface
   a. Quantité
   b. Urbaine ou rurale
   c. Propriété (occupation des terres)
2. La qualité du sol
   a. Fertile ou aride
   b. Utilisation du sol - récoltes
   c. Rendement du sol par rapport à l'approvisionnement en aliments
3. L'eau potable
   a. Sources
   b. Pureté
   c. Acceptabilité
4. Destruction des déchets
   a. Types
   b. Efficacité
   c. Acceptabilité
5. Climat
   a. Température
   b. Variations saisonnières
   c. Pluies (sécheresse - inondation)
6. Transports et communications
   a. Routes - qualité, effet des saisons
   b. Téléphone
   c. Radio, télévision
   d. Autres moyens de transport
   e. Autres moyens de communication
7. Economie
   a. Industrie
   b. Agriculture
   c. Travail ou chômage
   d. Emplois pour femmes
   e. Revenu moyen--gamme
8. Habitation
   a. Types
   b. Acceptabilité

Section I: Evaluation d'une communauté
Organisation des matières...

D. Centres sanitaires et d'assistance sociale

1. Hôpitaux ou centres sanitaires
   a. Situation
   b. Dimension
   c. Services offerts
   d. Organisation et fonction
   e. Efficacité par rapport aux besoins communautaires
   f. Subventionnement
2. Services agricoles et de l'environnement
3. Religion--structure ou services
4. Système d'enseignement - écoles
5. Centres de loisir et centres sociaux
6. Disponibilité du personnel

E. Coutumes - Héritage social

1. Histoire de la communauté
   a. Récente ou ancienne
   b. Origines des différentes familles
2. Coutumes, croyances et tabous
   a. Puberté - rites, attitudes et pratiques sexuelles
   b. Mariage - rôle, rapport, types de mariage
   c. Régulation traditionnelle de la fécondité
   d. Grossesse et puériculture
   e. Sens des enfants - leur valeur sociale
   f. Coutumes et habitudes familiales - sens des valeurs
   g. Loyauté au clan ou à la tribu
   h. Habitudes alimentaires, tabous, etc.
3. Pratiques médicales traditionnelles
   a. Croyances
   b. Personnel - rebouteur, guérisseur
   c. Pratique fondée sur la magie, les charmes, les herbes, le voodou
   d. Coordination avec la médecine moderne scientifique

Section I: Evaluation d'une communauté
Organisation des matières...

F. Problèmes de santé de la communauté

1. Causes principales des décès
2. Causes principales de la morbidité
3. Etat nutritif
4. Vecteurs
5. Possibilité de changement
   a. Les dirigeants
   b. Les membres de la communauté
6. Système de communication inefficace
   a. Entre les centres sanitaires et les centres d'assistance sociale
   b. Entre ces centres et le public

G. Gestion

1. Identification et sélection
2. Nature de la gestion
   a. Réseaux
   b. Prise de décision
   c. Communication
   d. Délégation des responsabilités
3. Réaction de la communauté
   a. Coopération
   b. Opposition
4. Influences politiques
   a. Au niveau national
   b. Au niveau régional et local

H. La communauté

1. Rapport des facteurs précédents
2. Etudier l'influence des facteurs précédents sur la santé communautaire
3. Caractère unique de chaque communauté

Section II: Méthodes pour recueillir des données au sujet d'une communauté

Objectifs spécifiques:

1. Utiliser les données de la section I, choisir les données se rapportant aux points considérés ou d'intérêt.
2. Déterminer les données déjà recueillies et proposer un plan de recherche pour l'avenir.
3. Sous surveillance, choisir et utiliser des données ou des instruments de recherche disponibles afin d'obtenir des renseignements.

Organisation des matières

A. Méthodes d'inspection

1. Révision - des données existantes, si possible
2. Identification des objectifs durant la collecte des données
3. Sélection d'un moyen pour recueillir des renseignements
   a. Questionnaire
   b. Interview
   c. Observation
   d. Utilisation de plus d'un moyen
4. Choix de l'échantillon - dimension, échantillonnage au hasard, représentatif d'un segment ou de toute la population
   a. Praticabilité
   b. Coût
   c. Durée
5. Choix du personnel de recherche
   a. Nombre - (ou une seule personne?)
   b. Critères
   c. Estimation du temps nécessaire à la recherche
   d. Volontaires, salariés

B. Problèmes se rapportant à la collecte des informations

1. Précision des instruments
2. Instruments appropriés
3. Incompréhension des questions de la part du personnel de recherche ou de l'interviewé
4. Transmission défectueuse des données

Section II: Méthodes pour recueillir des données au sujet d'une communauté
Organisation des matières...

5. But de l'enquête - pas toujours compris ou clairement expliqué
6. Demander trop ou pas assez de renseignements
7. Estimation erronée du coût de la recherche

C. Formation du personnel de recherche

1. Planification
2. Mise en oeuvre
3. Approche ou prise de contact
4. Jeu de rôle
5. Variété des techniques de l'interview
6. Discrétion (dans certaines études)
7. Rédaction d'un rapport
8. Utilisation des résultats

D. Direction et organisation de la collecte des données

1. Complétude
2. Exactitude (dans la mesure du possible)
3. Durée et horaire

Section III: Evaluation des données et détermination de la priorité des besoins sanitaires

Objectifs spécifiques:

1. Déterminer les données à évaluer et la méthode de cette évaluation.
2. Déterminer la priorité des besoins sanitaires de la communauté d'après les résultats de la recherche.

Organisation des matières

A. Organisation de la collecte des données

B. Synthèse des renseignements

C. Analyse des données
   1. Statistiques
   2. Uniformité des données
   3. Utilité des résultats quant aux besoins et aux ressources de la communauté

D. Détermination des besoins prioritaires de la santé avec les dirigeants de la communauté
   1. Etablissement des priorités selon le sens et l'étude des résultats
   2. Points de vue des dirigeants
   3. Coordination de ces points de vue et des résultats de la recherche
      a. Similarités
      b. Différences
      c. Compromis
   4. Allier les priorités avec les ressources disponibles
      a. Finances
      b. Personnel
      c. Soutien des dirigeants de la communauté
      d. Technologie

Section IV: La planification des activités sanitaires fondée sur l'évaluation des besoins de la communauté

Objectifs spécifiques:

1. Etablir un plan afin de modifier les fonctions sanitaires d'un ou de plusieurs centres de santé dans la communauté.
2. Si le plan comprend des personnels de santé autres que des infirmiers ou des sages-femmes, décrire comment ce plan sera établi.

Organisation des matières

A. Planification

1. Décider des objectifs fondés sur les priorités comme indiqué dans la Section III
2. Réévaluer les ressources disponibles
   a. Humaines
   b. Matérielles
3. Echange continu des points de vue entre les chefs de la communauté et le personnel de santé
   a. Praticabilité du plan
   b. Possibilités du plan
   c. Organisation
4. D'autres facteurs à considérer dans la prise de décision
   a. L'intérêt public
   b. Le soutien financier
   c. Les chefs de la communauté peuvent-ils assurer la coopération d'autres personnes dans la communauté?
   d. L'agence ou l'institution de soutien donnant des subventions, si nécessaire
5. La nature du changement
   a. Graduel
   b. Intégration des services à établir aux services déjà existants, ou
   c. Un nouveau programme de services
6. Personnel
   a. Choix
   b. Coordination des fonctions
   c. Recyclage

Section IV: La planification des activités sanitaires fondée sur l'évaluation des besoins de la communauté

Organisation des matières...

B. Mise en oeuvre et évaluation

1. Bien que la mise en oeuvre et l'évaluation soient présentées dans le Module I. "Les rapports entre le personnel de la santé et la communauté", il est, cependant, recommandé d'esquisser un plan à ce niveau du développement.

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

Evaluation de la communauté pour établir les besoins de services sanitaires
JAMES KHACHINA (Kenya)

L'Infirmière communautaire évalue les services et les besoins sanitaires de la communauté
WINIFRED NYOIKE (Kenya)

Les Coutumes et les tabous alimentaires se rapportant à la santé familiale dans une communauté
SARA W. KAVITI (Kenya)

Facteurs affectant la santé du patient
AMAL F. GARAS (Egypt)

Morbidité et mortalité infantiles--collecte et enregistrement des données, causes et prévention
DOROTHY MULONGA NASAH (Cameroon)

La Planification familiale comme moyen d'améliorer la santé
MOKOWA BLAY ADU-GYAMFI (Ghana)

L'Enquête splénique comme moyen d'évaluation des programmes de prophylaxie anti-paludéenne
DONALD W. BELCHER (Ghana)

Eléments de communication dans les travaux en médecine et en santé publique
MATILDA E. PAPPOE (Ghana)

L'Influence du milieu et de la culture sur les soins et le développement de l'enfant
PAULINE MELLA (Tanzania)

L'Entraînement du personnel volontaire pour l'éducation de la santé communautaire rurale
AFIYA H. YAHYA (Kenya)

Le Rôle de la planification familiale en relation avec la santé familiale et avec le développement communautaire
VUYELWA N. NGCONGCO (Botswana)

Les Taux démographiques dans la santé familiale
SAMUEL OFOSU-AMAAH (Ghana)

Organisation de la communauté et la pratique de santé communautaire
E. K. QUARTEY-PAPAFIO (Ghana)

II. LIVRES

BYRNE, MONICA and F. J. BENNETT

Community Nursing in Developing Countries, a Manual for the Auxiliary Public Health Nurse. London: Oxford University Press, 1973.

DIVINCENTI, MARIE

Administering Nursing Services. Boston: Little, Brown, 1972.

FOSTER, GEORGE M.

Traditional Societies and Technological Change. 2nd edition. New York: Harper and Rowe, Inc., 1973.

FREEMAN, RUTH B.

Community Health Nursing Practice. Philadelphia: Saunders, 1970.

GARRETT, ANNETTE

Interviewing, Its Principles and Methods. New York: Family Service Association of America, 1972.

JELLIFFE, DERRICK B.

The Assessment of Nutritional Status of the Community. Geneva: World Health Organization, 1966.

LEAHY, KATHLEEN M. and MARGUERITE COBB

Community Health Nursing. 2nd edition. New York: McGraw Hill, 1972.

LEEDAM, ELIZABETH J.

Community Nursing Manual: A Guide for Auxiliary Public Nurses. Singapore: McGraw-Hill International Book Co., 1972.

LEININGER, M. M.

Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend. New York: John Wiley, 1970.

LINTON, RALPH

The Cultural Background of Personality. New York: Prentice Hall, 1961.

MACLEAN, UNA

Magical Medicine: A Nigerian Case-Study. London: Penguin, 1971.

PAUL, BENJAMIN DAVID and WALTER B. MILLER

Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs. New York: Russell Sage Foundation, 1955.

ROPER, NANCY

Man's Anatomy, Physiology, Health and Environment. 4th edition. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone, 1973.

REINHARDT, ADINA M. and MILDRED D. QUINN (eds.)

Family Centered Community Nursing: A Socio-Cultural Framework. St. Louis: C. V. Mosby & Sons, 1973.

ROSS, MURRAY G.

Community Organization: Theory, Principles and Practice. New York: Harper and Rowe, 1967.

THOMLINSON, RALPH

Demographic Problems: Controversy Over Population Control. Belmont, California: Dickinson Publishing Company, Inc., 1967.

MODULE B:

LA FAMILLE EN TANT QU'UNITE

I. ANALYSE RAISONNEE

Dans tous les pays du monde la famille en tant qu'unité fondamentale est hautement estimée par la société. De tout temps cette unité fut le noyau autour duquel gravitaient les institutions et les divers groupes, tels que les institutions religieuses, les groupes de travail, ainsi que les groupes culturels différents. Ceci est certainement vrai en Afrique où les familles sont de types divers, ramifiées et à descendance directe. Il est donc nécessaire que l'étudiante infirmière ou sage-femme réalise l'influence de certains des concepts culturels et sociaux ainsi que la fonction et la structure de la famille. Cette compréhension leur sera utile dans les conseils, et les soins offerts. Sans cette compréhension, ils peuvent être malcompris ou méconnus du public.

Ce module est fondamental au programme qui nous occupe. Dans l'étude de la maladie et de la bonne santé pendant les étapes de la vie, il est évident que la famille constitue le contexte primaire de l'étiologie du traitement, et du développement des conditions psychologiques et physiques. Dans ce module on a développé un appareil pour l'évaluation de la famille dans le contexte des influences culturelles et des structures et fonctions.

PREVIOUS PAGE BLANK

II. OBJECTIFS GENERAUX

Après avoir terminé ce module, l'étudiante sera capable de:

1. Définir les divers sens du mot "famille."
2. Décrire les influences sociales et culturelles qui déterminent la nature des familles.
3. Décrire la structure d'une famille et son influence sur sa fonction.
4. Discuter les interventions d'infirmières ou de sages-femmes capables d'améliorer la santé de la famille.

Section I: Définition et détermination sociale et culturelle de la nature des familles

Objectifs spécifiques:

1. Définir le mot "famille" et donner des exemples des différents types de famille présents dans la communauté.
2. Décrire les problèmes familiaux pouvant affecter sa structure.
3. Discuter les attitudes et les croyances prédominantes et leur influence sur le rôle de divers membres de la famille.
4. Discuter les croyances et les attitudes générales de la communauté et leur influence sur la position et le prestige des familles.

Organisation des matières

A. Définition traditionnelle de la famille en tant qu'unité

1. Mère et père
2. Enfants
3. Autres membres importants
   a. Consanguins
   b. Parents par alliance

B. Classification des familles

1. Noyau familial ou famille étendue
2. Selon le type de mariage
3. Selon la personne ayant l'autorité ou selon le mode d'héritage
   a. Matriarcat
   b. Patriarcat
4. Polygamie

C. Problèmes affectant la structure de la famille

1. Décès d'un ou des deux parents
2. Séparation (divorce)
3. Abandon du domicile conjugal par un des parents
4. Couple sans enfants (infécondité)

Section I: Définition et détermination sociale et culturelle de la nature des familles

Organisation des matières...

5. Perturbations de la vie familiale dues aux facteurs du milieu
   a. Catastrophes - inondation, incendie, sécheresse, famine
   b. Maladies des parents (physique, mentale)
   c. Chômage
   d. Migration

D. Attitudes culturelles se rapportant au rôle des membres de la famille

1. Traditionnelle
2. Forces menant aux changements
   a. Facteurs
   b. La nature du changement
3. Fonction ou rôle de l'homme adulte
   a. Traditionnelle
   b. Actuelle
4. Fonction ou rôle de la femme adulte
   a. Traditionnelle
   b. Actuelle
5. Modification du rôle des parents en fonction de l'âge
6. Développement du rôle des enfants (selon âge et croissance)
7. Rôle des grands-parents et d'autres parents (voir Module I, Section II et IV)
8. Rôle des adultes célibataires
   a. Séparés
   b. Veufs
   c. Jamais mariés

E. Statut de la famille

1. Position dans la communauté
2. Déterminé par: origines, attitudes et coutumes
3. Statut stable ou fluctuant
4. Classe sociale, prestige, richesse, métier
5. Santé, hérédité
6. Niveau d'instruction
7. Politique
8. Religion

Section II: Le rapport entre la structure de la famille et sa fonction

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les facteurs ayant une influence sur la structure de la famille.
2. Discuter les besoins fondamentaux de la famille.
3. Décrire les responsabilités d'une famille et leur rapport avec sa fonction.

Organisation des matières

A. Structure de la famille

1. Les membres de la famille
2. Rôle des membres de la famille
   a. Nature de l'autorité et comment les décisions sont prises
   b. Nature de l'acquiescement des membres de la famille
3. Rôle et rapport des divers membres d'une famille

B. Facteurs ayant une influence sur la structure de la famille

1. Biologique
   a. Hérédité
   b. Tares: congénitale ou acquise
   c. Capacité intellectuelle
   d. Statut nutritif
   e. Capacité de procréation
2. Culturel (voir Section I)
3. Psychologique et social
   a. Adaptation et flexibilité
   b. Reconnaissance: pairs et autres familles de la communauté
4. Instruction
   a. Accessibilité
   b. Niveau et degré
   c. Qualité
   d. Attitude familiale envers le succès scolaire
   e. Attitude familiale envers l'éducation des femmes

Section II: Le rapport entre la structure de la famille et sa fonction
Organisation des matières...

5. Financier
   a. Emplois - Possibilités
   b. Niveaux minimes - habitation, alimentation, habillement
   c. Salaires - lois de travail impartiales et justes
   d. Emplois pour femmes et enfants

C. Besoins fondamentaux de la famille

1. Survivance
2. Continuité
   a. Biologique
   b. Valeurs et traditions
   c. Philosophie
3. Croissance

D. Tâches nécessaires aux besoins fondamentaux

1. Reproduction
   a. Planification et nombre d'enfants
   b. Espacement des naissances
2. Moyens d'existence (matériels)
   a. Alimentation
   b. Habillement
   c. Habitation
   d. Soins médicaux
   e. Loisirs
3. Intégration des enfants dans la société
   a. Identité sexuelle
   b. Sens des valeurs
   c. Langue
   d. Sens de sécurité et sentiment de faire partie de la communauté (amour)
   e. Comportement accepté par la communauté
   f. Apprentissage des rôles d'adulte - travail, responsabilité dans le noyau familial

Section II: Le rapport entre la structure de la famille et sa fonction
Organisation des matières...

4. Ressources et responsabilités
   a. Délégation de l'autorité
   b. Décisions au sujet du revenu et des dépenses
   c. Attribution des tâches domestiques et communautaires
   d. Décisions se rapportant aux événements familiaux: mariages, baptêmes, allocations des terres, des biens, soins pendant les maladies
5. Communication et rapports
   a. Entre les membres de la famille
   b. Entre la famille et la communauté
   c. Entre les familles du même clan
6. Maintien de l'ordre
   a. Conformité aux demandes et aux normes sociales ou culturelles
   b. Respect des tabous
   c. Respect des lois
7. Maintien des liens familiaux
   a. Moral et motivation
      . Se sentir accepté
      . Etre encouragé
      . Se sentir aimé
   b. Loyauté
      . Cérémonies
      . Rites
      . Fêtes
   c. Soutien durant les crises
8. Tolérance
   a. Nouveau membre de la famille
      . Naissance
      . Mariage
   b. Libérer un membre de la famille des attaches familiales
      . Travail
      . Mariage
   c. Réactions efficaces en temps de crise

Section III: Intervention de l'infirmière ou de la sage-femme

Objectifs spécifiques:

1. Déterminer les données familiales qui sont nécessaires à l'étude d'un problème de santé.
2. Obtenir des données par des interviews et en observant une famille.
3. Décider d'une conduite à tenir en matière de soins infirmiers par l'analyse des ressources de la famille.
4. Conseiller des familles au sujet des problèmes de santé.

Organisation des matières

A. Collecte des données

1. Historique de la famille
2. Définir les problèmes
3. Ressources familiales et communautaires
4. Rapports médicaux

B. Obtention d'un historique

1. Approches et techniques
2. Utilisation des informations

C. Observations à domicile, dans les cliniques ou à l'hôpital

1. Relations entre les membres de la famille
2. Identification du chef de famille
3. Attitudes envers les problèmes de santé
4. Ressources, forces et faiblesses

D. Plan des soins infirmiers

1. Faire la synthèse des informations recueillies par l'observation des problèmes, et des besoins afin d'établir un diagnostic
2. Ressources
   a. De la famille
   b. De la communauté

Section III: Intervention de l'infirmière ou de la sage-femme
Organisation des matières...

3. But de l'intervention
4. Esquisse du plan d'approche
5. Le plan
6. Les points de repère pouvant servir à l'évaluation des soins

E. Nature des problèmes de santé (physiques, mentaux et sociaux) où l'on peut intervenir

1. Grossesse
   a. Santé de la mère
   b. Santé de l'enfant
   c. Santé de la famille
2. Soin des enfants
3. Croissance et développement
   a. Déviation de la normale - croissance, débilité mentale, problèmes de comportement
   b. Importance
4. Coût et/ou absence de ressources pour soins médicaux
5. Instruction alimentaire
   a. Besoins de base
   b. Valeur nutritive des aliments
   c. Sources des denrées alimentaires
   d. Prix
6. Prévention des maladies
   a. Vaccination
   b. Hygiène publique
   c. Hygiène personnelle
   d. Instruction sanitaire
7. Evaluation de la maladie chez divers membres de la famille
   a. Symptômes
   b. Douleur
   c. Incapacité
   d. Ressources des soins (traditionnels ou modernes)
   e. Contagion

Section III: Intervention de l'infirmière ou de la sage-femme
Organisation des matières...

8. Stress (et/ou maladie mentale)
   a. Neurose
   b. Psychose
   c. Intoxications - alcool, drogues
   d. Problèmes matrimoniaux
   e. Capacité de résoudre des problèmes
9. Planification familiale (voir Module K - Planification Familiale)
   a. Les choix
   b. Education et conseils
   c. Services disponibles
10. Inféconditié (voir Module C - Conception et Inféconditié)
   a. Connaissances
   b. Croyances et attitudes
   c. Histoire
   d. Ressources disponibles à l'investigation
   e. Conseils

F. Techniques de conseils

1. Approches et intervention appropriée
2. Discrétion
3. Détection des sujets difficiles
4. Solution des problèmes
5. Perspectives et responsabilités de la famille
6. Utilisation d'autres ressources
   a. Coordination des efforts
      . Médical
      . Pédagogique
      . Social
      . Agricole
   b. Consultation
   c. Intervention du médecin
   d. Guérisseurs traditionnels
   e. Autorité dans la famille

Section III: Intervention de l'infirmière ou de la sage-femme
Organisation des matières...

7. Nature de la communication
   a. Verbale
   b. Gestes
   c. Terminologie
   d. Interprétation
8. Evaluation des progrès

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

2. Nécessité de la réorganisation des services de santé maternelle et infantile en Tanzanie
ELIZABETH MUTURI (Kenya)

14. Importance de l'intégration des enfants dans la société pour la santé publique
EDITH FORDJOR (Ghana)

203. Les Coutumes et les tabous alimentaires se rapportant à la santé familiale dans une communauté
SARA W. KAVITI (Kenya)

208. L'Influence du milieu et de la culture sur les soins et le développement de l'enfant
PAULINE MELLA (Tanzania)

210. Le Rôle de la planification familiale en relation avec la santé familiale et avec le développement communautaire
VUYELWA N. NGCONGCO (Botswana)

211. Rapport entre l'espacement des naissances et la santé mentale de la famille
D. B. WANGA (Kenya)

212. Aspects sociaux, psychologiques et éducatifs de la planification familiale
KORAY NAGALI (Ghana)

213. Introduction à la planification familiale, à la contraception et au stérilet
GRACE DELANO (Nigeria)

214. Les Pratiques alimentaires et la santé de l'enfant de 1 à 5 ans
A. O. OBARISIAGBON (Nigeria)

216. Soins infirmiers à long terme donnés aux enfants malnourris et à leurs familles
SUSAN H. BANOUB (Egypt)

218. Les Maladies mentales chez l'enfant
E. OLU ADELOWO (Nigeria)

219. La Planification familiale: implications pour la santé
GRACE NNENNA NZERIBE (Nigeria)

II. LIVRES

FOSTER, GEORGE M.

Traditional Societies and Technological Change. 2nd edition. New York: Harper and Rowe, Inc., 1973.

FREEMAN, RUTH B.

Community Health Nursing Practice. Philadelphia: Saunders, 1970.

HYMOVICH, D. P. et M. BARNARD

Family Health Care. New York: McGraw Hill, 1973.

KING, MAURICE et DAVID MORLEY

Nutrition for Developing Countries with Special Reference to Maize, Cassava and Millet. London: Oxford University Press, 1972.

LEININGER, M. M.

Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend. New York: John Wiley, 1970.

LINTON, RALPH

The Cultural Background of Personality. New York: Prentice-Hall, 1961.

OMRAN, ABDEL

Health Theme in Family Planning. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center Monograph, 1971.

REINHARDT, ADINA M. et MILDRED D. QUINN (eds.)

Family Centered Community Nursing: A Socio-Cultural Framework. St. Louis: Mosby, 1973.

SPOCK, BENJAMIN

Baby and Child Care. New York: Simon and Schuster, Inc., 1974.

MODULE C:

CONCEPTION ET INFECONDITE

I. ANALYSE RAISONNEE

Dans la plupart des sociétés, la conception chez la femme est considérée comme un accomplissement essentiel. Cette preuve de fécondité donne droit à la femme aux privilèges sociaux de son sexe.

La conception--l'union du spermatozoïde et de l'ovule--marque le début d'une longue série de transformations physiologiques et psychologiques chez la femme. Afin de saisir le sens de ce processus, l'étudiante devra connaître et comprendre ce qui suit:

1. L'anatomie et la physiologie du système reproducteur de l'homme et de la femme.
2. Le cycle menstruel, particulièrement l'importance et la durée de l'ovulation.
3. La maturité de l'organisme humain - spermatogenèse et oögenèse.
4. Les rapports sexuels.

L'intégration de ces aspects formera la base de l'enseignement en soins infirmiers et de sages-femmes et des conseils au sujet des soins maternels, des méthodes de contraception et de l'infécondité.

Les termes inféconds et stérile sont utilisés pour décrire le couple ne pouvant pas avoir d'enfants. Cet état de choses est particulièrement tragique pour la femme africaine, car la tradition ancre sa vie d'adulte dans la procréation et dans les soins donnés aux enfants. D'une part, les croyances, les superstitions et les rites sont centrés sur ses responsabilités de procréation. D'autre part, le fait que l'homme peut être responsable de l'infécondité (dans un tiers des cas) n'est que très récemment admis.

PREVIOUS PAGE BLANK

De nos jours, la science médicale possède plusieurs moyens de diagnostic et de traitement relatifs à l'infécondité. Il n'en est pas moins vrai que beaucoup de ces moyens sont ou trop compliqués ou pas facilement accessibles à ceux qui en ont besoin. Dans les cas d'infécondité, on ne peut pas négliger les perturbations psychologiques chez l'individu ou le couple. Les conseils du médecin, de l'infirmière ou de la sage-femme doivent être dispensés en tenant compte de cet état de choses. Car très souvant là où il n'y a aucun obstacle physique, la conception est possible.

II. OBJECTIFS GENERAUX

Après avoir terminé ce module, l'étudiante sera capable de:

1. Discuter les attitudes sociales et culturelles se rapportant à la conception et à l'infécondité.
2. Décrire l'anatomie et la physiologie de l'appareil reproducteur de l'homme et de la femme.
3. Décrire le processus de la conception.
4. Décrire l'incidence et les causes de l'infécondité.
5. Donner les démarches à faire dans le diagnostic et le traitement de l'infécondité.
6. Décrire les fonctions de l'infirmière et/ou de la sage-femme dans les soins et les conseils à rendre au couple (y compris toute post-observation).
7. Conseiller la femme dans un couple infécond ou, de préférence, conseiller les conjoints.

Section I: Attitudes sociales et culturelles et les pratiques se rapportant à la conception et à l'infécondité

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les attitudes et les pratiques des sociétés africaines quant à la fonction de reproduction chez la femme.
2. Comparer ces attitudes à celles de la communauté.

Organisation des matières

A. Arrière-plan culturel

1. Rôle de la femme dans la famille, dans la communauté
   a. Traditionnel (urbain, rural)
   b. Moderne (urbain, rural)
   c. De transition
2. Importance de la reproduction
   a. Sociale
   b. Familiale
   c. Prestige personnel (spécialement chez la femme)
   d. Survie de l'espèce, de la tribu, de la famille

B. Formation des attitudes envers la capacité de reproduction chez la femme

1. Croyances et leurs influences sur les attitudes
2. Besoins fondamentaux
   a. Preuve de féminité
   b. Position dans la société
   c. Sens d'accomplissement
   d. Soin des enfants
3. Influences
   a. Religion
   b. Instruction
   c. Statut financier
   d. Type de mariage
   e. Exigences familiales
4. Facteurs favorisant le changement
   a. Industrialisation
   b. Mobilité
   c. Instruction
   d. Niveau de vie

Section I: Attitudes sociales et culturelles et les pratiques se rapportant à la conception et à l'infécondité

Organisation des matières...

C. Pratiques culturelles

1. Rites de fécondité
2. Pratiques fondées sur les croyances ou les facteurs affectant la conception
   a. Tabous
   b. Aliments
   c. Rites
   d. Circoncision (des deux sexes)
3. Conception prémaritale comme preuve de fécondité
4. La polygamie ou la monogamie et les rapports sexuels
5. Influence religieuse - bénédiction du mariage afin d'assurer la descendance

Section II: Anatomie et fonction physiologique de l'appareil reproducteur de l'homme et de la femme

Objectifs spécifiques:

1. Décrire l'anatomie et la fonction physiologique de l'appareil reproducteur de la femme - inclure le cycle menstruel et l'ovulation.
2. Décrire l'anatomie et la fonction physiologique de l'appareil reproducteur de l'homme.

Organisation des matières

A. Organes reproducteurs de la femme

1. Identification des organes
2. Description des organes
3. Fonction des organes
4. Rapports entre les organes

B. Maturité (voir aussi Module G - Puberté)

1. Stades de développement
2. Hormones et leur influence
3. Le cycle menstruel
4. Préparation à la sexualité et à la procréation (oögenèse)
5. Anomalies

C. Organes reproducteurs de l'homme

1. Identification des organes
2. Description des organes
3. Fonction des organes
4. Rapports entre les organes

D. Maturité (voir Module G - Puberté)

1. Stades de développement
2. Hormones et leur influence
3. Préparation à la sexualité et à la procréation (spermatogenèse)
4. Anomalies

Section III: Conception

Objectifs spécifiques:

1. Décrire le processus de la gamétogenèse.
2. Décrire la fécondation et la nidation.
3. Différencier les trois couches embryonaires.
4. Identifier trois éléments de l'environnement foetal.
5. Esquisser les dimensions d'un foetus aux divers stades du développement et corréler le développement structurel et la viabilité.
6. Décrire les signes et les symptômes de la grossesse.

Organisation des matières

A. Physiologie de la conception et développement d'un ovule fécondé

1. Gamétogenèse
   a. Spermatozoïde
      . Spermatogenèse: formation - taille minuscule - tête, pièce intermédiaire, flagelle
      . Maturation avant la sortie des testicules
      . Méose subie
      . Prêt à féconder
      . Chromosomes
   b. Ovule
      . Ovogenèse: de grande taille, arrondi, vésicule germinative ou noyau
      . Maintenu dans l'ovaire avant son expulsion vers les trompes de Fallope (habituellement un ovule par mois)
      . Processus de méose
      . Préparation à la fécondation
      . Transport vers les trompes de Fallope
      . Chromosomes
2. Fécondation
   a. Moment - durant l'ovulation
   b. Union du sperme et de l'ovule
   c. Rétention dans les trompes de Fallope environ trois jours
   d. Dans la cavité utérine environ quatre jours avant la nidation
3. Nidation
   a. Nidation de l'ovule fécondé
   b. Ancrage dans les muqueuses de la caduque utérine
   c. Chorion

Section III: Conception
Organisation des matières...

4. Développement de l'embryon
   a. Différencier les trois couches fondamentales de l'utérus
      . Ectoderme - où les organes suivants sont développés: peau, cheveux, ongles, glandes sébacées, tissu épithélial du nez et de la bouche, émail des dents et le système nerveux
      . Mésoderme - où sont développés les muscles, le tissu cartilagineux, la dentine, les ligaments, les tendons, les reins, les uretères, les ovaires, les testicules, le coeur et les vaisseaux sanguins
      . Endoderme - où sont développés le tissu épithélial et les glandes de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire, la vessie, l'urètre, la thyroïde, le thymus
   b. Environnement nécessaire au développement de l'embryon dans l'utérus
      . Amnios
      . Chorion
      . Placenta - la circulation placentaire s'établit environ dix-sept jours après la fécondation
      . Hormones - noms, production et fonction
5. Taille et développement du foetus (voir Module D, Section IV)
   a. Poids et taille durant chaque mois de la gestation
   b. Viabilité du foetus
   c. Développement structurel
   d. Durée de la grossesse (voir Module D, Section II)

B. Signes et symptômes de la grossesse

1. Signes de grossesse présumée
   a. Arrêt de la menstruation ou aménorrhée
   b. Nausée, vomissements, vomissements matinaux chez environ la moitié des femmes enceintes
   c. Mictions fréquentes
   d. Seins douloureux et engorgés - pigmentation de l'auréole
   e. Sensation de mouvement dans la cavité abdominale
   f. Signe de Chadwick - muqueuse vaginale bleu foncée
   g. Pigmentation de la peau, vergetures et ligne bleue abdominale
   h. Fatigue - les premiers mois

Section III: Conception
Organisation des matières...

2. Signes probables
   a. Paroi d'abdomen distendue, en rapport avec la durée de la gestation
   b. Contour du foetus - après six mois
   c. Signe d'Hegar - modification de la forme, taille et consistance de l'utérus
   d. Ramollissement du col
   e. Contraction - Braxton Hicks
   f. Résultats positifs des analyses de grossesse
   g. Ballottement foetal
   h. Souffle utérin
3. Signes positifs
   a. Bruits foetaux cardiaques
   b. Mouvements actifs du foetus
   c. Examen aux rayons X montre les contours du foetus

Section IV: Incidence et causes de l'infécondité

Objectifs spécifiques:

1. Définir et faire la distinction entre l'infécondité et la stérilité.
2. Préciser l'incidence de l'infécondité.
3. Identifier les causes principales de l'infécondité.
4. Identifier les facteurs contribuant à l'infécondité.

Organisation des matières

A. Définitions

1. Infécondité
   a. Primaire - sans histoire de grossesse
   b. Secondaire - enceinte une fois, pas actuellement enceinte ou avortement spontané répété
2. Stérilité - incapacité de reproduire

B. Incidence

1. 15% des couples ont des difficultés à avoir des enfants
   a. Présente dans toutes races et tous pays
   b. Présente dans toutes les classes sociales
2. Facteurs environnementaux et médicaux affectant l'incidence et les causes
   a. Ressources de santé accessibles pour le soin des infections, de la sous-alimentation et des avortement
   b. Conditions économiques et sociales

C. Causes majeures

1. Col de l'utérus (20%) - lacérations, position anormale du foetus, muqueuses impénétrables
2. Facteurs tubulaires (30-35%) - salpingite, malformation ou toute autre obstruction
3. Facteurs masculins (30-35%) - toute condition empêchant le passage de spermatozoïdes mobiles, viables et en nombre suffisant

Section IV: Incidence et causes de l'infécondité
Organisation des matières...

4. Facteurs hormonaux (15%) - tout dérangement endocrinien chez l'homme ou la femme supprimant la production de spermatozoïdes ou d'ovules
5. Facteurs inconnus (5-10%)

D. Facteurs contribuants

1. Age de la femme (apogée à environ 24 ans)
2. Age de l'homme (apogée à environ 24-25 ans)
3. Fréquence des rapports sexuels
4. Durée de l'exposition aux rapports sexuels
   a. Rapports normaux sans contraceptifs pendant une année peuvent donner des fruits dans un mariage monogame
   b. La polygamie peut diminuer la fréquence des rapports sexuels

Section V: Diagnostic et traitement de l'infécondité

Objectifs spécifiques:

1. Expliquer pourquoi le couple doit être examiné et traité en tant qu'unité.
2. Décrire les éléments de l'évaluation et du traitement se rapportant à l'homme.
3. Décrire les éléments de l'évaluation et du traitement se rapportant à la femme.

Organisation des matières

A. Importance du diagnostic et du traitement du couple en tant qu'unité

1. Conditions fondamentales de la fécondité
   a. Spermes viables, normaux et mobiles
   b. Déposés dans la femme - vont dans les trompes de Fallope au moment approprié du cycle et s'unissent à l'ovule
   c. L'ovule normal et fécond pénètre dans la trompe de Fallope et après la fécondation se dirige vers l'utérus, s'implante dans l'endomètre où l'oeuf fécondé se développe
2. Complexité - facteurs physiques et psychologiques
3. Concept du seuil de fécondité
   a. Chez la plupart des couples le seuil de fécondité comprend une variété de facteurs
   b. D'habitude, plus d'un facteur est en jeu

B. Evaluation et traitement de l'homme

1. Rapport clinique
2. Examen
3. Analyses de laboratoire
   a. Analyse de la semence
   b. Normes - fluide séminal
   c. Autres analyses, si nécessaire
4. Traitement
   a. Santé générale
   b. Eliminer les facteurs externes: chaleur, radiation, vapeurs, etc.
   c. Traitement chirurgical des anomalies (rare)
   d. Rassurer, donner des conseils quant au moment favorable des rapports sexuels

Section V: Diagnostic et traitement de l'infécondité
Organisation des matières...

e. Médicaments
f. En général, le traitement de l'homme ne donne pas de résultats encourageants

C. Evaluation et traitement de la femme

1. Rapport clinique
2. Examen
   a. Examen physique complet
   b. Examen complet du bassin
3. Analyses de laboratoire
   a. Courbe de la température métabolique basale
   b. Frottis
   c. Examen Sims-Huhner des muqueuses post-coïtales
      . Spinnbarkeit
      . Arborisation
   d. Biopsie de l'endomètre (test de l'ovulation)
   e. Insufflation des trompes (Rubin)
   f. D'autres examens et analyses selon l'indication et la disponibilité
      . Hystérosalpingogramme
      . Etude de la fonction thyroïdienne
      . Etude des hormones
4. Traitement
   a. Température métabolique basale
   b. Médication
      . Oestrogène
      . Clomid
      . Perganol
      . Antibiotiques dans les cas d'inflammation
   c. Intervention chirurgicale
      . Eradiquer les barrières à la pénétration de la semence
      . Lysis des adhérences
      . Les trompes
      . Laparoscopie
   d. Rassurer - si nécessaire
   e. Soutien pendant qu'on attend les résultats
   f. Insémination artificielle - mari ou donneur
   g. En général, le traitement de la femme donne des résultats plus encourageants

Section VI: Rôle des infirmières et des sages-femmes dans les soins et les conseils donnés au couple inféconds

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les facteurs essentiels à la compréhension de l'infécondité.
2. Préciser les facteurs de dépistage.
3. Décrire les facteurs de l'historique de l'homme et de la femme qui influencent l'intervention.
4. Nommer et décrire les éléments nécessitant le renvoi aux divers centres de soins et de soutien.
5. Interviewer un couple (ou une femme) qui n'a pas eu d'enfant et rendre compte de l'entrevue.
6. Donner des soins nécessaires à la femme durant l'examen diagnostique.

Organisation des matières

A. Compréhension

1. Rôle de la femme
2. Maternité
3. Rôle des parents
4. Sens et valeur des enfants (social, économique et personnel)
5. Importance de l'infécondité chez l'homme et chez la femme

B. Dépistage

1. Sources probables
2. Facteurs qui influencent l'approche
3. Nécessité (à cause du sujet) d'une interview sans témoins
4. Limitations dues à un manque des ressources

C. Rapport clinique

1. Facteurs influençant l'intervention
   a. Durée de la cohabitation
   b. Connaissances du couple au sujet de l'ovulation et des diverses techniques de rapport sexuels
   c. Exigences familiales
   d. Ressources disponibles

Section VI: Rôle des infirmières et des sages-femmes dans les soins et les conseils donnés au couple inféconds

Organisation des matières...

2. Etat de santé de chaque partenaire
3. Attitudes de chaque partenaire
4. Rapports sexuels suivis pour la durée d'un an (cohabitation) sans emploi de contraceptifs est un indice de problèmes

D. Premier examen gynécologique (Papanicolaou, etc.)

E. Renvoi aux centres spécialisés, soins, soutien, post-observation

1. Ressources - variété, coût, critère
2. Procédés de renvoi
3. Soins des clients (hommes, femmes) durant les examens diagnostiques
   a. Facilités
   b. Préparation
   c. Soutien
4. Besoin de soutien constant et de conseils
   a. Facteurs de stress
   b. Interprétation des résultats
   c. Démarches fatigantes qui durent longtemps
5. Alternatives quand il n'y a pas de conception
   a. Eviter que l'homme blâme la femme et vice-versa
   b. Explications au sujet de l'insémination artificielle--mari (AIH) ou donneur (AID)--possible mais toujours assez rare en Afrique
   c. Adoption d'un enfant
6. Post-observation
   a. Sortes
   b. Renvoi aux divers centres spécialisés selon les besoins

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES
à commander de AHTIP

20. La Tuberculose pelvienne
MICHAEL I. ASUEN (Nigeria)

28. Tradition, croyances et pratiques relatives à l'infécondité
MAVIS B. AMONOO-ACQUAH (Ghana)

220. Anatomie et physiologie de l'utérus
FREDA OJWANGH (Kenya)

223. Fécondation et développement de l'ovule jusqu'au 28e jour
MARGARET OSEI-BOATENG (Ghana)

224. Le Rapport entre le cycle menstruel normal et la reproduction humaine
MERCY MUJOMBA (Kenya)

225. Infécondité chez la femme
MARCY I. AISUEBEOGUN (Nigeria)

226. L'Infécondité chez l'homme
ELIZABETH OGWUDA (Nigeria)

227. L'Examen pelvien
MAGDA YOUSSEF HELMI MOURAD (Egypt)

228. La Planification familiale
JANE ROSAMUND HAYFRON (Ghana)

229. Aspects sociaux de l'infécondité de la femme au Nigeria
M. O. BANJOKO (Nigeria)

231. Développement du foetus jusqu'à la 40e semaine
REGINA I. HICKS (Kenya)

II. LIVRES

BURT, J. J. and LINDA A. BROWER

Education for Sexuality; Concepts and Programs for Teaching. Philadelphia: Saunders, 1970.

CLAUSEN, J. P., M. H. FLOOK and B. FORD

Maternity Nursing Today. 2nd edition. New York: McGraw-Hill Book Co., 1977.

FORMAN, ALICE M. et al. (eds.)

New Horizons in Midwifery, 1972. Proceedings of the 16th Triennial Congress of the International Confederation of Midwives held in Washington, DC, October 28 - November 3, 1972. New York: International Confederation of Midwives and the American College of Nurse-Midwives, 1973.

MYLES, MARGARET

A Textbook for Midwives, 7th edition. London: Longman, 1972.

ROPER, NANCY

Man's Anatomy, Physiology, Health and Environment. 4th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1973.

REEDER, S. R., L. MASTROIANNI, L. L. MARTIN and E. FITZPATRICK

Maternity Nursing. 13th edition. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

WHELAN, ELIZABETH M. and MICHAEL C. QUADLAND

Human Reproduction and Family Planning: A Programmed Text. Palo Alto: Syntex Laboratories, 1972.

MODULE D:

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PUERPERIUM

I. ANALYSE RAISONNEE

Dans les divers pays du monde et dans les diverse cultures la grossesse et l'accouchement d'un enfant ont un sens profond. Durant les cinquante dernières années, les soins obstétricaux ont évolué en tant que pratique et science médicale. Il n'en reste pas moins vrai que ces soins ne sont pas disponibles à toutes les femmes du monde. D'autre part, toutes les femmes n'ont pas besoin de soins spécialisés afin de mener à bien la grossesse et l'accouchement.

Ce module a pour but d'esquisser, d'une part, les aspects sociaux, culturels et affectifs de la grossesse et de l'accouchement, d'autre part, les aspects sociaux et émotionnels de la grossesse et de l'accouchement, aussi bien que la connaissance des soins cliniques nécessaires.

La connaissance, la compréhension et le développement de compétence en soins infirmiers et de sages-femmes sont essentiels au domaine de la santé familiale.

Il va sans dire que la sage-femme doit être capable de rendre des soins plus intégraux que ne fait le personnel de soins infirmiers. Un cadre est proposé ici, mais l'ampleur des connaissances et le degré d'expertise doivent être déterminés par les institutions et les monitrices de soins.

PREVIOUS PAGE BLANK

II. OBJECTIFS GENERAUX

1. Décrire les attitudes culturelles, les coutumes et les usages et leurs effets sur la grossesse et l'accouchement. Préciser le rôle de l'accoucheuse traditionnelle.
2. Expliquer les changements anatomiques, physiologiques, endocriniens, et émotionnels chez la femme enceinte.
3. Décrire les soins préventifs, médicaux et de soutien nécessaires à la femme enceinte. Préciser les éléments éducatifs.
4. Décrire le développement général du foetus pendant les mois de gestation.
5. Expliquer les stades du travail et de l'accouchement.
6. Décrire les soins nécessaires à la femme durant le travail et au moment de l'accouchement.
7. Donner les changements durant le puerpérium.
8. Décrire les soins nécessaires à la femme après l'accouchement.
9. Décrire les déviations de la normale chez la mère et chez l'enfant durant la grossesse, le travail, l'accouchement et le puerpérium.
10. Préciser les causes et l'incidence de la mortalité et de la morbidité infantile et maternelle.

Section I: Attitudes et pratiques culturelles

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les usages et les coutumes des pays africains relatifs à la grossesse.
2. Décrire les caractéristiques et le rôle de l'accoucheuse traditionnelle (la sage-femme traditionnelle).
3. Discuter les éléments à considérer par le personnel de santé pour la formation des accoucheuses traditionnelles.

Organisation des matières

A. Attitudes et pratiques relatives à la grossesse et à l'accouchement

1. Début de la vie et continuité de la famille
2. Indices visibles de succès et de réussite
3. Chez la femme
   a. Statut
   b. Preuve de fertilité
   c. Raison d'être
   d. Satisfaction et fierté
   e. Perspectives d'accomplissement pour la durée de la vie
      . Procréation
      . Education des enfants
   f. Moyen de sauvegarde contre le divorce
4. Chez l'homme
   a. Prestige dans la communauté
   b. Signe de virilité et de puissance masculines
5. Chez le couple
   a. Descendance assurée
   b. Don de Dieu
   c. Espoir que la descendance honorera les morts
   d. Main-d'oeuvre et potentiel économique
   e. Sécurité pendant la vieillesse
   f. Prestige social
   g. Importance de l'enfant garçon
6. Contraintes relatives à la grossesse
   a. Allaitement
   b. Abstinence pour motifs culturels, religieus ou sociaux
   c. Mariage tardif - chez l'homme en particulier
   d. Tabous sexuels
   e. Information erronée au sujet des périodes (jours) de fécondité
   f. Infécondité

Section I: Attitudes et pratiques culturelles
Organisation des matières...

B. Coutumes et usages relatifs à la femme enceinte

1. Hygiène personnelle
2. Rites et comportement, tabous
3. Aliments
   a. Choix
   b. Tabous
4. Travail et exercice
5. Relations sexuelles
6. Accoucheuse
   a. Choix
   b. Disponibilité
   c. Services
7. Soins prénatals
8. Préparation pour l'enfant

C. Coutumes et usage relatifs à l'accouchement

1. Endroit où l'accouchement a lieu
   a. Maison
   b. Exclusion (retraite)
   c. Foyer, maternité
2. Croyances relatives aux processus de l'accouchement
   a. Influences et symboles extérieurs
   b. Tabous - travail, accouchement
   c. Perte de sang
   d. Cordon ombilical
   e. Placenta
   f. Position de l'enfant au moment de l'accouchement
3. Attitudes envers l'enfant
   a. Nom
   b. Alitement
   c. Cérémonies et rituel
   d. Effet de la mortalité infantile élevée

Sections I: Attitudes et pratiques culturelles
Organisation des matières...

D. Caractéristiques de l'accoucheuse traditionnelle

1. D'habitude, illettrée
2. D'habitude, âgée
3. Fille d'une accoucheuse traditionnelle
4. Peu ou pas de formation
5. Superstitions
   a. Mythes
   b. Histoires et légendes
   c. Charmes
6. Statut dans la communauté
   a. Respect
   b. Sagesse reconnue aux personnes âgées

E. Rôle de l'accoucheuse traditionnelle

1. Varie selon les origines de l'accoucheuse traditionnelle
2. Varie selon la disponibilité du personnel médical
3. Varie selon le milieu rural ou urbain
4. Soins de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du puerpérium
5. S'occupe aussi des enfants plus âgés, préparation des repas, lessive - soins entiers
6. Conseille et guide la mère - soins personnels et soins du bébé
7. Influences culturelles sur le rôle de l'accoucheuse

F. Formation de l'accoucheuse traditionnelle

1. Autorité
2. Approche
3. Planification du programme - matières
4. Méthodes d'enseignement
   a. Simple
   b. Répétitive
   c. Visuelle

Section I: Attitudes et pratiques culturelles
Organisation des matières...

5. Examen
6. Surveillance
7. Système de communication et renvoi aux professionnels de la santé
8. Planification familiale
   a. Introduction du concept
   b. S'assurer du soutien de l'accoucheuse traditionnelle
   c. Renvoi aux centres de planification familiale

Section II: Grossesse normale

Objectifs spécifiques:

1. Discuter la durée de la grossesse et le calcul de la date approximative des couches.
2. Décrire les changements anatomiques physiologiques et endocriniens d'une grossesse normale.
3. Décrire les changements dans les différents systèmes du corps dus à la grossesse.
4. Discuter les besoins alimentaires de la femme enceinte.
5. Discuter le côté affectif de la grossesse.
6. Décrire les malaises communs et d'importance secondaire de la grossesse.

Organisation des matières

A. Durée de la grossesse

1. Durée moyenne
2. Règle de Naegele - estimation de la date d'accouchement
3. Variation de la durée
   a. Variations normales
   b. Ovulation irrégulière
   c. Grossesse prolongée

B. Changements anatomiques et physiologiques

1. Système reproducteur et glandes mammaires
   a. Utérus
      . Modification, taille et forme
      . Niveau du fond de l'utérus aux différentes semaines de gestation
      . Contractilité
      . Changement du débit sanguin
      . Effet de l'augmentation utérine sur les organes du bassin
      . Développement de la caduque
   b. Col de l'utérus
      . Ramollissement
      . Cyanose
      . Augmentation de la mucosité cervicale

Section II: Grossesse normale
Organisation des matières...

c. Ovaires et trompes de Fallope

. Corps jaune
. Arrêt de l'ovulation
. Peu de changements dans les trompes de Fallope

d. Vagin

. Coloration violette durant la grossesse (signe de Chadwick)
. Pertes vaginales augmentées
. Altération cellulaire

e. Périné

. Effets sur les ligaments et les muscles
. Vascularité augmentée

f. Seins

. Hypertrophie
. Pigmentation de l'auréole
. Sensation de picotement
. Colostrum
. Glandes de Montgomery

g. Structures se rapportant à la grossesse

. Placenta
..Développement
..Circulation foetale - maternelle
..Hormones placentaires
..Fonctions
. Amnios et chorion
. Cordon ombilical

C. Glandes endocriniennes

1. Hypophyse - glande maîtresse

a. Sécrétion du lobe antérieur
b. Sécrétion du lobe postérieur

2. Thyroïde

3. Cortex surrénal

Section II: Grossesse normale
Organisation des matières...

D. Altérations relatives aux différents systèmes du corps

1. Système cardiovasculaire
   a. Coeur
      . Déplacement
      . Murmures durant la grossesse
      . Débit cardiaque
   b. Altérations sanguines
      . Volume sanguin augmenté
      . Augmentation des globules rouges
      . Modification hématocritiques
   c. Stase veineuse
2. Système respiratoire
   a. Déplacement du diaphragme vers le haut
   b. Elargissement de la cage thoracique
   c. Fonction pulmonaire
3. Système digestif
   a. Déplacement de l'estomac et des intestins
   b. Diminution du tonus et de la motilité
   c. Relâchement musculaire
   d. Altération des gencives
4. Système urinaire
   a. Relâchement et allongement des uretères
   b. Altération dans la fonction de filtrage rénal
   c. Changements dans la vessie
5. Système musculo-squelettique
   a. Altération posturale
   b. Démarche
   c. Mobilité des articulations du bassin
   d. Déplacement du centre de gravité
   e. Diastase des muscles droits
6. Peau (système tégumentaire)
   a. Vergetures
   b. Taches de grossesse - chloasma
   c. Ligne brune

Section II: Grossesse normale
Organisation des matières...

7. Altérations métaboliques
   a. Gain de poids
      . Distribution
      . Moyenne du gain de poids
      . Evolution du gain de poids - trimestrielle
   b. Métabolisme hydrique
   c. Métabolisme des protéines, des hydrates de carbone, et des lipides
   d. Métabolisme minéral

E. Besoins alimentaires durant la grossesse

1. Alimentation et son effet sur la grossesse
   a. Avant terme
   b. Mort-né
   c. Poids du bébé au-dessous de la moyenne
   d. Mortalité du nouveau-né
   e. Gain de poids correspondant à la taille du foetus
2. Calories
   a. Augmentation nécessaire de 200-300 calories par jour
   b. Régime bien équilibré - viande, légumes, fruits, etc.
3. Protéines
   a. Augmentation de 10 g par jour
   b. Apport d'amino-acides et d'azote
   c. Sources
4. Minéraux
   a. Calcium
   b. Phosphore
   c. Fer
   d. Sodium
5. Vitamines
   a. Vitamine A
   b. Vitamine D
   c. Acide folique
   d. Autres vitamines essentielles
6. Supplément en fer et en vitamines

Section II: Grossesse normale
Organisation des matières...

F. Côté affectif de la grossesse

1. Concept du couple ou de la famille "enceint"
2. Modification des attitudes sexuelles
   a. Craintes
   b. Désirs
   c. Pratiques
3. Le tempérament de la femme durant la grossesse
   a. Labilité
   b. Changements selon la personalité
   c. Changements selon les circonstances
   d. Ambivalence au sujet de la grossesse
   e. Symptômes somato-psychiques
   f. Egocentricisme
      . Mécanisme de protection
      . Soucis des besoins personnels
   g. Introversion et passivité chez la femme enceinte
4. Altération de l'image physique
   a. Image de soi
   b. Attitude du mari et de la famille
5. Inquiétude au sujet de la grossesse
   a. Travail et accouchement
   b. Soucis au sujet du bébé
6. Adoption du rôle maternel
   a. Relation mère-enfant
   b. Responsabilité
   c. Disponibilité des systèmes de soutien

G. Malaises communs de la grossesse

1. Définition
2. Digestif
   a. Nausées matinales
   b. Pyrosis (aigreurs d'estomac)
   c. Idiosyncrasie alimentaire
      . Aversions
      . Pica ou manies

Section II: Grossesse normale
Organisation des matières...

d. Constipation
e. Hémorroïdes
f. Flux salivaire - ptyalisme

3. Système musculo-squelettique

a. Mal au dos
b. Crampes musculaires
c. Fatigue et somnolence

4. D'autres malaises communs

a. Micturition fréquente
b. Dyspnée
c. Oedème
d. Varices
e. Syncopes et vertiges
f. Maux de tête
g. Augmentation des pertes (leucorrhée)

Section III: Soins de la femme enceinte

Objectifs spécifiques:

1. Discuter les objectifs des soins prénatals.
2. Décrire les éléments des soins préventifs.
3. Décrire les éléments des soins médicaux.
4. Décrire les éléments des soins de soutien.
5. Décrire les éléments éducatifs.
6. Interviewer une femme enceinte afin d'obtenir des données de base.
7. Soigner durant l'examen médical et obstétrical.
8. Diriger l'instruction (classe, séance) d'un individu ou d'un groupe.

Organisation des matières

A. Objectifs des soins prénatals

1. Prévention
2. Soins médicaux
3. Soins de soutien
4. Instruction

B. Prévention

1. Dépistage dans la phase initiale des femmes dont la grossesse présente des risques excessifs
   a. Maternel
   b. Infantile
2. Observation périodique du progrès de la femme
3. Vaccination
4. Soins dentaires
5. Conseils alimentaires
6. Etablissement d'un plan au début
   a. Soins prénatals
   b. Accoucheur/Accoucheuse
   c. Endroit de l'accouchement

Section III: Soins de la femme enceinte
Organisation des matières...

7. Soins supplémentaires nécessaires à la patiente en première adolescence
8. Motivation afin de s'assurer des meilleurs soins disponibles

C. Soins médicaux

1. Etablir des données de base
   a. Historique
   b. Rapports obstétricaux
   c. Evolution de la grossesse en cours
   d. Antécédents dans la famille
2. L'examen médical
   a. Taille/poids
   b. Pression artérielle
   c. Examen physique complet
   d. Apparence générale
3. L'examen obstétrical
   a. Examen des seins
   b. Palpation et auscultation de l'abdomen
   c. Examen du bassin
      . Spéculum
      . Bi-manuel
   d. Dimension du bassin
4. Tests de laboratoire
   a. Urine - glucose et albumine
   b. Hémoglobine - Hématocrite
   c. Facteur rhésus et groupe sanguin
   d. Analyse du sang pour syphilis
   e. Frottis Papanicolaou
   f. Frottis pour blennorragie
   g. Test de grossesse, si nécessaire
5. Equipment nécessaire
   a. Pour les soins prénatals
   b. Pour les analyses de laboratoire

Section III: Soins de la femme enceinte
Organisation des matières...

D. Soins de soutien

1. Rapports à établir
   a. Médecine
   b. Sage-femme
   c. Infirmière
   d. Auxiliaires
   e. Accoucheuse traditionnelle
2. L'art de l'interview
3. Le but de l'interview
4. Les types d'appui nécessaires
   a. Connaissances
   b. Compréhension et soins de la part
      . De la famille
      . Des professionnels
      . Des aides
   c. Disponibilité de l'aide
   d. Besoins matériels - finances

E. Aspects pédagogiques

1. A considérer
   a. Caractère unique de l'occasion
   b. Besoins
   c. Groupe ou individu
   d. Techniques
   e. Planification d'un programme d'enseignement
   f. Evaluation
2. Hygiène
   a. Repos
   b. Gymnastique
   c. Emploi
   d. Soin de la peau
   e. Soin des seins
      . Préparatifs pour l'allaitement
      . Appui
   f. Vêtements
   g. Soins dentaires

Section III: Soins de la femme enceinte
Organisation des matières...

h. Fonction intestinale
i. Relations sexuelles
j. Cigarettes
k. Boissons alcoolisées et autres stupéfiants/drogues

3. Nutrition

a. Régime avant la grossesse
b. Etude de l'alimentation actuelle - suffisance
c. Calcul des besoins alimentaires
d. Détermination des aliments disponibles
e. Etude des besoins nutritifs de base

. De la famille
. De la femme enceinte
. De la femme qui allaite

f. Rapport entre l'alimentation et

. Anémie
. Poids
. Bien-être de la mère et de l'enfant

4. Indications de danger

a. Perte de sang vaginale
b. Douleur abdominale
c. Maux de tête graves
d. Gonflement des mains, des pieds ou du visage - oedème
e. Perturbations de la vue
f. Perte de fluide amniotique

5. Travail et accouchement

a. Signes du travail
b. Estimation du moment des couches - primipare ou multipare
c. Processus et stades
d. Contractions et douleurs
e. Exercices de décontraction
f. Présentation (climax de l'accouchement)
g. Expulsion du placenta

6. Suites de couches immédiates

a. Contrôle du saignement
b. Soins des seins
c. Soins de la vessie
d. Soins du périné

Section III: Soins de la femme enceinte
Organisation des matières...

7. Le nouveau-né
   a. Description
   b. Température, poids et respiration
   c. Soins immédiats
8. Matériel et équipement
   a. Vêtement, literie, équipement pour le bain et l'alimentation
   b. Influences climat, facteurs économiques, traditions
   c. Importance de l'hygiène
9. Planification familiale
   a. Concept de l'espacement des naissances
   b. Information de base
   c. Ressources

Section IV: Croissance et développement du foetus

Objectifs spécifiques:

1. Décrire la taille et le développement du foetus aux différents mois de gestation.
2. (Pour l'étudiant avancé) Décrire le développement de chaque système du corps depuis le début de la conception jusqu'à la naissance.

Organisation des matières

A. Développement de l'embryon et du foetus
(voir Module C, Section III.A.4-5)

B. Taille et développement mensuels*

1. Fin du premier mois lunaire
   a. Embryon 1,25 cm de longeur
   b. Os dorsal courbé et "queue"
   c. Tête proéminente - développement des lobes du cerveau antérieur
   d. Rudiments des yeux, oreilles et nez
   e. Développement d'un tube qui sera le coeur
   f. Rudiments de l'appareil digestif
   g. Bourgeons des bras et des jambes
2. Fin du deuxième mois lunaire
   a. Dénommé foetus
   b. Prend forme humaine
   c. Tête extrêmement grande due au développement du cerveau
   d. Visage humain
   e. Bras, jambes, doigts, orteils
   f. Mesure 2,5 cm de la tête aux fesses
   g. Pèse 0,95 g
   h. Organes génitaux externes - sexe non défini
3. Fin du troisième mois lunaire
   a. Longueur de 7,5 cm
   b. Pèse 28,35 g
   c. Sexe défini
   d. Début de l'ossification de la plupart des os

---

* Voir: Fitzpatrick, Reeder and Mastroianni, Maternity Nursing, 12th ed. (Philadelphia: J. P. Lippincott, 1971), pp. 82-86.

Section IV: Croissance et développement du foetus
Organisation des matières...

e. Bourgeons dentaires
f. Rudiments des reins
g. Débuts faibles de mouvements
h. Début de formation des ongles des doigts et des orteils

4. Fin du quatrième mois lunaire

a. Longueur de 21,5 cm
b. Pèse 113,4 g
c. Organes génitaux externes développés, faciles à distinguer

5. Fin du cinquième mois lunaire

a. Longueur de 25 cm
b. Pèse 226,8 g
c. Apparition du duvet fin - "lanugo"
d. Mère ressent les premiers mouvements du foetus
e. Battements du coeur peuvent être entendus

6. Fin du sixième mois lunaire

a. Longueur de 30 cm
b. Pèse 680,4 g
c. Ressemble à un bébé
d. La peau est rouge - pas de graisse
e. Développement de la vernix caseosa, enduit sébacé protecteur des nouveau-nés

7. Fin du septième mois lunaire

a. Longueur de 37,5 cm
b. Pèse 1,134 kg
c. Survie possible mais à très haut risque

8. Fin du huitième mois lunaire

a. Longueur de 40 cm
b. Pèse 1,814 kg
c. Ressemble à "un vieux petit bonhomme"
d. Survie possible (3 sur 4) à condition de recevoir des soins très attentifs

9. Fin du neuvième mois lunaire

a. Longueur de 47,5 cm
b. Pèse 2,722 kg
c. Corps plus arrondi
d. Peau moins ridée
e. Gain rapide de poids

Section IV: Croissance et développement du foetus
Organisation des matières...

10. Milieu du dixième mois lunaire
    a. Longueur d'environ 50 cm
    b. Pèse 3,175 - 3,402 kg
    c. Peau rosée - recouverte de la vernix
    d. Ongles durs dépassant le bout des doigts

C. Les systèmes du corps

1. Cardiovasculaire
2. Respiratoire
3. Rénal
4. Digestif
5. Reproducteur
6. Nerveux central

D. Désordres tératologiques

1. Dus à l'environnement
2. Chromosomal
3. Causé par les médicaments
4. Anomalies congénitales

Section V: Travail et accouchement

Dans les Sections V et VII du Module D un guide très abrégé des matières d'enseignement est donné. Il est évident que l'infirmière se spécialisant dans les soins obstétricaux, ainsi que la sage-femme, auront besoin de détails plus approfondis sur les connaissances et la conduite de l'accouchement. Il est recommandé que les instituteurs aient recours à leurs textes pour fournir plus de détails.

Objectifs spécifiques:

1. Discuter les signes prémonitoires du travail.
2. Décrire le premier stade du travail.
3. Décrire le deuxième stade du travail.
4. Décrire le troisième stade du travail.
5. Décrire le quatrième stade du travail.

Organisation des matières

A. Signes prémonitoires du travail

1. Engagement chez les primipares
   - a. 10-14 jours avant les couches
   - b. Déplacement du contenu utérin
   - c. Engagement de la tête dans le bassin
2. Faux travail
   - a. Peut commencer 3-4 semaines avant les couches
   - b. Pas de dilatation du col
   - c. Contractions - Braxton-Hicks
   - d. N'augmentent pas en intensité
3. Ecoulement de sang antérieur au travail - "show"
   - a. Pertes
   - b. Mucosité teinte de sang
4. Rupture de la poche des eaux
   - a. Chez certaines femmes
   - b. Doit être surveillée

Section V: Travail et accouchement
Organisation des matières...

B. Travail normal

1. Définition
2. Facteurs affectant le travail
   a. Passager
   b. Passage
   c. Puissance
   d. Personalité

C. Le mécanisme du travail et de l'accouchement

1. L'engagement
2. La descente
3. La flexion
4. La rotation intrapelvienne
5. L'extension
6. Le dégagement
7. La restitution
8. La déflexion

D. Le premier stade du travail

1. Définition
   a. Commence avec le début des contractions rythmiques régulières et se termine avec la dilatation complète du col
   b. Durée moyenne
2. Raison du début du travail
   a. Pas connue, en fait
   b. Différentes théories
   c. D'habitude, "convient" à la mère et à l'enfant
3. Description des contractions
   a. Par phases
   b. Intermittentes
   c. Involontaires
   d. Nom conventionnel: "douleurs"
   e. D'intensité variable

Section V: Travail et accouchement
Organisation des matières...

4. Contractions
   a. Caractéristiques des contractions utérines pendant le travail
   b. Augmentation graduelle - intensité et durée
   c. Diminution graduelle des intervalles
5. Effacement
   a. Raccourcissement et effacement du canal cervical
   b. Col devient un orifice circulaire
6. Dilatation du col
   a. Dilatation progressive et complète des muscles du col (10 cm environ)
   b. Permet le passage du foetus

E. Deuxième stade du travail

1. Définition
   a. De la dilatation complète à l'expulsion du bébé
   b. Durée moyenne
2. Contractions
   a. A intervalles de 2-3 minutes
   b. Durée de 50-70 secondes
   c. Très intenses
3. D'habitude, rupture de la poche des eaux
4. Fonctionnement des muscles abdominaux et du diaphragme (action volontaire)
   a. Désir intense de peser de toutes ses forces
   b. Surmonter la résistance du vagin et du périné
   c. Pression sur le périné et le rectum
5. Accouchement
   a. Précautions à prendre par rapport à la mère
   b. Précautions à prendre par rapport au bébé

F. Le troisième stade du travail

1. Définition
   a. De la naissance du bébé à l'expulsion du placenta
   b. Durée moyenne

Section V: Travail et accouchement
Organisation des matières...

2. Séparation du placenta
   a. Mécanisme de séparation
   b. Signes de la séparation
3. Expulsion du placenta
   a. Mécanisme de Schultze - 80%
   b. Mécanisme de Duncan - 20%
   c. Moyenne de perte sanguine 250-300 cc

G. Le quatrième stade du travail

1. Définition
   a. Les deux premières heures critiques après l'accouchement
   b. L'état de la mère se stabilise
2. Utérus
   a. Continue à se contracter et à se décontracter
   b. Dimension
   c. Etat
3. Vagin et périné
4. Système urinaire
5. Abdomen
6. Facteurs émotionnels

H. Analgésiques et anesthésie

1. Principes de base
2. Méthodes
3. Disponibilité
4. Besoins

Section VI: Soins de la femme pendant le travail et l'accouchement

Objectifs spécifiques:

1. Discuter le but des soins pendant le travail et l'accouchement.
2. Décrire les soins nécessaires durant la période des signes prémonitoires et le premier stade du travail.
3. Décrire les soins nécessaires pendant le deuxième stade du travail.
4. Décrire les soins nécessaires pendant le troisième stade du travail.
5. Décrire les soins nécessaires pendant le quatrième stade du travail.
6. Donner les soins nécessaires pendant chacun des quatre stades du travail.

Organisation des matières

A. But des soins

1. Assurer le comfort et une expérience sans danger pour la mère
2. Accouchement d'un enfant normal
   a. Pas d'effets nocifs dus au processus de la naissance
   b. Capable de respirer et de fonctionner indépendamment à la naissance
3. Compréhension, satisfaction, accomplissement: point de vue des parents

B. Soins durant le stade prémonitoire et le premier stade du travail

1. Signes prémonitoires
   a. Expliquer le processus
   b. Rassurer
   c. Reconnaître les signes du travail véritable
2. Premier stade du travail
   a. Obtention ou révision des données
   b. Préparatifs de l'accouchement
      . Bain
      . Propreté du champ de travail
      . Matériel et équipement nécessaires à la mère et à l'enfant

Section VI: Soins de la femme pendant le travail et l'accouchement
Organisation des matières...

c. Surveillance des paramètres physiques

. Contractions - fréquence, intensité, durée
. Température, pouls, respiration, tension artérielle
. Saignement normal par rapport à la période du travail
. Rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux

d. Evaluer la fonction urinaire et intestinale
e. Surveillance des battements du coeur du foetus
f. A contrôler

. L'activité
. L'ingurgitation de fluides
. Le régime

g. Soulagement de la douleur
h. Evaluer l'état affectif
i. Surveillance de la phase de transition

. Dilatation complète du col de l'utérus (8-10 cm)
. Pertes sanguines augmentées
. La femme peut avoir des nausées et vomir
. Appréhension, agitation intense
. Périné aplati et rectum bombé

j. Soins de soutien

. Attitude du personnel
. Interprétation
. Encourager et rassurer
. Besoins augmentés en fonctions de la durée du travail
. Conseils en méthodes de décontraction

k. Le confort de la parturiente

. Fréquente toilette de la femme
. Disposition des serviettes humides ou souillées
. Massage du dos
. Effleurage
. Compresses froides au front
. Petites gorgées d'eau froide ou de glace pilée
. Analgésiques si nécessaire

3. Communication

a. Avec d'autres responsables
b. Rapport écrit, précis

Section VI: Soins de la femme pendant le travail et l'accouchement
Organisation des matières...

C. Soins pendant le deuxième stade du travail

1. Evénement marqué par une activité intense
2. Surveillance continuelle des données physiques de la mère, tension artérielle, contractions, et des battements du coeur du foetus
3. Instruction/Entraînement
   a. Guider les poussées et la décontraction de la mère
   b. Rassurer la mère au sujet des progrès du travail
4. Confort
   a. Toilette
   b. Compresses froides
   c. Petites gorgées d'eau froide ou de glace pilée
   d. Anesthésie si nécessaire
5. Mesures de sureté
   a. Protéger durant l'activité intense
   b. Ne jamais laisser la mère seule
6. Préparatifs de l'accouchement imminent
7. Contacter le personnel important
   a. Médecin
   b. Sage-femme
   c. Autres

D. Soins immédiats du nouveau-né

1. Nettoyer le passage respiratoire
   a. Position tête baissée
   b. Succion de la mucosité
2. Le cri du nouveau-né
3. Le cordon ombilical
   a. Pose des pinces à l'arrêt des pulsations
   b. Ligaturer
   c. Sectionner
   d. Panser

Section VI: Soins de la femme pendant le travail et l'accouchement
Organisation des matières...

4. Evaluation du bébé suivant le système Apgar et interprétation des résultats
   a. Rythme cardiaque
   b. Effort respiratoire
   c. Tonus musculaire
   d. Réflexe d'irritabilité
   e. Couleur
5. Soins des yeux
6. Identité (accouchement à l'hôpital)
7. Evaluation physique
   a. Systématique
   b. Consultation pour problèmes immédiats, renvoi au médecin
   c. Rapport écrit des données

E. Soins durant le troisième stade du travail

1. Expliquer et guider l'expulsion du placenta
2. Observation des pertes sanguines
   a. Nature du saignement
   b. Estimer la quantité (si possible)
3. Pression artérielle
4. Pouls
   a. Quantité
   b. Rythme
   c. Irrégularité
5. Inspection du placenta
   a. Côté maternel
   b. Côté foetal
   c. Membrane amniotique
   d. Cordon ombilical
6. Confort
   a. Toilette de la parturiente
   b. Literie propre
   c. Liquides, si tolérés

Section VI: Soins de la femme pendant le travail et l'accouchement
Organisation des matières...

F. Soins durant le quatrième stade du travail

1. Evaluation
   a. Tonus et taille du fond de l'utérus
   b. Distension de la vessie
   c. Ecoulement sanguin
   d. Périné
   e. Anomalies du pouls, de la tension artérielle, de la température
   f. Douleur
2. Surveillance continue
   a. Une à deux heures
   b. Afin d'assurer l'état normal des suites de couches
3. Evaluation
   a. Utérus
   b. Périné
   c. Débit urinaire
   d. Abdomen
   e. Etat émotionnel
   f. Pouls, température, respiration, tension artérielle de la mère
4. Confort
   a. Besoin de repos et de calme
   b. Rassurance
   c. Rassurer en cas d'agitation émotionnelle provisoire
   d. Contacter l'époux ou la famille
   e. Encourager l'ingestion d'aliments et de liquides
   f. Hygiène générale
   g. Analgésiques si nécessaire

Section VII: Le Puerpérium

Objectifs spécifiques:

1. Les changements anatomiques se rapportant au puerpérium.
2. Les manifestations cliniques évidentes se rapportant au puerpérium.
3. Les stades du développement du rôle maternel.

Organisation des matières

A. Définition

1. Période après le quatrième stade du travail
2. Jusqu'à la sixième semaine postpartum

B. Changements anatomiques

1. Involution de l'utérus
   a. Le processus
   b. Le progrès, durée
   c. Involution du site placentaire
2. Changement du col de l'utérus
   a. Fermeture rapide
   b. Altérations du col extérieur
3. Les lochies
   a. Lochies rouges
   b. Lochies séreuses
   c. Lochies blanches (lochia alba)
   d. Quantité
   e. Arrêt
4. Le bassin
   a. Vagin
   b. Ligaments
5. Paroi abdominale
   a. Toujours molle et flasque
   b. Vergetures encore présentes
   c. Temps nécessaire pour retourner à l'état normal
6. Les seins
   a. Sécrétion du colostrum
   b. "Arrivée" du lait entre le troisième et le quatrième jour
   c. Congestion ou engorgement des seins
   d. Voir Module E, Section I

Section VII: Le Puerpérium
Organisation des matières...

7. D'autres systèmes
   a. Digestif
   b. Urinaire
   c. Cardiovasculaire

C. Manifestations cliniques

1. Température
   a. Petite hausse - généralement normale, mais
   b. Peut indiquer des complications
2. Pouls
3. Tranchées utérines
4. Digestion
5. Perte de poids
6. Urinaire
   a. Evacuation des urines - augmentée
   b. Contenu des urines
7. Intestinale
   a. Constipation
   b. Hémorroïdes
8. Paramètres sanguins
   a. Globules blancs - leucocytose
   b. Globules rouges - hématocrite
   c. Volume sanguin
9. Peau
   a. Transpiration excessive
   b. Elimination des déchets
10. Menstruation

D. Evaluation du puerpérium

1. Au moins 4-6 semaines après l'accouchement
2. Détection dans la phase initiale des anomalies
3. Planification familiale

Section VII: Le Puerpérium
Organisation des matières...

E. Développement du rôle maternel

1. Phases*

a. Première phase

. Dure 2-3 jours
. Soucis personnels (sommeil, alimentation)
. Besoin de parler de l'accouchement

b. Deuxième phase

. Commence à s'organiser
. Veut prendre tout en charge
. Répression des craintes et de l'anxiété
. Frustrée si sa performance ou celle de l'enfant n'est pas parfaite

c. Troisième phase

. Le bébé en tant que personne
. Etablissement d'un nouveau mode de vie pour soi, le bébé et la famille

2. Conflits

a. Dépendance vs indépendance
b. Idéalisme et réalité
c. Amour et ressentiment contre le bébé
d. Epanouissement personnel et maternité
e. Division du temps - horaires
f. Spleen du puerpérium

---

* Reva Rubin, "Puerperal Change," Nursing Outlook 9 (December 1961):753-755.

Section VIII: Soins donnés à la mère durant le puerpérium

Objectifs spécifiques:

1. Discuter le but des soins durant le puerpérium.
2. Décrire les soins physiques nécessaires.
3. Décrire les besoins éducatifs de la mère et du bébé.
4. Décrire l'appui émotionnel nécessaire à la mère.
5. Donner à la famille, à la mère et au bébé des soins, des enseignements et l'appui nécessaires.

Organisation des matières

A. Objectifs

1. Retour de la mère à l'état physique précédant la grossesse
   a. Avec le minimum d'inconfort
   b. Sans complications résiduelles
2. Etablissement du rapport mère-enfant
   a. Rapport réciproque salutaire
   b. Intégration au sein de la famille

B. Soins physiques nécessaires

1. Besoins du début
   a. Sommeil
   b. Alimentation - d'habitude, très bon appétit
   c. Possibilités du dépistage rapide des complications
   d. Conseils au sujet de l'allaitement
2. Période suivante
   a. La mère commence à se soigner elle-même
   b. Régime alimentaire adéquat - besoins personnels et allaitement
   c. Exercices
3. Hygiène personnelle
   a. Peau
   b. Seins et mamelons
   c. Périné
   d. Micturition
   e. Evacuation et hémorroïdes
   f. Température, pouls, respiration, tension artérielle
   g. Cigarettes
   h. Boissons alcoolisées et drogues

Section VIII: Soins donnés à la mère durant le puerpérium
Organisation des matières...

4. Nutrition
   a. Importance d'un régime bien équilibré
      . Protéines
      . Lipides
      . Glucides (hydrates de carbone)
      . Vitamines
      . Minéraux
   b. Besoins augmentés chez la mère qui allaite
   c. Utiliser les aliments de la région
5. Soins du bébé dans la première phase
   a. Assurer le sommeil
   b. Nourriture
   c. Eructation
   d. Bain
   e. Soins du cordon ombilical
   f. Soins des parties génitales
6. Sentiments
   a. Du point de vue physique
   b. Du point de vue psychologique
   c. Du point de vue de la maturation
   d. Compréhension des réactions

C. Besoins en éducation

1. Planification
   a. Niveau d'instruction
   b. Sélection des matières à enseigner
   c. Endroits et moments
   d. Individualisé
   e. En groupe
      . Dimension
      . Nombre de réunions
      . Discussion
2. Généralités
   a. Révision de l'expérience de l'accouchement
   b. Changement ayant lieu durant le puerpérium
   c. Bénéfices de l'allaitement maternel
      . Pour la mère
      . Pour le bébé

Section VIII: Soins donnés à la mère durant le puerpérium
Organisation des matières...

d. Alimentation artificielle (au biberon) - si nécessaire
   . Préparation
   . Comment simuler le lait maternel
   . Précautions à prendre
     ..Réfrigération
     ..Nettoyage des biberons et des tétines
   . Position de l'enfant et de la mère durant l'allaitement

e. Besoin de repos
   . Endroit pour exercices
   . Retour au travail hors de la maison

f. Exercices
   . Types
   . Importance

g. Planification familiale (voir Module K)
   . Sélection de la méthode
   . Rétablissement des rapports sexuels

D. Soutien émotionnel (inclure les matières à enseigner)

1. Reconnaître les changements psychologiques ou les changements de tempérament de la mère
   a. Manifestations
   b. La normale

2. Besoins de la mère
   a. Parler de l'accouchement
   b. Rassurance
   c. Confiance en soi
   d. Connaissances
      . Personnelles
      . Du bébé
   e. Compréhension des changements d'humeur
   f. Approbation
      . Conjoint
      . Famille
      . Personnel donnant les soins

Section VIII: Soins donnés à la mère durant le puerpérium
Organisation des matières...

3. Besoins de la mère par rapport à la famille
   a. Reconnaissance
   b. Compréhension du développement de la relation mère-enfant
   c. Participation
   d. Soutien
4. Besoins du bébé
   a. Satisfaction immédiate
      . Nourriture
      . Amour
      . Toucher, être touché et porté
   b. Développement du sentiment de confiance
   c. Sécurité afin de pouvoir assumer les tâches nécessaires à la croissance de l'enfant

Section IX: Déviation de la norme

Objectifs spécifiques:

1. Citer les facteurs majeurs qui augmentent les risques pour la mère durant la grossesse.
2. Décrire les facteurs pouvant créer des risques pour l'enfant.
3. Décrire les complications de la grossesse causées par la grossesse-même.
4. Décrire les désordres physiques maternels qui peuvent être aggravés par la grossesse.
5. Décrire les complications pouvant survenir durant le travail et l'accouchement.
6. Discuter les complications du puerpérium.
7. Donner les soins infirmiers à la mère présentant des déviations de la norme durant la grossesse.
8. Discuter les causes et les conséquences de la morbidité et de la mortalité chez la mère, le foetus, et le nouveau-né.

Organisation des matières

A. Principaux facteurs maternels provoquant une grossesse de haut risque

1. Agée moins de 16 ans et plus de 40 ans
2. Grande multiparité; pas d'espacement des naissances
3. Histoire de mauvaise alimentation
4. Historique de maladies chroniques
5. Mauvai antécédents obstétricaux
6. Abus des drogues
7. Grossesse non-désirée
8. Maladies mentales ou problèmes psychologiques

B. Bébé exposé à beaucoup de risques

1. Prématuré par rapport à l'âge de gestation
2. Poids à la naissance au-dessous de la moyenne
3. Facteur Rhésus - maladies hémolytiques
4. Problèmes respiratoires
5. Jaunisse du nouveau-né

Section IX: Déviation de la norme
Organisation des matières...

6. Travail et accouchement difficiles ou prolongés
7. Syphilis
8. Anomalies congénitales
9. Mères s'adonnant aux drogues durant la grossesse, y compris tabac et alcool
10. Mère ayant souffert de la rubéole (roséole épidémique)

C. Complications se rapportant à la grossesse-même

1. Toxémie
2. Polyhydramniose
3. Facteur Rhésus
4. Vomissements incoercibles de la grossesse
5. Menace d'avortement et avortement spontané
6. Môle hydatiforme
7. Grossesse extra-utérine
8. Fausse couche ou avortement spontané
9. Hémorragie
10. Grossesse multiple
11. Anomalies des voies génitales

D. Conditions aggravées par la grossesse

1. Cardiaque
2. Diabète
3. Hypertension
4. Anémies
5. Maladies des reins
6. Tuberculose
7. De la thyroïde
8. Infection des voies urinaires

Section IX: Déviation de la norme
Organisation des matières...

9. D'autres infections
   a. Paludisme
   b. Syphilis
   c. Bilharziase
   d. Ankylostomiase
   e. Blénorragie
   f. Hépatite virale
   g. Rubéole
   h. Herpès virus

E. Complications se manifestant durant le travail et l'accouchement

1. Travail prématuré
2. Dysfonctionnement du travail
   a. Inertie
   b. Précipité
3. Foetus
   a. Disproportion céphalo-pelvienne
   b. Position ou présentation anormales
4. Grossesse multiple
5. Placenta praevia
6. Détachement prématuré du placenta
7. Cordon ombilical
8. Disproportion céphalo-pelvienne (DCP)
9. Rupture de l'utérus
10. Lacérations des tissus
11. Accouchement aux forceps
12. Section césarienne
13. Retension du placenta

F. Complications du puerpérium

1. Atonie utérine
2. Hémorragie

Section IX: Déviation de la norme
Organisation des matières...

3. Infections
4. Subinvolution de l'utérus
5. Problèmes des seins
6. Atonie de la vessie
7. Thrombophlébite
8. Rapport mère-enfant difficile
9. Interruption de la vie familiale
10. Psychose du puerpérium

G. Soins de la mère et du bébé exposés à beaucoup de risques

1. Prévention
2. Diagnostic rapide
3. Soins médicaux et infirmiers appropriés
4. Education
5. Soutien émotionnel

H. Causes de la mortalité et de la morbidité de la mère, du foetus et du nouveau-né

1. (Obtenir des données régionales)
2. Classifier selon les causes
   a. Qu'on peut prévenir
   b. Qu'on ne peut pas prévenir

I. Incidence de la mortalité et de la morbidité de la mère, du foetus et de nouveau-né

1. (Obtenir des données régionales)
2. Comparer l'incidence
   a. Aux communautés semblables
   b. Aux statistiques de la nation
   c. Aux statistiques d'autres pays

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

232. Examen de l'abdomen d'une femme enceinte à la clinique prénatale
KATE AGYEI-SACKEY (Ghana)

233. Asphyxie du nouveau-né
LUCY OSEI-KOPI (Ghana)

234. Le Saignement du début de la grossesse
AYODELE AKIWUMI (Ghana)

235. Malaises communs de la grossesse
MARY MBABALI (Uganda)

236. Le Diabète pendant la grossesse: effets sur la mère et l'enfant
IAN WHITLOCK et CATHERINE FOGEL (USA)

237. L'Ossature du bassin de la femme
THEODORA POBEE (Ghana)

238. Les Principaux facteurs qui influencent les suites de la grossesse
AGNES SEKABUNGA (Uganda)

239. Soins et traitement général du deuxième stade du travail normal
CHRYSOLITE JOYCE PRAH (Ghana)

217. Les Besoins nutritifs maternels
ELIZABETH MUTURI (Kenya)

240. La Grossesse multiple: soins prénatals
ANGELA MASSALY (Sierra Leone)

241. Examen du nouveau-né par la sage-femme
JOLA OLOFINBOBA (Nigeria)

242. Soins infirmiers de l'enfant prématuré
ADEBIMIPE OKUNADE (Nigeria)

243. La Nutrition pendant la grossesse
LOIS M. NJIRI (Kenya)

244. La Physiologie du premier stade du travail normal
SARAH ABADOO (Ghana)

245. L'Enfant prématuré
ADUKE SANNI (Nigeria)

246. L'Hémorragie post-partum
MONICA RODGERS (Kenya)

247. Le Tétanos du nouveau-né
HELEN NANYAMA KUKUBO (Kenya)

248. Le Troisième stade du travail
VICTORIA AJAYI (Nigeria)

249. Présentation siège et soins à donner
UDUAK E. AKPAN (Nigeria)

250. Anémies dues à la grossesse
PATRICIA OLUYOMI BAKARE (Nigeria)

251. La Détresse foetale durant le travail
NANCY E. EKONG (Nigeria)

252. L'Infection puerpérale
MARIE L. MASON (Liberia)

253. Prolapsus du cordon ombilical
H. G. MEHEUX (Nigeria)

254. Développement du placenta
ADEBIMPE ALAYODE OGUNLANA (Nigeria)

255. Rupture de l'utérus
ABIMBOLA OLUPUNMILOLA PAYNE (Nigeria)

256. La Nouvelle équipe volante d'obstétrique
GLORIA K. ZUBAIRU (Nigeria)

257. Cours clinique et soins à donner durant le premier stade du travail normal
MOHGA LUTFI (Sudan)

259. Soins immédiats du nouveau-né
SOHAIR HUSSEIN KAMAL SHAWKY (Egypt)

260. Préparation pour l'accouchement à domicile
MOUSHERA MOSTAFA EL GENEIDY (Egypt)

261. Le Rôle de l'infirmière dans la détection des anomalies néonatales congénitales
FAYZA ABDEL HAKIM KAMAL et GAMALAT EL-SAYED MANSY (Egypt)

262. Examen du placenta
ASMAA ABD EL-HAMID ASHMAWY (Egypt)

263. Les Changements physiologiques pendant la grossesse
FATMA OSMAN KILLA (Sudan)

264. Soins de sages-femmes à domicile
E. O. ADEQALE (Nigeria)

266. Préparation de la mère pour les soins à domicile d'un enfant prématuré
SOHEIR ABDEL HAMID DABASH (Egypt)

267. Toxémies de la grossesse
MARIAN ABOAGYE-AKYEA (Ghana)

29. Le Diagnostic de la grossesse utérine
G.A.C.B. ANTESON (Ghana)

39. Influences socio-culturelles sur la prévention du tétanos ombilical
REXFORD ODURA ASANTE (Ghana)

268. L'Anémie pendant la grossesse
DORIS CHARWAY (Ghana)

223. Fécondation et développement de l'ovule jusqu'au 28e jour
MARGARET OSEI-BOATENG (Ghana)

269. Soins des seins
LYDIA WANJUN CECE (Kenya)

34. Nutrition prénatale et croissance foetale
NEBIAT TAFARI (Ethiopia)

31. La Nutrition pendant une grossesse normale
MOHAMED M. OSMAN (Egypt)

32. Insuffisance placentaire
GAMAL I. SEROUR (Egypt)

270. Hémorragie antépartum
TSIGERIDA TEGASHAW (Ethiopia)

271. L'Anémie nutritive: causes, symptômes et traitement
EMILY O. DUKE (Nigeria)

205. Morbidité et mortalité infantiles--collecte et enregistrement des données, causes et prévention
DOROTHY MULONGA NASAH (Cameroon)

227. L'Examen pelvien
MAGDA YOUSSEF HELMI MOURAD (Egypt)

224. Le Rapport entre le cycle menstruel normal et la reproduction humaine
MERCY MUJOMBA (Kenya)

231. Développement du foetus jusqu'à la 40e semaine
REGINA I. HICKS (Kenya)

10. Les Taux démographiques dans la santé familiale
SAMUEL OFOSU-AMAAH (Ghana)

220. Anatomie et physiologie de l'utérus
FREDA OJWANGH (Kenya)

36. Le Travail d'accouchement prématuré
WALTHER GRUBER (Austria)

70. La Fistule cysto-vaginale
HAMID RUSHWAN (Sudan)

II. LIVRES

CLARK, ANN L. and DYANNE D. AFFONSO

Child Bearing: A Nursing Prospective. Philadelphia: F. A. Davis Co., 1976.

CLAUSEN, J. P., M. H. FLOOK and B. FORD

Maternity Nursing Today. 2nd edition. New York: McGraw-Hill, 1977.

FENDALL, N. R. E.

Auxiliaries in Health Care: Programs in Developing Countries. Baltimore: The Johns Hopkins Press for the Josiah Macy, Jr. Foundation, 1972.

FORMAN, ALICE M. et al (eds.)

New Horizons in Midwifery, 1972. Proceedings of the 16th Triennial Congress of the International Confederation of Midwives held in Washington, DC, October 28 - November 3, 1972. New York: International Confederation of Midwives and the American College of Nurse-Midwives, 1973.

HYMOVICH, D. P. and M. BARNARD

Family Health Care. New York: McGraw-Hill, 1973.

MYLES, MARGARET

A Textbook for Midwives, 8th edition. London: Churchill Livingstone, 1975.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. FOOD AND NUTRITION BOARD. COMMITTEE ON MATERNAL NUTRITION.

Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy. Washington: National Academy of Sciences, 1970.

PILLITERI, ADELE

Nursing Care of the Growing Family: A Maternal/Newborn Text. Boston: Little, Brown and Co., 1976.

PRITCHARD, J. A. and P. C. Mac DONALD

Williams Obstetrics. 15th edition. New York: Appleton-Century-Crofts, 1976.

REEDER, S. R., L. MASTROIANNI, L. L. MARTIN, and E. FITZPATRICK

Maternity Nursing. 13th edition. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

M O D U L E E :

ALLAITEMENT ET SEVRAGE

I. ANALYSE RAISONNEE

L'allaitement au sein est un processus physiologique permettant à la femme de nourrir son enfant durant la période critique de sa vie. Ce processus se termine par le sevrage. Les coutumes, les croyances et les valeurs d'une société influent fortement sur les modes de l'allaitement et du sevrage.

L'allaitement et le sevrage sont les pierres d'angle de la santé de l'enfant. Ce processus déterminera la direction de la vie de l'enfant; c'est-à-dire, la direction de la croissance et du développement, du bien-être nutritionnel, physique et psychologique ainsi que sa résistance générale aux infections. L'allaitement et le sevrage menés à bien et associés à la planification familiale jouent un rôle de première importance dans la réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles ainsi que dans le maintien de la santé maternelle.

Il importe donc que les étudiantes infirmières et sages-femmes comprennent l'importance de ces facteurs afin de travailler de façon efficace avec les familles et la communauté, dans la planification, l'enseignement, l'évaluation, et la promotion de la santé maternelle et infantile.

II. OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module, l'étudiante sera capable de:

1. Discuter l'anatomie du sein de la femme et le processus physiologique de l'allaitement.
2. Prendre conscience de ses propres attitudes et de ses croyances face à l'allaitement et au sevrage.
3. Reconnaître les facteurs physiques, psychologiques et culturels se rapportant à l'allaitement naturel ou artificiel et au sevrage.
4. Reconnaître les problèmes maternels et infantiles se rapportant à l'alimentation de l'enfant et au sevrage et soigner selon les cas.
5. Conseiller et donner à la mère les enseignements sanitaires nécessaires sur l'allaitement, l'alimentation et le sevrage.

Section I: Anatomie du sein et physiologie de l'allaitement

Objectifs spécifiques:

1. Décrire la structure anatomique du sein de la femme.
2. Décrire le processus de la sécrétion du lait.
3. Nommer les hormones qui contrôlent la sécrétion du lait chez la femme.
4. Enumérer les facteurs qui influencent le processus de la lactation.

Organisation des matières

A. Anatomie du sein

1. Morphologie externe
   a. Taille, emplacement et division
   b. Mamelon et différents types
2. Structures internes
   a. Lobes, canaux galactophores, accinus
   b. Conduits galactophores
   c. Ampoules

B. Sécrétion du lait

1. Emplacement et mécanisme de la production et de l'expression du lait
2. Influence des hormones
   a. Préparation du sein durant la grossesse - oestrogène, progestérone et somatomammatrophine chorionique (LST)
   b. Sécrétion du lait - prolactine
3. Caractéristiques physiques, chimiques et immunologiques du colostrum et du lait
4. Facteurs affectant la production du lait
   a. La succion du nourrisson
   b. Alimentation de la mère - inclure l'absorption de liquides
   c. Etat physique général de la mère
   d. Etat psychologique de la mère
      . Absence de stress
      . Désir d'allaiter
   e. Effets stimulants ou répressifs de certains médicaments ou de certaines drogues

Section II: L'allaitement au sein

Objectifs spécifiques:

1. Identifier les facteurs communautaires, sociaux et culturels tels que croyances, sens des valeurs, et leurs influences sur l'allaitement au sein.
2. Préciser les besoins nutritifs de la femme qui allaite.
3. Conseiller une femme qui allaite quant aux préparatifs et à la conduite de l'allaitement au sein.
4. Développer un matériel pédagogique simple pour aider à l'enseignement des mères qui allaitent au sein.
5. Comparer les avantages et les désavantages, les indications et les contre-indications de l'allaitement au sein et de l'allaitement au biberon.
6. Reconnaître et résoudre les problèmes de la mère et de l'enfant pouvant faire obstacle à l'allaitement au sein.
7. Reconnaître et résoudre les problèmes de sur-alimentation ou de sous-alimentation chez le bébé nourri au sein.
8. Identifier et prescrire les méthodes de contraception convenant à la femme qui allaite.
9. Discerner les attitudes envers les différents modes d'allaitement et les discuter en groupe.

Organisation des matières

A. Facteurs sociaux et culturels affectant les différents modes de l'allaitement au sein

1. Religion
2. Industrialisation, société rurale/urbaine
3. Niveau d'instruction
   a. Général
   b. Relatif à la valeur de l'allaitement
4. Croyances et sens des valeurs
5. Tabous
6. Influence des membres de la famille et des pairs
7. Emplois pour femmes
8. Publicité et influence des moyens de communication

Section II: L'allaitement au sein
Organisation des matières...

9. Attitudes des agents de santé envers l'allaitement au sein
10. Usage des herbes et des médicaments

B. Avantages de l'allaitement

1. Pour la mère
   a. Pratique
   b. Economique
   c. Nutritif
   d. Psychologique
      . Satisfaction, sens d'accomplissement
      . Chaleur du contact avec le bébé
   e. Physique
      . Pas d'ovulation - (la période de temps varie) sert de contraceptif
      . Accélération de l'involution des organes de la reproduction
2. Pour le nourrisson
   a. Réponse normale au besoin de succion
   b. Composition et consistance du lait appropriées à ses besoins
   c. Immunité environ 6 mois
   d. Protection contre les allergies
   e. Développement de liens affectifs chez l'enfant
   f. Stérilité du lait maternel
   g. Accessibilité

C. Besoins nutritifs de la femme qui allaite

1. Nécessité d'augmenter l'apport du régime
2. Régime alimentaire de la femme qui allaite
3. Aliments locaux qui exercent une influence sur la production du lait (augmentation, diminution, expression du lait)

D. L'allaitement au sein

1. Importance des soins
2. Processus de l'allaitement, fréquence et durée, éructation
3. Enseigner à la mère l'art d'allaiter au sein

Section II: L'allaitement au sein
Organisation des matières...

E. Problèmes de santé de la mère affectant l'allaitement

1. Problèmes d'une importance secondaire; continuation de l'allaitement mais soins nécessaires

   a. Etat général de santé déficient, anémie
   b. Mamelons trop petits - trop grands - plats ou douloureux
   c. Montée du lait insuffisante

2. Problèmes majeurs

   a. Physique - tuberculose - défaillance cardiaque
   b. Emotionnel - psychose - neurose

3. Grossesse

4. Mamelons - crevassés, mastite, abcès du sein, mamelons invertis

   a. Etat bénin - remédiable
   b. Etat grave - probablement irremédiable

F. Problèmes des nourrissons qui affectent l'allaitement au sein

1. Anomalies congénitales

2. Prématurité

3. Sur-alimentation et sous-alimentation

G. Rapport entre l'allaitement au sein et la planification familiale

1. Importance de prévenir la grossesse afin d'assurer au nourrisson les bénéfices de l'allaitement au sein

2. Choix de méthodes contraceptives n'affectant pas l'allaitement au sein

H. Impact de l'attitude des infirmières, des sages-femmes, des médecins et d'autres agents de santé envers les pratiques alimentaires

1. Sur la mère

2. Sur le mode le l'alimentation (au sein/au biberon)

3. Sur le sevrage

Section III: Alimentation au biberon (alimentation artificielle)

Objectifs spécifiques:

1. Distinguer l'alimentation artificielle complémentaire, supplémentaire et complète.
2. Discuter la prédominance, le type et le mode d'allaitement au biberon dans une communauté et les facteurs importants à cet égard.
3. Identifier les avantages et les désavantages, les indications et les contre-indications de l'allaitement au biberon.
4. Préparation correcte des biberons, conforme aux principes scientifiques.
5. Montrer aux mères comment préparer un biberon en utilisant les moyens disponibles à domicile.
6. Reconnaître, résoudre et suivre les problèmes causés par l'allaitement au biberon insuffisant.

Organisation des matières

A. Différents types d'allaitement au biberon et leur popularité

1. Supplémentaire
2. Complémentaire
3. Complète

B. Facteurs affectant l'usage de l'allaitement au biberon

C. Substances nutritives dans l'alimentation artificielle

1. Types de lait et d'autres mélanges
2. Comparer la composition du lait maternel à celle du lait artificiel

D. Avantages, désavantages, indications et contre-indications de l'allaitement au biberon

E. Préparation des biberons

1. Principes à suivre
2. Préparation et stérilisation (tétée unique, tétées pendant 24 heures)

Section III: Alimentation au biberon (alimentation artificielle)
Organisation des matières...

3. Conservation de l'alimentation artificielle
4. Utilisation des biberons préparés à l'avance

F. Enseignements aux mères sur l'allaitement au biberon

1. Quand faut-il commencer
2. Ce qu'il faut enseigner
3. L'approche à une mère/à un groupe de mères
4. Valeur des aides pédagogiques (audio-visuelle, par exemple) dans l'enseignement des mères

G. Problèmes associés à l'allaitement au biberon

1. Problèmes financiers
2. Problèmes relatifs à la santé du nourrisson
   a. Sur-alimentation
   b. Sous-alimentation
   c. Infection (prévention, dépistage, soins)
   d. Allergies (renvoi, post-observation)
   e. Malnutrition
   f. Déséquilibre des électrolytes

Section IV: Sevrage

Objectifs spécifiques:

1. Discuter les croyances, les coutumes et les usages relatifs au sevrage.
2. Expliquer les besoins diététiques de l'enfant durant la première année ainsi que leur importance.
3. Identifier les principes à suivre durant le sevrage.
4. Préciser d'une façon systématique les aliments que l'on peut donner à un bébé durant le sevrage (mensuel ou hebdomadaire).
5. Donner aux mères les renseignements nécessaires relatifs au sevrage
6. Reconnaître les risques de santé que court un enfant sevré incorrectement.
7. Donner les soins infirmiers nécessaires à la prévention et au traitement des complications causées par un sevrage incorrect.

Organisation des matières

A. Croyances, coutumes et pratiques relatives au sevrage

1. Indications qu'il faut commencer le sevrage
2. Les aliments à introduire
3. Méthodes de sevrage

B. Aliments

1. Les aliments disponibles dans la communauté et leur valeur nutritive
2. Les besoins diététiques durant la première année de la vie

C. Principes du sevrage efficace

1. Bonne santé du nourrisson
2. L'âge de sevrage
3. Processus graduel
4. Choix des aliments corrects

Section IV: Sevrage
Organisation des matières...

D. Complications du sevrage incorrect: incidence, causes, manifestations cliniques, prévention, traitement et soins infirmiers

1. Déficiences alimentaires
   a. Marasme
   b. Kwashiorkor
   c. Anémies
2. Infections
3. Désordres gastro-intestinaux
4. Traumatisme psychologique

E. Soins infirmiers à rendre

1. Physique
2. Enseignement (mère)
   a. Prévention
   b. Curatif
3. Psychologique

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

269. Soins des seins
LYDIA WANJUM CEGE (Kenya)

272. L'Allaitement au sein: avantages pour la mère et l'enfant
COMFORT ASEM (Ghana)

275. Le Sevrage
AGENS D. EMELIFE (Nigeria)

276. Alimentation artificielle
MAGDA MOHAMED EL-SAYED YOUSSEF and GAMALAT EL-SAYED MANSY

266. Préparation de la mère pour les soins à domicile d'un enfant prématuré
SOHEIR ABDEL HAMID DABASH (Egypt)

277. Examen des seins
SOHEIR HUSSEIN AHMAD EL EBIARY (Egypt)

206. Enseignement de la nutrition aux mères dans les cliniques de santé infantile
MODUPE OLUBUNMI OSIBINI (Nigeria)

49. Pratiques et croyances traditionnelles relatives à l'allaitement et au sevrage
HUTTON AYIKWEI ADDY (Ghana)

27. Les Effets de la lactation sur la fécondité
JASWANT S. BAL (Zambia)

41. Régimes de sevrage dans des régions rurales
JOHN K. LUBEGA (Uganda)

II. LIVRES

CLARK, ANN L. and DYANNE D. AFFONSO

Childbearing: A Nursing Prospective. Philadelphia: F. A. Davis Co., 1976.

CLAUSEN, J. P., M. H. FLOOK and B. FORD

Maternity Nursing Today. 2nd edition. New York: McGraw-Hill Book Co., 1977.

FORMAN, ALICE M. et al. (eds.)

New Horizons in Midwifery, 1972. Proceedings of the 16th Triennial Congress of the International Confederation of Midwives held in Washington, DC, October 28 - November 3, 1972. New York: International Confederation of Midwives and the American College of Nurse-Midwives, 1973.

KING, MAURICE and D. MORLEY

Nutrition for Developing Countries with Special Reference to Maize, Cassava and Millet. London: Oxford University Press, 1972.

MYLES, MARGARET

A Textbook for Midwives. 7th edition. London: Longman, 1972.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. FOOD AND NUTRITION BOARD. COMMITTEE ON MATERNAL NUTRITION.

Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy. Washington: National Academy of Sciences, 1970.

REEDER, S. R., L. MASTROIANNI, L. L. MARTIN and E. FITZPATRICK

Maternity Nursing. 13th edition. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

WAECHTER, EUGENIA and FLORENCE G. BLAKE

Nursing Care of Children. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

M O D U L E F :

CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT
DE LA NAISSANCE A LA PUBERTE

I. ANALYSE RAISONNEE

L'étude de la croissance et du développement chez l'enfant de la naissance à la puberté comprend la connaissance et l'observation des changements physiques et psychologiques. La compréhension de ce processus du développement est d'une grande importance car c'est sur ce fond que les effets nocifs des carences alimentaires, des maladies infectieuses et des privations sociales peuvent être évaluées. Cette compréhension est aussi nécessaire pour l'évaluation des résultats et des méthodes préventives utilisées.

Les infirmières en particulier ont besoin de cette connaissance et de cette compréhension, afin d'évaluer et d'interpréter l'état de santé de l'enfant. L'infirmière doit aussi pouvoir expliquer aux parents les limites de la normale afin de les aider dans la prévention et la correction des obstacles pendant la croissance et le développement d'un enfant. Ceci implique que l'infirmière doit aider les parents à reconnaître et à satisfaire les besoins physiques des enfants.

PREVIOUS PAGE BLANK

II. OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module l'étudiante sera capable de:

1. Décrire le processus de la croissance et du développement en termes de continuité et des points de repère d'importance physique et psychosociale.
2. Décrire les principaux facteurs affectant la croissance et le développement.
3. Indiquer les instruments de diagnostic et d'évaluation qui permettent de suivre le progrès de la croissance et du développement.
4. Etablir un plan de conseils et d'instructions pour les parents dont l'enfant n'atteint pas les normes de développement.

Section I: Croissance et développement normaux

Objectifs spécifiques:

1. Décrire le concept de la continuité de processus de la croissance et du développement chez l'enfant.
2. Etablir le rapport entre les repères physiques et psycho-sociaux.
3. Identifier les activités et les tâches correspondant aux stades de développement essentiels.
4. Expliquer la croissance et le développement par rapport au concept de la normalité.

Organisation des matières

A. Continuité de la croissance et du développement

1. Physique
   - a. Croissance somatique
   - b. Développement moteur
     - . D'ensemble
     - . Des parties
   - c. Développement de l'immunité
   - d. Développement des sens: vue, ouïe, etc.
2. Intellectuel
   - a. Langue
   - b. Pouvoir d'abstraction
   - c. Mémoire
3. Affectif et psychologique
4. Social

B. Concept d'un modèle

1. Rapport entre les divers éléments
2. Intégration et interdépendance constantes

C. Repères ou stades principaux de la croissance et du développement

1. Première enfance (0 - 11 mois)
2. Tout petits (12 - 35 mois)
3. Age préscolaire (3 - 5 ans)

Section I: Croissance et développement normaux
Organisation des matières...

4. Age scolaire (5 - 8 ans)
5. Préadolescence(9 - 13 ans ou 15 ans)

D. Rapport entre l'activité et le développement

1. Identifier les activités correspondant à chaque âge ou à chaque stade
2. La réussite d'une activité comme préparation à l'activité suivante
3. Maturité - maîtrise de chaque activité et intégration au développement total de la personne

E. Déviations de la norme

1. De bénigne à grave
2. Importance de la déviation
3. Limites de la norme - concept des différences individuelles
4. Etat stationnaire ou progressif
5. Etat pouvant être corrigé ou fixe

Section II: Principaux facteurs affectant la croissance et le développement

Objectifs spécifiques:

1. Etablir le rapport entre l'hérédité et les différences individuelles en croissance et développement.
2. Décrire comment la nutrition peut aider ou retarder la croissance et le développement.
3. Décrire la nécessité de stimuler l'enfant.

Organisation des matières

A. Hérédité ou génétique

1. Individualité
2. Composantes biologiques
3. Potentiel - prévisions
4. Rapport écologique

B. Nutrition

1. Besoins selon l'âge et la tâche développementale
2. Besoins
   a. Calories
   b. Protéines
   c. Hydrates de carbone
   d. Lipides
   e. Vitamines et minéraux
   f. Liquides
3. Evaluation de l'état nutritif
   a. Tests, hémoglobine
   b. Mesures - poids et circonférence du bras en particulier
4. Effets des privations (voir Module J, Section II)
   a. Aigu
   b. Chronique
   c. La durée et l'âge des privations
5. Préférences alimentaires et tabous

Section II: Principaux facteurs affectant la croissance et le développement
Organisation des matières...

C. Maladies (voir Module J, Section II)

1. Infection
2. Rapport entre la maladie et la nutrition
3. Rapport entre la maladie et le développement intellectuel, affectif et social
   a. Gravité
   b. Moment où la maladie se déclenche
4. Effets de la durée et de la fréquence des maladies chroniques graves

D. Stimulation

1. Besoin constant et universel
2. Eléments
   a. Physique
   b. Intellectuel
   c. Affectif
   d. Social
3. Manifestations
   a. Santé du corps
   b. Eveil intellectuel et curiosité
   c. Amour et tendresse
   d. Sens de sécurité et de faire partie
   e. Encouragement et rassurance
   f. Approbation des parents et des pairs
   g. Satisfaction de la réussite
4. Effects des privations
   a. Incapacité de se bien développer
   b. Introversion
   c. Prévient l'accomplissement des tâches correspondant aux différents stades du développement
   d. Retard dans le développement linguistique
   e. Dissatisfaction et malheur

Section III: Moyens diagnostiques d'évaluation pour mesurer la croissance et le développement

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les examens dont on dispose pour le diagnostic et l'évaluation de la croissance et du développement.
2. Choisir et utiliser (sous la direction des enseignants) les moyens d'évaluation.
3. Dresser pour un âge donné une liste de repères à évaluer.

Organisation des matières

A. Observations

1. Aspect général
   a. Habitus
   b. Affection
   c. Signes évidents de maladies
   d. Niveau d'activité
2. Démarche et coordination
3. Peau et cheveux
   a. Grain
   b. Couleur
4. Expression du visage
   a. Alerte
   b. Indifférent
5. Rapport mère/enfant
6. Réaction de l'enfant à l'environnement

B. Historique

1. Général
   a. Médical
   b. Social
   c. Médical de la famille
2. Condition ou événement spécifique
   a. Quels sont les problèmes?
   b. La durée?
   c. Le traitement?

Section III: Moyens diagnostiques d'évaluation pour mesurer la croissance et le développement

Organisation des matières...

3. Etat de santé
   a. Des parents
   b. Des autres enfants
   c. Des autres membres de la famille

C. Examen physique

1. Correspondant à l'âge
2. Partiel, complet, selon le cas

D. Tests de laboratoire

1. Analyse des urines
2. Hémoglobine
3. Tuberculine
4. Selles
5. Parasites, frottis
6. D'autres, si indiqué

E. Tests de dépistage

1. Taille et poids
2. Vue
3. Ouïe et parole
4. Développement (l'examen Denver, par exemple)
5. Dentition

F. Enregistrement

1. Observations
2. Historique
3. Données physiques
4. Résultats des analyses et des tests

Section III: Moyens diagnostiques d'évaluation pour mesurer la croissance et le développement

Organisation des matières...

G. Corrélation des résultats

1. Interprétation
2. Utilité

Section IV: Conseils et éducation des parents et des enfants - Interventior de l'infirmière

Objectifs spécifiques:

1. Identifier les besoins des enfants afin d'assurer une croissance et un développement normaux.
2. Etablir les mesures pour prévenir les obstacles à la croissance.
3. Etablir un plan et conseiller un parent.
4. Etablir un plan et conseiller un enfant plus âgé.

Organisation des matières

A. Les besoins des enfants nécessaires à la croissance et au développement normaux

1. Bonne nutrition
2. Ouïe, vue, marche
3. Protection
   a. Accidents
   b. Maladies
   c. Anxiété
4. Amour et encouragement des parents
   a. L'éloge
   b. Se sentir accepté et encouragé
   c. Limites
5. Environnement sans dangers
   a. Maison
   b. Jeux
   c. Ecole

B. Mesures de protection

1. Régime suffisant
2. Vaccinations
3. Evaluation du développement physique et mental de l'enfant aussitôt que possible
4. Soins médicaux
   a. Accessibles
   b. Compatissants
   c. Compétents

Section IV: Conseils et éducation des parents et des enfants - Intervention de l'infirmière

Organisation des matières...

5. Eliminer les dangers de l'environnement
6. Evaluation très tôt des problèmes de santé et intervention immédiate

C. Intervention de l'infirmière

1. Utilisation des moyens de dépistage disponibles
2. Evaluation des résultats
3. Etablir un plan d'action
4. Importance d'expliquer aux parents et aux enfants la raison des actions
5. Participation de la famille dans l'établissement des besoins prioritaires et des mesures à prendre
6. Eliminer les barrières qui peuvent empêcher la mise en oeuvre du plan
7. Encourager l'épanouissement et la confiance en soi
8. Parler avec le personnel disponible au sujet des problèmes
   a. Médecin
   b. Assistante sociale
   c. Psychlogue
   d. Personnel enseignant
   e. Dirigeants dans la communauté
   f. Religieux
9. Interpréter et coordonner les activités
10. Renvoyer l'enfant aux centres spécialisés, si nécessaire (en cas de déviations prononcées)
11. Aide constante et soutien des parents

D. Usage et coordination des ressources de la communauté

1. Centres sanitaires (hôpitaux)
2. Cliniques
3. Centre de Rééducation de la Nutrition
4. Institutions scolaires
5. Centres de loisirs
6. Autres

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES
à commander de AHTIP

278. Croissance, développement et soins du nouveau-né de la naissance à un an
CECILLA KING (Ghana)

279. Introduction au kwashiorkor: nature, causes et manifestations
ALICE N. AKITA (Ghana)

280. Kwashiorkor et kwashiorkor latent: identification et traitement
SOPHIE WALTER-HOLTZ (Ghana)

281. Le Rapport entre la nutrition, la croissance et le développement
REMI IGUN (Nigeria)

208. L'Influence du milieu et de la culture sur les soins et le développement de l'enfant
PAULINE MELLA (Tanzania)

56. Sous-alimentation protéino-calorique
FITZROY JOSEPH (Kenya)

283. Les Vitamines
DORIS CHARWAY (Ghana)

284. Facteurs qui contribuent à la croissance et au développement normaux d'un enfant
ANU ADEGOROYE (Nigeria)

214. Les Pratiques alimentaires et la santé de l'enfant de 1 à 5 ans
A. O. OBARISIAGBON (Nigeria)

266. Préparation de la mère pour les soins à domicile d'un enfant prématuré
SCHEIR ABDEL HAMID DABASH (Egypt)

43. Examen d'un enfant de six mois dans une clinique de santé familiale
E. O. AKINNIBOSUN (Nigeria)

285. La Fiche pondérale et son importance pour la santé infantile
ADESOLA TINUBU (Nigeria)

292. Les Repas d'école à Lagos
PEJU ABODERIN (Nigeria)

206. Enseignement de la nutrition aux mères dans les cliniques de santé infantile
MODUPE OLUBUNMI OSINBINI (Nigeria)

216. Soins infirmiers à long terme donnés aux enfants malnourris et à leurs familles
SUSAN H. BANOUB (Egypt)

286. La Néphrite
ALHAJI KASIMU ALIYU (Nigeria)

287. Symptômes communs des maladies de l'enfance
CECILLA O. ADEDOYIN (Nigeria)

288. Les Protéines dans les régimes de sevrage
CHRISTINA NARTEY (Ghana)

241. Examen du nouveau-né par la sage-femme
JOLA OLOFINBOBA (Nigeria)

242. Soins infirmiers de l'enfant prématuré
ADEBIMIPE OKUNADE (Nigeria)

203. Les Coutumes et les tabous alimentaires se rapportant à la santé familiale dans une communauté
SARA W. KAVITI (Kenya)

34. Nutrition prénatale et croissance foetale
NEBLAT TAFARI (Ethiopia)

68. La Pellagre
SAMIR KAMAL EL DIB (Egypt)

59. Sous-alimentation en énergie et en protéines
EBD EL-HAMID GUINEA (Egypt)

64. Croissance pendant l'adolescence: effets de la sous-alimentation
NABILA M. HIDAYET (Egypt)

60. Besoins caloriques et alimentation équilibrée
MOHYI ELDIN ABDEL - WAHAB (Egypt)

9. Importance des programmes de santé scolaire dans la santé familiale
ERNESTINE A. GYEBI-OFOSU (Ghana)

261. Le Rôle de l'infirmière dans la détection des anomalies néonatales congénitales
FAYZA ABDELHAKIM KAMEL (Egypt)

289. Enseignement et conseils pour la nutrition
KADIRA M. MOUSTAFA (Egypt)

259. Soins immédiats du nouveau-né
SOHEIR HUSSEIN KAMEL SHAWKEY (Egypt)

218. Les Maladies mentales chez l'enfant
OLU ADELOWO (Nigeria)

49. Pratiques et croyances traditionnelles relatives à l'allaitement et au sevrage
HUTTON AYIKWEI ADDY (Ghana)

219. La Planification familiale: implications pour la santé
GRACE NENNA NZERIBE (Nigeria)

14. Importance de l'intégration des enfants dans la société pour la santé publique
EDITH FORDJOR (Ghana)

92. Le Développement moteur chez les enfants
G. I. ODIA (Nigeria)

II. LIVRES

BURT, J. J. and LINDA A. BROWER

Education for Sexuality; Concepts and Programs for Teaching. Philadelphia: Saunders, 1970.

HYMOVICH, D. P. and M. BARNARD

Family Health Care. New York: McGraw-Hill Book Co., 1973.

JELLIFFE, DERRICK B.

The Assessment of Nutritional Status of the Community. Geneva: World Health Organization, 1966.

KILIMANJARO CHRISTIAN MEDICAL CENTRE

Child Health: Rural Health Series No. 1, A Manual for Medical Assistants and Other Rural Health Workers. Kenya: African Medical and Research Foundation, 1975.

KING, MAURICE and D. MORLEY

Nutrition for Developing Countries with Special Reference to Maize, Cassava and Millet. London: Oxford University Press, 1972.

MORLEY, DAVID

Pediatric Priorities in Developing Countries. London: Butterworths, 1972.

PILLITTERI, ADELE

Nursing Care of the Growing Family: A Maternal/Newborn Text. Boston: Little, Brown and Co., 1976.

ROPER, NANCY

Man's Anatomy, Physiology, Health and Environment. 4th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1973.

SPOCK, BENJAMIN

Baby and Child Care. New York: Simon and Schuster, Inc., 1974.

STONE, L. and J. CHURCH

Childhood and Adolescence: A Psychology of the Growing Person. New York: Random House, 1973.

WAECHTER, EUGENIA and FLORENCE G. BLAKE

Nursing Care of Children. 9th edition. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

M O D U L E G :

LA PUBERTE ET L'ADOLESCENCE

I. ANALYSE RAISONNEE

La puberté est une période critique du développement qui aboutit à des modifications physiques indicatives de maturité sexuelle. L'adolescence commence environ deux ans avant la puberté et se termine par la maturité totale du point de vue physique, mental, émotionnel et social, soit de l'âge de 11 ans à 20 ans.

L'adolescence est caractérisée par la rapidité de la croissance. Dans les sociétés modernes cette période de la vie est une période de tension et de problèmes. Bien que la maturité physique soit complète, la maturité sociale ne l'est pas encore. Les croyances traditionnelles persistent toujours dans certaines cultures et certaines religions (rites, cérémonies) face à cette période essentielle de la vie qu'est l'adolescence.

Les adolescents sont un groupe vulnérable, auquel il est difficile d'offrir des soins médicaux. Sans être des enfants ils ne sont pourtant pas encore adultes. Les besoins de santé et le bien-être général des adolescents posent des problèmes qui sont très souvent ignorés ou négligés. La rapidité de la croissance entraîne des besoins nutritifs particuliers. Il ne faut pas oublier qu'en général ce groupe est un groupe sain, parce qu'il a survécu aux dangers de santé de l'enfance et ne souffre pas encore des maladies de la vieillesse. La maturité sexuelle qui a lieu à cette époque est associée à la possibilité de grossesse et aux responsabilités qui en découlent. D'autre part, la grossesse chez l'adolescente entraîne des risques pour la mère et pour l'enfant. Les soins nécessaires pour l'amélioration de la santé et la qualité de la vie ont donc une importance critique durant cette période de transition. Il faut assurer non seulement la présence des services de base mais aussi la tolérance, la compréhension,

PREVIOUS PAGE BLANK

l'orientation, et l'éducation de l'adolescent. Les jeunes à cet âge ont besoin d'être guidés et conseillés au sujet de leur carrière, des changements du corps, et des aspects de santé et d'hygiène tels que les maladies vénériennes, le mariage et la planification familiale. Des étudiantes infirmières récemment formées peuvent accomplir ce travail avec les adolescents, car elles se sentent encore proches de cet âge et ont, d'autre part, les connaissances et le savoir-faire nécessaires.

II. OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module, l'étudiant sera capable de:

1. Définir les termes de base.
2. Décrire les étapes différentes qui vont de la pubescence à la maturité sexuelle (physique, émotionnelle, sociale).
3. Décrire les attitudes et les croyances traditionnelles de la communauté ainsi que les événements principaux dans la vie de l'adolescent dans cette communauté.
4. Etablir les rapports entre les besoins de l'adolescent et les modifications du corps et de l'environnement.
5. Trouver et explorer les domaines d'intérêt des adolescents où l'infirmière peut les guider et les conseiller.
6. Conseiller des adolescents et/ou leurs parents.

Section I: Définition des termes de base et des étapes qui mènent à la maturité

Objectifs spécifiques:

1. Définir pubescence, puberté et adolescence.
2. Décrire les modifications physiques ayant lieu pendant la période de la pubescence à la maturité.
3. Décrire les transformations psychologiques et les exigences sociales qui surgissent pendant la période qui va de la pubescence à la maturité.

Organisation des matières

A. Pubescence

1. Période d'environ deux ans qui précède la puberté
2. Début de la croissance rapide

B. Puberté

1. Début du développement
2. Transformations atteignant le niveau le plus haut
3. Indices de maturité sexuelle

C. Adolescence

1. Toute la période
2. Durée approximative de six à neuf ans

D. Changements physiques

1. Influences
   a. L'hérédité
   b. L'état nutritif
   c. Les modifications endocriniennes, et les rapports des hormones entre elles
   d. L'état général de la santé

Section I: Définition des termes de base et des étapes qui mènent à la maturité

Organisation des matières...

2. Croissance rapide
   a. Poids
   b. Taille
      . Les extrémités: jambes, cou, bras
      . Croissance irrégulière cause un manque de coordination motrice temporaire
      . Intensité du travail ou de l'activité physique peut être cause de fatigue ou de manque d'énergie
   c. Les filles
      . Elargissement des hanches
      . Bourgeonnement de seins - un des premiers signes extérieurs (voir 6.a plus bas)
      . Augmentation du tissu adipeux sous-cutané
   d. Les garçons
      . Elargissement des épaules
      . Développement des muscles et des os
3. Apparition du poil du corps
   a. Pubis et aisselles (filles et garçons)
   b. Visage et torse - garçons
   c. Extrémités
4. La peau
   a. Plus épaisse et élargissement des pores
   b. Activité des glandes sébacées
   c. Transpiration augmentée, odeur caractéristique
5. Modification du rythme du pouls et du taux de métabolisme
6. Transformation des seins
   a. Les filles - forme, dimension, distribution adipeuse, etc.
   b. Les garçons - changements et dimension varient plus ou moins
7. Organes génitaux
   a. Les filles - élargissement extérieur léger mais la menstruation témoigne de changements intérieurs
   b. Les garçons - développement du pénis suivi des testicules et du scrotum - modification dans le type d'érection (pollution nocturne)

Section I: Définition des termes de base et des étapes qui mènent à la maturité

Organisation des matières...

8. Menstruation
   a. Début de la menstruation - variations
   b. Périodicité
   c. Phases
   d. Intervalles entre la menstruation et l'ovulation
   e. Caractérisée par l'écoulement sanguin
      . Douleurs pendant les règles - dysménorrhée
      . Tension pré-menstruelle
   f. Rapport entre les différentes hormones
      . Affectent le développement émotionnel
      . Peut être la cause de malaise et/ou de dépression
   g. Anatomo-pathologie
      . Ecoulement sanguin anormal
      . Absence d'ovulation - prolongée
      . Hymen imperforé
      . Cicatrisation causée par la circoncision clitoridienne
9. Modification de la voix
   a. Les filles - plus basse et plus profonde - processus très peu marqué et très lent
   b. Les garçons - modification de la voix très marquée causée par l'élargissement du larynx
10. Croissance saccadée, asynchronique
   a. Typique du développement physique durant la pubescence
   b. Croissance des membres à de rythmes différents
   c. Atteint un équilibre à la puberté
11. Variations dans la maturation
   a. Variété très grande selon la personne
   b. Indice pouvant aider à la prévision de la puberté
      . Antécédents des parents
      . Poids à la naissance
      . Taille à deux ans
      . Nutrition
      . Ossification
   c. La maturation des filles est plus rapide
   d. Retard de maturité chez les garçons peut être cause d'anxiété

Section I: Définition des termes de base et des étapes qui mènent à la maturité

Organisation des matières...

E. Changements affectifs et exigences sociales

1. Période de transition (prise de conscience)
   a. Ni adulte ni enfant
   b. Ambivalence et fluctuation des sentiments
   c. Sentiment prédominant - "n'est pas dans le vent" - n'appartient pas
2. Gaucherie
   a. Doit s'adapter à sa nouvelle taille
   b. Doit s'adapter aux transformations rapides de son corps
3. A la recherche d'une nouvelle identité
   a. Qui suis-je?
   b. Qu'est-ce qu'on attend de moi?
   c. Qu'est-ce que je veux?
   d. Qu'est-ce que je ferai?
   e. Importance d'un modèle
4. Exigences
   a. Parents, professeurs, chefs religieux, pairs
   b. Espérances vs réalité
   c. Soumission vs rébellion
5. Intérêt dans le sexe opposé
   a. Apprentissage de la vie hétérosexuelle
   b. Soucis au sujet de la popularité, et des capacités
   c. Eveil des sentiments
      . Nouveauté
      . Incompréhension
   d. Curiosité vs modestie
   e. Normes sociales - tabous
   f. Filles et garçons: différences de perspective
6. Etablissement de rapports nouveaux avec les autres
   a. Psychosocial
   b. Instabilité - amour et haine de soi réfléchis dans les rapports avec les autres
   c. Idéalisme et hostilité
   d. A la recherche de la "sincérité" et des personnes dignes de confiance
   e. Besoin d'amitié - pairs, adultes

Section I: Définition des termes de base et des étapes qui mènent à la maturité

Organisation des matières...

7. Soucis relatifs aux problèmes de santé
   a. Image de soi par rapport à la norme
   b. Appréhension au sujet du moindre symptôme
   c. Obésité passagère
   d. Symptôme psychosomatique
   e. Maladie et mort
      . Personnelle
      . Parents
      . Autres
   f. Dépression - incapacité de résoudre les problèmes
   g. Ambivalence au sujet des parents
      . Besoin d'être protégé et aimé
      . Isolement, sentiment d'abandon
      . Fluctuations constantes
   h. Maladies vénériennes
      . Causes
      . Traitement
   i. Masturbation
      . Incidence
      . Normalité
   j. Epoque par excellence pour enseigner des concepts de santé et les pratiques d'hygiène
8. Soucis au sujet de la carrière et du mariage
   a. Capacité de faire subsister une famille
   b. Carrière - intérêt et rémunération
   c. Responsabilités du mariage
   d. Responsabilités de la grossesse et de l'éducation des enfants

Section II: Les attitudes traditionnelles et modernes, relatives à l'adolescence dans la communauté

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les attitudes traditionnelles ou les rites se rapportant à l'adolescence et à la préparation au mariage.
2. Identifier les attitudes actuelles de la communauté.
3. Nommer les ressources de la communauté par rapport à l'adolescence.

Organisation des matières

A. Croyances traditionnelles

1. Rôle de l'adolescent dans une société particulière
2. Rites de la puberté
3. Responsabilités: prématrimoniales et matrimoniales
4. Tabous
5. Critères influençant le choix d'un conjoint

B. Attitudes actuelles

1. Sources des renseignements
   a. Professeurs
   b. Chefs religieux
   c. Chefs de la communauté
   d. Parents
   e. Adolescents
2. Dépendance
3. Orientation au sujet
   a. Des études
   b. De la profession
   c. Du travail de la femme
4. Activité sexuelle
   a. Prématrimoniale
   b. Grossesse avant le mariage
   c. Maladies vénériennes
   d. Planification familiale
   e. Déviations sexuelles
   f. Infécondité

Section II: Les attitudes traditionnelles et modernes, relatives à l'adolescence dans la communauté

Organisation des matières...

5. Age du mariage
   a. Prix de la mariée et dot de la mariée
   b. Responsabilités envers la famille
6. Les tabous actuels

C. Les ressources de la communauté par rapport aux adolescents

1. Ecoles
2. Groupe religieux
3. Hôpitaux, centres de santé
4. Familles - clan, tribu
5. Possibilités de travail
6. Transport
7. Communications

Section III: Principaux besoins des adolescents

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les besoins alimentaires des adolescents.
2. Identifier les divers besoins d'éducation.
3. Décrire en grandes lignes les besoins de santé.
4. Décrire les besoins d'affection et de compréhension satisfaits par les parents, des adultes, et des pairs.

Organisation des matières

A. Besoins nutritifs

1. En rapport avec les poussées de croissance
2. En rapport avec l'activité - sports, travaux manuels
3. Régularité des repas: quantitative et qualitative
4. Protéines, lipides et hydrates de carbone
5. Vitamines et minéraux
6. Besoins augmentés chez l'adolescente gravide

B. Besoins d'éducation

1. Instruction - l'adulte doit savoir lire et écrire
   a. Possibilité de travail
   b. Compréhension de la structure et du fonctionnement des communautés modernes
   c. Permet l'indépendance
2. Niveau de formation
   a. Niveau élevé - niveau de vie élevé
   b. Valeur du savoir et de l'instruction
   c. Satisfaction et encouragement
3. Education générale
   a. Orientation à la responsabilité civique
   b. Valeurs personnelles et communautaires
4. Bonnes écoles
5. Bonne formation des professeurs
6. Orientation et formation professionnelle

Section III: Principaux besoins des adolescents
Organisation des matières...

7. Enseignement universitaire pour la formation des chefs et des spécialistes
8. Education sexuelle
9. Enseignement de la vie en famille
   a. Préparation pour le mariage
   b. Aspects financiers du mariage
   c. Reproduction humaine
   d. Responsabilités des parents
   e. Espacement des enfants et planification familiale
10. Instructions au sujet de la santé (voir "C. Besoins de santé" plus loin)
11. Programmes de la communauté
   a. Agriculture
   b. Elevage
   c. Hygiène de l'environnement
   d. Développement de l'artisanat

C. Besoins de santé

1. Connaissance des mesures préventives
   a. Vaccination
   b. Eau potable
   c. Disposition des déchets
   d. Maladies contagieuses y compris la syphilis et la blennorragie
2. Besoins fondamentaux de la santé
   a. Nutrition - quantité et qualité
   b. Repos
   c. Propreté
   d. Habitation
   e. Sécurité et affection
   f. Protection
3. Services de santé
   a. Suffisance
   b. Adaptés aux besoins des adolescents
4. Services spéciaux
   a. Loisirs
   b. Besoins psycho - sociaux
   c. Programme de santé maternelle pour adolescentes
   d. Planification familiale

Section III: Principaux besoins des adolescents
Organisation des matières...

D. Besoin d'être compris et accepté

1. Par les parents, adultes et pairs
2. Intérêt personnel
   a. Peut compter sur quelqu'un
   b. Tentatives préalables d'établir un rapport personnel avec autrui
3. Service de conseils
   a. Pour adolescents seulement
   b. Pour parents ou autres personnes responsables
4. Ressources qui rendent manifestes les accomplissements personnels: sports, artisanat, etc.

Section IV: Intervention de l'infirmière

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les facteurs fondamentaux de la compréhension des besoins des adolescents.
2. Expliquer l'importance des moyens utilisés pour conseiller les adolescents.
3. Enumérer les besoins particuliers de conseils des l'adolescentes enceintes.
4. Interview, rédaction d'un compte rendu, et présentation d'une expérience de consultation avec un adolescent.

Organisation des matières

A. Révision des parties suivantes du Module G: Section I.D, Section I.E, et Section III

B. Les techniques des consultations à donner à l'adolescent - le but étant de l'aider à résoudre ses propres problèmes

1. Approche amicale
   a. Choix du moment
   b. Réunions privées
2. Expliquer la raison des questions posées
3. Caractère confidentiel des consultations
   a. Décider de ce qui est, et ce qui n'est pas confidentiel
   b. Raisons
4. Etablir si l'adolescent est prêt
   a. A donner des informations
   b. A recevoir des conseils
5. Se montrer prêt à comprendre et à soutenir l'adolescent
6. Reconnaître ses propres limites
7. Permettre l'expression de la révolte, de l'hostilité, et de l'ambivalence des sentiments
8. Séance individuelle ou en groupe
9. L'effort doit être dirigé de manière à aider l'adolescent à résoudre ses problèmes

Section IV: Intervention de l'infirmière
Organisation des matières...

C. Intervention dirigée vers les principaux problèmes de l'adolescence

1. Problème d'enseignement
   a. Réussite (possibilité d'incapacité intellectuelle)
   b. Conduite
   c. Attitude
2. La famille
   a. Tensions dues à la famille
   b. Responsabilités
   c. Soutien émotionnel
   d. Liberté, trop ou pas assez de liberté
   e. Soutien des parents
   f. Importance de la communication personnelle
3. Les pairs
   a. Besoin d'être accepté
   b. Participation aux activités d'un groupe
   c. Rapports filles/garçons
   d. Tabac, alcool, drogues
4. Possibilité de travail
   a. Formation nécessaire
   b. Caractère approprié à chaque individu
   c. Praticabilité
5. Coutumes relatives au mariage
   a. Rites prématrimoniaux et les pratiques sexuelles
   b. Conjoint choisi par les parents
   c. Prix de la mariée
   d. Monogamie - polygamie
6. Conflit - dépendance vs indépendance
   a. Besoins
   b. Réalité

D. Conseils aux adolescentes enceintes

1. Impartialité du consultant
2. Déterminer l'état civil
   a. Mariée - attitude de la famille
   b. Célibataire: attitudes culturelles et usages relatifs à la grossesse et à l'enfant

Section IV: Intervention de l'infirmière
Organisation des matières...

3. Enseignement de la nutrition
   a. Importance d'une alimentation équilibrée
   b. Par rapport aux besoins changeants de la grossesse
   c. Par rapport au bien-être physique
   d. Par rapport à la croissance du bébé
4. Soins médicaux - déterminer le genre de soins ou les risques
   a. Ressources - médecin, sage-femme, infirmière
   b. Où l'accouchement aura-t-il lieu?
   c. Préparatifs pour le travail et l'accouchement
   d. Facteurs de risque
   e. Dépistage précoce des anomalies
   f. Critères de renvoi aux centres spécialisés
   g. Soutien financier et coûts
5. Instruction prénatale
   a. Transformations physiques et leurs implications
   b. Malaises courants de la grossesse
   c. Importance de la surveillance par un médecin ou une sage-femme
   d. Hygiène personnelle
   e. Rapports sexuels durant la grossesse
   f. Travail
   g. Accouchement
   h. Puerpérium
   i. Surveillance après l'accouchement et la planification familiale
6. Préparatifs pour l'enfant
   a. Allaitement au sein
   b. Discussion des besoins et des aptitudes du bébé
   c. Dépendance totale
   d. Habillement - selon la culture et le climat
   e. Discussion des tabous de la localité, des coutumes relatives aux nouveau-nés
   f. Nouveauté de la responsabilité chez la mère adolescente
7. Grossesse non-désirée (selon les cas)
   a. Interruption des études
   b. Changement du mode de vie
   c. Alternatives (peu nombreuses) à la grossesse menée à terme
   d. Assumer ses responsabilités
   e. Introduction des méthodes de contraception

Section IV: Intervention de l'infirmière
Organisation des matières...

E. Renvois à d'autres services de santé

1. Autre personnel sanitaire
2. Assistance sociale ou services sociaux
3. Education
4. Loisirs

F. Rapport écrit

1. Importance des rapport écrits pour la continuité des soins et des conseils
2. Format
   a. Historique
   b. Liste de contrôle des points d'importance
3. Observations
4. Discussions
5. Recommandation et/ou établissement d'un plan de soins infirmiers
6. Surveillance continue

G. Réunions en groupe

1. Techniques
   a. Discussion
   b. Présentation de situation où les membres jouent les rôles
   c. Sous la direction d'un adulte
   d. Sous la direction d'un adolescent
2. Choix du moment et de l'endroit
3. Nombre de membres du groupe
4. Importance des repas durant les réunions pour adolescents
5. Séance unique ou série de réunions
6. Orientation
   a. Crise
   b. Formation, instruction
   c. Les deux

Section IV: Intervention de l'infirmière
Organisation des matières...

7. Planification préalable et participation du groupe
8. Evaluation

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

290. Les Besoins nutritifs de l'adolescent
SARATU O. AKU (Nigeria)

227. L'Examen pelvien
MAGDA YOUSSEF HELMI MOURAD (Egypt)

291. Changements physiques pendant la puberté
ZEINAB MOHAMED ABD-EL-FATAH (Egypt)

65. Problèmes sanitaires pendant l'adolescence
BENEDICTA MONICA ABABIO (Ghana)

66. La Puberté: pratiques et croyances traditionnelles au Ghana
ELLEN BORTEI-DOKU (Ghana)

54. Evaluation de l'état nutritif et de la croissance des enfants au Nigeria
M. DUGGAN (Nigeria)

64. Croissance pendant l'adolescence: effets de la sous-alimentation
NABILA M. HIDAYET (Egypt)

60. Besoins caloriques et alimentation équilibrée
MOHYI ELDIN ABDEL-WAHAB (Egypt)

224. Le Rapport entre le cycle menstruel normal et la reproduction humaine
MERCY MUJOMBA (Kenya)

II. LIVRES

BURT, J. J. and LINDA A. BROWER

Education for Sexuality; Concepts and Programs for Teaching. Philadelphia: Saunders, 1970.

CLARK, ANN L. and DYANNE D. AFFONSO

Childbearing: A Nursing Prospective. Philadelphia: F. A. Davis Co., 1976.

KING, MAURICE and D. MORLEY

Nutrition for Developing Countries with Special Reference to Maize, Cassava and Millet. London: Oxford University Press, 1972.

SPOCK, BENJAMIN

Baby and Child Care. New York: Simon and Schuster, Inc., 1974.

STONE, L. JOSEPH and JOSEPH CHURCH

Childhood and Adolescence: A Psychology of the Growing Person. New York: Random House, 1973.

WAECHTER, EUGENIA and FLORENCE G. BLAKE

Nursing Care of Children. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

WHELAN, ELIZABETH M. and MICHAEL C. QUADLAND

Human Reproduction and Family Planning: A Programmed Text. Palo Alto: Syntex Laboratories, 1972.

M O D U L E H :

L'ADULTE

I. ANALYSE RAISONNEE

Après de longues années de croissance et de développement, l'être humain atteint sa maturité physique et psychologique aux environs de 21 ans. Ses caractéristiques sont le résultat du processus de croissance et du développement. Cependant, dans un grand nombre de sociétés, les femmes sont courtisées, mariées et ont accouché avant l'âge adulte. L'homme est généralement plus âgé que sa partenaire de 4-5 ans.

En Afrique, les années "productives" se situent entre 21 ans et 44 ans. Ce sont les années pendant lesquelles on fonde un foyer, les enfants grandissent, et la carrière se développe. D'autre part, durant ces années, l'adulte assume la responsabilité de son propre entretien et de celui de ses proches.

Il faut que l'adulte soit actif afin d'assurer le maintien de la santé de la famille. Les citoyens conscients de leur rôle peuvent aider au maintien de la santé de la famille en aidant au développement de la communauté. La morbidité et la mortalité des personnes appartenant à ce groupe sont généralement causées par des conditions de santé prévisibles. La détection et le traitement précoces de certaines conditions, telles que les accidents, les complications de la grossesse, l'obésité, les problèmes dentaires, et les maladies vénériennes, peuvent prévenir les complications graves qui entraînent la débilité et la mort.

Les soins infirmiers et de sages-femmes de l'adulte sont essentiellement les mêmes que ceux à donner aux différents groupes d'âges. Cependant, on donne une grande importance aux soins préventifs, et à l'encouragement de la santé et de l'enseignement sanitaire. Les contacts avec l'adulte,

relatifs aux soins médicaux, se feront principalement par rapport à leur situation comme personne responsable des soins d'un enfant ou d'une personne âgée. Dans cette circonstance, l'adulte sera plus intéressé à une discussion de son propre état de santé.

II. OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module l'étudiante sera capablc de:

1. Décrire les principales responsabilités de l'adulte durant les "années productives".
2. Enumérer et discuter les attitudes culturelles et les responsabilités de l'adulte.
3. Décrire les besoins de l'adulte.
4. Discuter les problèmes de la vie de l'adulte, y compris les maladies communes.
5. Identifier les moyens par lesquels l'infirmière pourra soigner, éduquer et soutenir ces adultes.

Section I: Les années productives

Objectifs spécifiques:

1. Définir le mot maturité et les facteurs qui influent sur son développement.
2. Expliquer pourquoi en Afrique on considère que les "années productives" sont comprises entre 21 et 44 ans.
3. Discuter les types de responsabilités qu'aura normalement la personne adulte.

Organisation des matières

A. Maturité

1. Définition: le plein développement de l'individu du point de vue
   a. Physique
   b. Intellectuel
   c. Emotionnel
2. Variations de l'âge de la réussite
3. Variations dans le degré de réussite
4. Influences
   a. Santé physique et morale du corps humain adulte
   b. Possibilité d'instruction
      . Genre
      . Qualité
      . Accomplissement
   c. Soutien des parents durant l'adolescence
   d. Type de relations parents/enfants
   e. Présence d'un modèle dans la famille, la communauté
   f. Facteurs de l'environnement: climat, alimentation, privations, etc.
   g. Richesse, misère
5. Capacité d'assumer la responsabilité de ses actes
   a. Capacité de prendre des décisions selon ses propres valeurs
   b. Aider d'autres personnes
   c. Capacité d'accepter ses propres erreurs, aussi bien que ses propres réussites
6. Voir Module G, Section I

Section I: Les années productives
Organisation des matières...

B. Facteurs qui influent sur

1. L'expérience pendant l'adolescence - années de formation
2. En Afrique, l'espérance de vie est de 45 ans (voir Module I, Section I)
3. Caractéristiques
   a. Responsabilités - diverses et simultanées
   b. Intensité de vie
   c. Réussite
   d. Risques
      . Du travail
      . Obstétricaux

C. Types de responsabilités

1. Famille - trois générations ou plus
2. Enfants - grossesse et éducation
3. Parents âgés
4. Civiques
5. Travail et finances
6. Production des aliments
7. Préparation des aliments
8. Prévention des maladies et des accidents
9. Logement
10. Soins de la santé
11. Habillement
12. Education
13. Traditions et coutumes de la famille
14. Adhésion aux usages et croyances religieuses

Section II: Attitudes et pratiques culturelles

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les diverses manières de courtiser du pays.
2. Décrire les différentes cérémonies de mariage et les divers contrats de mariage.
3. Discuter les attitudes envers la femme, la grossesse, l'infécondité, et la planification familiale.
4. Discuter la dépendance des parents âgés.
5. Décrire les attitudes et les pratiques traditionnelles et modernes relatives à la maladie.

Organisation des matières

A. Façon de courtiser

1. Manières
   a. Coutumes
   b. Tabous
2. Critères relatifs à la selection de l'homme
3. Grossesse pré-matrimoniale comme preuve de fécondité
4. Attitudes envers la virginité
5. Cérémonies
6. Prix de la mariée, fortune de la mariée
   a. Objets traditionnels et leur valeur
      . Bétail par exemple
      . Equivalents modernes
   b. Contrat
7. Varie selon
   a. Pays
   b. Régions
   c. Milieu urbain - rural
   d. Tribu - clan
   e. Famille

Section II: Attitudes et pratiques culturelles
Organisation des matières...

B. Cérémonies de mariage ou contrat de mariage

1. Influences

   a. Tribu - clan
   b. Coutumes
   c. Religion
   d. Considérations de temps
   e. Famille
   f. Côté légal
   g. Urbaines - rurales
   h. Niveau économique

2. Types

   a. Cérémonies religieuses
   b. Cérémonies civiles
   c. Cérémonies tribales
   d. Pas de cérémonie - cohabitation
   e. Entente mutuelle
   f. Polygamie

3. Attitudes et usages relatifs au mariage

   a. Attitudes contradictoires envers la sexualité
   b. Infécondité
   c. Promiscuité ou prostitution
   d. Maladies vénériennes
   e. Avortement
   f. Nombre de personnes dans la famille
   g. Maladie grave ou décès d'un conjoint

C. Comparaison des attitudes traditionnelles et des attitudes actuelles

1. Envers la femme

   a. Position dans la famille
   b. Dépendance

      . Suprématie de l'homme
      . Contrôle
      . Rapports avec les autres

   c. Matriarcat ou patriarcat

      . Types de pouvoir
      . Facteurs qui déterminent le système particulier

Section II: Attitudes et pratiques culturelles
Organisation des matières...

d. Divorce
e. Education
f. Travaille extérieur (rémunéré)
g. Influences

. Tribu
. Coutumes
. Religion
. Décrets gouvernementaux

2. Envers la grossesse

a. Espérances
b. Sens de l'accomplissement
c. Voir Module D, Section I

3. Envers l'infécondité

a. Femme généralement blâmée
b. Conséquences pour la femme

. Isolement
. Abandon - divorce
. Manque de situation sociale
. Flétrissure comme punition

c. L'homme généralement pas blâmé par ignorance ou refus d'admettre la responsabilité de l'homme
d. Voir Module C, Sections IV et VI

4. Envers la planification familiale

a. Désir et possibilité d'avoir une grande famille
b. Concept d'un nombre restreint d'enfants pas accepté facilement
c. Changements ayant lieu

. Principalement dans les agglomérations urbaines
. Parmi les adultes instruits

d. Voir Module K, Section II

D. Rôle de l'adulte dans l'alimentation de l'enfant

1. La femme

a. Grossesse
b. Allaitement
c. Alimentation
d. Soins journaliers et maternels
e. Soins durant la maladie

Section II: Attitudes et pratiques culturelles
Organisation des matières...

2. L'homme
   a. Celui qui soutient la famille - aliments, logement, habillement
   b. Soins paternels - selon les coutumes
   c. Image d'autorité
   d. Conseiller responsable des prises des décisions se rapportant aux finances et à l'éducation
3. Les deux
   a. Modèles
   b. Protecteurs
   c. Enseignement des valeurs et des concepts religieux
   d. Amour et fierté
   e. Décisions au sujet de l'éducation et du choix du conjoint de leurs enfants

E. Dépendance des parents âgés

1. Espérances
   . Parents
   . Enfants
   . Petits enfants
2. Rôles (voir Module I, Section II)

F. Maladies

1. Croyances et usages traditionnels
   a. Etiologie
   b. Remèdes tribaux ou préparés à domicile
   c. Rôle du guérisseur traditionnel
2. Concepts modernes de la maladie
   a. Prévention
   b. Etiologie
   c. Traitement
   d. Soins
   e. Utilisation des services de santé
   f. Fonction de l'enseignement de la santé

Section II: Attitudes et pratiques culturelles
Organisation des matières...

3. Décès

   a. Aspect religieux
   b. Funérailles et cérémonies funéraires
   c. Croyances quant aux causes du décès

      . Mauvais oeil
      . Punition
      . Sort et charme maléfique

Section III: Besoins des adultes

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les besoins biologiques et psychologiques de l'adulte.
2. Discuter les activités qui permettent les rapports sociaux et les rapports avec les pairs.
3. Discuter le rapport entre le travail et le salaire, et la vie de la famille.
4. Décrire les besoins d'environnement nécessaires à la santé

Organisation des matières

A. Besoins biologiques et physiques

1. Alimentaires
   - a. Quantité et qualité suffisantes
   - b. Variations des besoins de l'homme et de la femme
   - c. Variations des besoins selon la profession
   - d. Besoins spécifiques de la femme pendant la grossesse et la lactation
2. Santé physique
   - a. Détection précoce des maladies
   - b. Prévention des accidents et des handicaps
   - c. Vaccinations appropriées
   - d. Disponibilité des soins médicaux et dentaires
   - e. Assurance de soins et conseils nécessaires pour qu'un accouchement réussi ait lieu
   - f. Instruction relative à la prévention des maladies dégénérescentes
   - g. Voir Module J, Section III, IV et V
3. Psychologiques
   - a. Moyen de supporter les tensions morales - le stress
   - b. Capacité de faire face à une situation
   - c. Notions de la conduite des parents
   - d. Réflexions positives suscitées par la tâche accomplie
   - e. Action d'éviter les drogues et l'alcool
   - f. Facilité d'entrée aux centres de conseil et de soutien: sanitaires, sociaux, religieux

B. Activités permettant les rapports sociaux et les rapports avec les pairs

1. Professions

Section III: Besoins des adultes
Organisation des matières...

2. Organisations communautaires favorisant le développement
   a. De la santé
   b. De l'action sociale
   c. De l'éducation
   d. De l'agriculture
   e. Des mouvements politiques
   f. Des fonctions religieuses
   g. Des discussions entre parents
3. Surveillance
4. Réunions de la famille ou du clan

C. Emploi et rémunération par rapport aux fonctions de la famille

1. Emploi
   a. Accessibilité et durée
   b. Types
   c. Convenance
   d. Satisfaction
2. Rémunération
   a. Appropriée et suffisante
   b. Monétaire ou autre
3. Soutien de la famille
   a. Responsabilité
   b. Source unique - le mari y compris
   c. Sources multiples, y compris la femme et d'autres membres de la famille
4. Effet du chômage
   a. Continu
   b. Saisonnier
   c. Besoin de planification
5. Rentrée monétaire supplémentaire
   a. Denrées
   b. Deux emplois simultanés

D. Nécessités d'environnement

1. Logement
   . Sain, adéquat, protégé

Section III: Besoins des adultes
Organisation des matières...

2. Eau
   . Potable
   . Suffisante
3. Disposition des déchets
   . Conditions sanitaires
   . Prévention de la contamination du sol
   . Protection des sources de nourriture et d'eau
4. Approvisionnement des aliments
   . Jardins potagers attachés au domicile
   . Marchés
   . Protection contre les parasites et les dégâts
5. Habillement
   . Protection
   . Symbole de prestige

Section IV: Problèmes des adultes

Objectifs spécifiques:

1. Enumérez les principales maladies et accidents affectant ce groupe.
2. Discuter les problèmes causés habituellement par les perturbations conjugales.
3. Discuter les problèmes rencontrés habituellement lorsqu'on soigne les enfants.

Organisation des matières

A. Maladies et accidents

1. Voir Module J, Section III, IV et V
2. Maladies et conditions qui prédominent dans la région
3. Etat de santé général des adultes dans la communauté

B. Problèmes causés par les perturbations conjugales

1. Rapports personnels entre les conjoints
2. Immixtion de la famille
3. Soutien financier et soutien inadéquat
4. Mariage de personnes de différentes tribus ou religions
5. Maladies chroniques
6. Infécondité
7. Désaccord entre les épouses dans les mariages polygames
8. Prostitution
9. Maladies vénériennes
10. Alcoolisme et drogues
11. Incompatibilité sexuelle
12. Conduite asociale et maladies mentales
13. Séparation ou désertion du foyer conjugal
14. Décès d'un conjoint

Section IV: Problèmes des adultes
Organisation des matières...

C. Problèmes survenant dans les soins des enfants

1. Alimentation insuffisante
2. Impossibilité d'allaiter au sein
3. Maladie aiguë ou chronique d'un enfant
4. Enfant handicapé
   a. Physique
   b. Enfant attardé mentalement
5. Enfant qui ne se développe pas, d'une façon saine
6. Inaptitude à l'étude
7. Hyperactivité ou léthargie
8. Coutumes relatives au choix du nom de l'enfant
9. Conduite non-conformiste
10. Dépendance - indépendance
11. Possibilités d'éducation
12. Disponibilité des soins médicaux
    a. Disponibilité
    b. Coût
    c. Qualité
13. Côté financier de l'éducation d'un enfant
14. Enseignement des valeurs, de l'héritage, des coutumes
15. Problèmes émotionnels
16. Décisions relatives au choix du conjoint
    a. Considérations traditionnelles ou modernes
    b. Fortune de la mariée

Section V: Soins infirmiers

Objectifs spécifiques:

1. Définir les éléments de base essentiels à l'évaluation de la santé d'un adulte.
2. Décrire les soins infirmiers et les conseils sanitaires habituellement nécessaires à la femme adulte.
3. Décrire les soins infirmiers et les conseils sanitaires habituellement nécessaires à l'homme adulte.
4. Grouper les considérations importantes dans un programme d'enseignement de la santé destiné aux adultes.
5. Dresser un plan et tenir au moins trois classes pour adultes sur la santé de la famille.
6. Décrire les fonctions de l'infirmière et de la sage-femme par rapport au service et à l'instruction des adultes.

Organisation des matières

A. Evaluation de la santé des adultes

1. Observation
2. Plaintes principales (s'il y en a)
   a. Symptômes
   b. Durée
   c. Gravité du symptômes, douleurs
   d. Remèdes déjà pris
3. Historique
   a. De l'individu
   b. De la famille
4. Technique de sélection par examen de triage, que peut convenablement effectuer l'infirmière
   a. Prise de la température
   b. Tension artérielle
   c. Evaluation de l'état nutritif
   d. Palpation de l'extérieur du corps
   e. Examen des foyers d'hémorragie (s'il y a lieu)
   f. Estimer l'état émotionnel
   g. Estimer le pouvoir d'adaptation
   h. Tests de laboratoire autorisés
   i. Autres démarches diagnostiques appropriées

Section V: Soins infirmiers
Organisation des matières...

5. Technique de dépistage que peut effectuer la sage-femme
   a. Stade de la grossesse, de l'accouchement, du puerpérium
   b. Voir Module D, Section II, V, VII, et IX
6. Décisions
   a. Soins à donner par l'infirmière ou la sage-femme
   b. Soins d'urgence
   c. Consultations nécessaires
   d. Renvoi aux centres médicaux

B. Soins infirmiers de la femme adulte

1. Prévention
   a. Dépistage
   b. Alimentation saine
   c. Immunisation, si elle est indiquée
   d. Education sanitaire
2. Traitement des maladies graves et chroniques
   a. Soins infirmiers selon le cas
   b. Hospitalier ou domiciliaire
   c. Prévention des complications
   d. Instruction d'autres personnes
   e. Soutien émotionnel
3. Soins de la femme enceinte
   a. Grossesse
   b. Travail
   c. Accouchement
   d. Période postpartum
   e. Voir Module D, Section III
4. Consultations
   a. Savoir écouter
   b. Enseigner les techniques pour la résolution des problèmes
   c. Rassurer et soutenir
   d. Attitude de bienveillance
   e. Renvoi si indiqué à des centres spécialisés
5. Surveillance continue, si nécessaire

Section V: Soins infirmiers
Organisation des matières...

C. Soins infirmiers de l'homme adulte

1. Prévention

   a. Même que pour B.2, ci-dessus
   b. Protection contre les accidents de travail

2. Soins des maladies graves ou chroniques

   a. Même que pour B.2, ci-dessus
   b. Réadaptation des accidentés ou des malades chroniques

3. Enseignement des membres de la famille

   a. Soins "infirmiers"
   b. Alimentation

4. Consultations (même que pour B.4)

5. Surveillance continue si nécessaire

D. Planification de l'enseignement d'un programme de santé

1. Procédés

   a. Evaluer les besoins et l'intérêt des participants
   b. Choix du local
   c. Choisir si possible un chef de groupe
   d. Décisions quant à l'approche et aux techniques à utiliser
   e. Organiser des séances d'orientation
   f. Organiser une série de séances
   g. Encourager la participation des membres du groupe
   h. Préparer les moyens d'évaluation

2. Sujets pouvant servir à l'enseignement ou à la discussion

   a. Santé et alimentation
   b. Santé et environnement
   c. Santé et dépistage
   d. Mesures préventives, immunisation
   e. Maladies infectieuses
   f. Soins dentaires
   g. Enfants handicapés
   h. Prévention des accidents
   i. Education des enfants
   j. Croissance et développement normaux
   k. Problèmes de conduite
   l. Concept d'être parents

Section V: Soins infirmiers
Organisation des matières...

m. Parents en tant que modèles
n. Parents en tant que modèles d'hygiène, d'alimentation, d'éducation sexuelle, de continuité et de traditions familiales
o. Problèmes de l'adolescence
p. Conseils pré-matrimoniaux et conjugaux
q. Accouchement
r. Développement du foetus
s. Soins du nouveau-né
t. Allaitement au sein
u. Planification familiale

E. Fonction de l'infirmière et de la sage-femme

1. Lieu du travail

   a. Hôpital
   b. Clinique
   c. Centre sanitaire
   d. Communauté

2. Fonctions

   a. Selon les besoins
   b. Selon la formation
   c. Selon la nécessité
   d. Selon la réglementation arrêtée

3. Concept de l'intégration des services et de l'enseignement

   a. Potentiel élevé parmi les membres de ce groupe
   b. Possibilités
   c. Sens des valeurs

4. Activités indépendantes et dépendantes

   a. Rapports et communications
   b. Coordination
   c. Organisation
   d. Surveillance du personnel auxiliaire

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

204. Facteurs affectant la santé du patient
AMAL F. GARAS (Egypt)

227. L'Examen pelvien
MAGDA YOUSSEF HELMI MOURAD (Egypt)

271. L'Anémie nutritive: causes, symptômes et traitement
EMILY O. DUKE (Nigeria)

283. Les Vitamines
DORIS CHARWAY (Ghana)

286. La Néphrite
ALHAJI KASIMU ALIYU (Nigeria)

288. Les Protéines dans les régimes de sevrage
CHRISTINA NARTEY (Ghana)

203. Les Coutumes et les tabous alimentaires se rapportant à la santé familiale dans une communauté
SARA W. KAVITI (Kenya)

289. Enseignement et conseils pour la nutrition
KADRIA M. MOUSTAFA (Egypt)

294. Causes, traitement et prophylaxie du paludisme
HENSON B. MANGERA (Kenya)

302. Anémie à hématies falciformes: dépistage et traitement
PETER OLASUNKANMI AJAYI (Nigeria)

304. Symptômes, traitement et prévention de l'ankylostomiase
M. R. DOLAN (Nigeria)

306. Soins infirmiers de l'hépatite à virus
LAYLA I. KAMEL (Egypt)

308. La Tuberculose pulmonaire chez les adultes
ISAAD M. DOWARA (Egypt)

311. Le Paludisme: méthodes de contrôle
ABIGAIL IYABODE AWOTESU (Nigeria)

63. Soins et contrôle de la schistosomiase urinaire
GILFORD A. ASHITEY (Ghana)

314. L'Intoxication alimentaire
B. M. ODUYOYE (Nigeria)

207. L'Onchocercose
OLAYINKA DICKSON (Ghana)

II. LIVRES

ANTHONY, E. J. and T. BENDEK
Parenthood. Boston: Little, Brown and Co., 1970.

BEACHAM, D. H. and W. D. BEACHAM
Synopsis of Gynecology. 8th edition. St. Louis: C. V. Mosley Co., 1972.

BETAND, I. L. and J. Y. PASSOS
Clinical Nursing: Pathophysiological and Psychosocial Approaches. 3rd edition. New York: MacMillan Co., 1975.

HOOLE, A. J. , R. A. GREENBERG and C. G. PICKARD (eds.)
Patient Care Guidelines for Family Nurse Practitioners. Boston: Little, Brown and Co., 1976.

HUDAK, C. M. , P. M. REDSTONE, N. L. HOKANSON and J. E. SUZAKI
Clinical Protocols - A Guide for Nurses and Physicians. New York: J. B. Lippincott Co., 1976.

LINTON, R.
The Cultural Background of Personality. New York: Prentice Hall, 1961.

SEWARD, G. and R. C. WILLIAMSON
Sex Roles in Changing Society. New York: Random House, 1970.

SMITH, D. E. and C. P. H. GERMAIN
Care of the Adult Patient. Philadelphia: J. P. Lippincott Co., 1975.

MODULE I :

LA VIEILLESSE

(à partir de 45 ans)

I. ANALYSE RAISONNEE

Au cours des dernières 25 années, l'espérance de vie, au moment de la naissance, s'est énormément prolongée. Ce changement fut d'abord très marqué dans les pays industrialisés où la science médicale mit la vaccination et d'autres soins préventifs au service des gens. De nos jours les pays en voie de développement peuvent bénéficier des mêmes progrès. Plus particulièrement, ces accomplissements de la médecine préventive ont permis de meilleures chances de survie parmi les enfants âgés de 1-5 ans, un meilleur état de nutrition, de meilleurs services sanitaires (surtout en ce qui concerne l'obstétrique et la pédiatrie), et une éducation sanitaire plus répandue.

En général, dans les pays d'Afrique, les vieillards sont respectés pour leur sagesse et leur longévité.

L'espérance de vie moyenne en Afrique, en 1976, était de 45 ans et variait de 33 à 66 ans selon le pays. Ceci ne veut pas dire qu'on ne trouve pas des gens qui vivent au-delà de ces âges; mais en fait, il y en a très peu. Il est très probable que l'espérance de vie à l'âge de 5 ans ou même de 20 ans indiquerait d'une façon plus concrète le potentiel de vie chez ceux qui échappent aux dangers de l'accouchement et de l'enfance en général. Il n'est pas facile d'obtenir des statistiques; mais dans certaines régions d'Afrique, les statistiques qu'on peut obtenir fourniront des données qui concourent à des fins pratiques.

Le nombre de personnes âgées de 45 ans ou au-dessus, et qui ont recours au services de santé, ira en augmentant. Cette situation influencera ultérieurement les services de santé destinés à d'autres groupes d'âge et nécessitera un personnel médical et infirmier plus nombreux.

PREVIOUS PAGE BLANK

Les médecins et les infirmières ont une excellente formation qui permet le développement des connaissances et des soins à donner aux personnes âgées. Il est très douteux qu'au cours des deux décennies à venir il y ait une population nombreuse de personnes très âgées. Les personnes âgées de 45-55 ans constitueront sans doute la majorité de la population âgée;aussi le personnel médical et sanitaire devra-t-il souligner l'importance de l'éducation sanitaire et des soins préventifs, et les infirmières devraient se rendre compte du rôle capital qu'elles ont à jouer dans l'avancement de la santé des personnes âgées.

II. OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module l'étudiante sera capable de:

1. Donner l'espérance de vie moyenne en Afrique, et celle de son propre pays.
2. Donner les causes de changements durant les dernières 25 années.
3. Décrire les attitudes traditionnelles envers les personnes âgées dans la plupart des pays africains.
4. Décrire le vieillissement et les changements physiques et psychologiques qui en résultent.
5. Décrire les besoins et les problèmes des personnes âgées - y compris les maladies communes.
6. Définir les fonctions des infirmières par rapport aux soins préventifs, thérapeutiques, et les soins de longue durée à donner aux personnes âgées.

Section I: Espérance de vie

Objectifs spécifiques:

1. Donner l'espérance de vie moyenne à la naissance pour la population africaine.
2. Comparer les données de son pays à celles de l'Afrique entière et des pays avoisinants.
3. Décrire certaines causes de la prolongation de l'espérance de vie dans le monde et en Afrique.

Organisation des matières

A. Sens du concept "espérance de vie à la naissance"

1. Sa valeur
2. Importance en tant que mesure

B. Présentation des données obtenues

1. Monde
2. Afrique
3. Pays d'origine
4. Pays avoisinant

C. Causes de la prolongation de l'espérance de vie pendant les 25 dernières années

1. Science médicale
   a. Mesures préventives
   b. Immunisation
   c. Nouvelles connaissances
   d. Amélioration des techniques diagnostiques
   e. Recherches
2. Services sanitaires
   a. Nombre plus grand d'hôpitaux, de centres sanitaires, de dispensaires
   b. Programmes de soins préventifs
   c. Personnel sanitaire plus nombreux
   d. Meilleure formation du personnel sanitaire
   e. Amélioration manifeste des services sanitaires maternels et infantiles

Section I: Espérance de vie
Organisation des matières...

3. Alimentation
   a. Amélioration de l'agriculture
      . Semailles
      . Engrais
   b. Connaissance des valeurs nutritives des aliments
   c. Programme d'alimentation supplémentaire
      . Personnelle
      . Familiale
      . Communautaire
   d. Distribution des aliments
4. Instruction
   a. Analphabétisme diminué (certains pays)
   b. Communications améliorées
   c. Enseignement de la santé
      . Ecoles
      . Centres sanitaires
5. Transports
   a. Routes
   b. Moyens de transport
   c. Publique - privé
   d. Ressources sanitaires plus répandues

Section II: Attitudes traditionnelles

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les attitudes traditionnelles envers les personnes âgées dans la plupart des pays africains.
2. Décrire les rôles qu'on leur attribue.
3. Décrire la possibilité de changement des attitudes et des rôles dans les sociétés actuelles.
4. Décrire les croyances locales et les usages relatifs au décès d'un membre de la famille.

Organisation des matières

A. Attitudes traditionnelles envers les personnes âgées

1. Respect à cause de
   a. Longévité
   b. Expérience
   c. Sagesse
2. Autorité
   a. Situation méritée dans la famille, dans la communauté
   b. Rapport entre longévité et sagesse
3. Tendresse et fierté
   a. Réussite d'un membre de la famille
   b. Tendresse et chaleur des relations familiales
4. Tolérance
   a. Acceptation de ses propres limites
   b. Aide et assistance méritées

B. Rôles attribuées aux personnes âgées

1. L'homme
   a. Personne qui est responsable des décisions à prendre
   b. Juge du village et représentant politique de la tribu
   c. Gardien des usages des tabous, du folklore de la famille
   d. Chef religieux et cérémoniel
   e. Conseiller des jeunes
   f. Travail diminué

Section II: Attitudes traditionnelles
Organisation des matières...

2. La femme
   a. Enseigne aux jeunes leurs responsabilités familiales et conjugales
   b. Rôle de la "mère sage" par rapport à la famille, la grossesse, l'accouchement et l'éducation des enfants
   c. Participation, surveillance, et direction des travaux ménagers
   d. Protectrice des jeunes enfants
      . Tendresse
      . Approbation
      . Discipline
   e. Travail réduit

C. Changements possibles

1. Augmentation du nombre des personnes âgées
2. Situation de dépendance inverse
3. Tendances vers l'urbanisation
   a. Mode de vie plus rapide
   b. Augmentation du nombre des éléments familiaux principaux
   c. Coût de la vie
4. Mariage tardif et début de la vie familiale retardés par suite des études plus longues
5. Rôle des personnes âgées n'est plus très clair
6. Dans tous les points précédents, la personne âgée devient un fardeau

D. Concepts de la mort

1. Influences
   a. Traditions
   b. Religion
   c. Confusion des croyances traditionnelles et nouvelles
   d. Fatalisme
2. Sens de la mort
   a. Croyance en une vie au-delà de la mort
   b. Survie de l'âme chez les descendants
   c. Transmission de l'autorité
   d. Aspects pratiques du partage des terres familiales

Section II: Attitudes traditionnelles
Organisation des matières...

3. Usages de la famille
   a. Cérémonies
   b. Rôle des membres de la famille
   c. Crémation - enterrement
4. Rôle du deuil et d'autres cérémonies
   a. Soumission
   b. Soulagement
   c. Réalité acceptée
   d. Pleurer ses morts
   e. Rendre hommage au défunt et à la famille

Section III: Changements physiques et psychologiques de la vieillesse

Objectifs spécifiques:

1. Décrire le vieillissement et les facteurs qui l'influencent.
2. Décrire les modifications physiques normales des personnes âgées.
3. Décrire les changements psychologiques.

Organisation des matières

A. Le processus et sa continuité

1. Le processus n'a pas de début démarqué, il est graduel
2. Différences individuelles
3. Différences entre l'homme et la femme
4. Maturité
5. La rapidité du changement ou de la dégénérescence n'est pas constante chez le même individu
6. Théories de la vieillesse
7. Influences
   a. Santé générale
   b. Etat nutritif
   c. Maladies chroniques et graves
   d. Marche
   e. Capacité de se soigner (activités de la vie quotidienne)
   f. Attitudes
      . Personnelles
      . Familiales
      . De la société
   g. Encouragement
   h. Tendresse et sens d'appartenir

B. Changements physiques par système

1. Cardio-vasculaire
2. Respiratoire- nez, gorge
3. Sensoriel
   . Auditif
   . Visuel
4. Dentaire - (péridontique)

Section III: Changements physiques et psychologiques de la vieillesse
Organisation des matières...

5. Musculaire - squelettique
6. Digestif
7. Génito-urinaire
8. Reproducteur
9. Endocrinien
10. Nerveux
11. Cutané

C. Changements psychologiques

1. Sentiments relatifs aux changements
   a. De l'environnement
   b. De la société
2. Détachement graduel
   a. Retrait
   b. Capacités mentales et physiques diminuées
3. Diminution de la confiance en soi
   a. Sentiment de ne plus être utile
   b. Perte de mémoire
   c. Image du corps
   d. Sexualité
4. Désir de sauvegarder sa dignité et son amour-propre
5. Relations avec la famille et la société
   a. On peut être plus éxigeant
   b. On peut être plus tolérant

Section IV: Besoins et problèmes

Objectifs spécifiques:

1. Etablir le rapport entre l'état de santé de la personne âgée et ses besoins sociaux.
2. Décrire des maladies causées par la dégénérescence chez les personnes âgées, et leurs complications.
3. Décrire les néoplasmes et leurs complications.
4. Décrire les accidents courants de la vieillesse.
5. Décrire les changements physiques et psychologiques par rapport à la ménopause.
6. Décrire les principaux désordres psychologiques des personnes âgées.

Organisation des matières

A. Besoins des personnes âgées

1. Nutritifs
   - a. Régime équilibré
   - b. Réduction de l'ingestion des calories
2. Surveillance médicale/infirmière
   - a. Dépistage précoce des anomalies
   - b. Prévention des conditions handicapantes
   - c. Pour les maladies graves: soins thérapeutiques, de soutien ou à long terme émotionnel
   - d. Pour ceux en bonne santé: enseignement de la santé et soutien
3. Socio-économiques
   - a. Indépendance - financière et sociale
   - b. Dépendance sans tache morale
   - c. Rôle précis dans la famille, la communauté
   - d. Habitation adéquate
   - e. Moyens de recevoir des soins de santé ou des soins médicaux
     - . Moyens financiers
     - . Transports
     - . Disponibilité
4. Intellectuels-mentaux
   - a. Encouragement
   - b. Participation aux décisions
     - . Pour soi-même
     - . Famille
     - . Communauté

Section IV: Besoins et problèmes
Organisation des matières...

c. Compagnie et rapport avec autrui

. Pairs
. Enfants
. Petits enfants

d. Responsabilité

B. Maladies de la dégénérescence: symptômes, diagnostic, traitement, prognostic et complications (voir Module J, Section II, IV et V)

1. Artériosclérose
2. Ostéoarthrite
3. Hypertension
4. Maladies du coeur et de la circulation
5. Maladies des reins
6. Diabète sucré - débuts tardifs
7. Syphilis - tertiaire
8. Blennorragie
9. Affections de la prostate
10. Affections cutanées
11. Surdité
12. Cécité ou amoindrissement de la vue

C. Néoplasmes, symptômes, diagnostic, traitement, prognostic et complications

1. Leucémie
2. Hépatome primaire
3. Cancer de l'estomac
4. Cancer de la vessie
5. Cancer du colon
6. Cancer du col
7. Cancer de l'endomètre
8. Cancer du sein
9. Cancer de la peau (kystes et naevus)

Section IV: Besoins et problèmes
Organisation des matières...

D. Accidents habituels - causes, diagnostic, traitement, pronostic

1. Brûlures
2. Chutes - fractures
3. Trafic - automobiles

E. La ménopause - âge, symptômes, traitement et complications

1. Les stades de la ménopause
   a. Perte de la fécondité
   b. Irrégularité ou arrêt des menstruations
   c. Mauvaise circulation du sang
   d. Atrophie des organes
2. Diminution de l'estrogène peut causer les symptômes suivants
   a. Bouffées de chaleur
   b. Arthrite - ostéoarthrite
   c. Artériosclérose
   d. Arrêt des sécrétions vaginales
3. Aspects psychologiques
   a. Irritabilité - agitation
   b. Image du soi amoindrie
   c. Dépression
   d. Modification de la sexualité

F. Désordres mentaux: symptômes, diagnostic, traitement, prognostic et complications

1. Psychoses
   a. Fonctionnelles
   b. Organiques
2. Dépression
   a. Bénigne
   b. Grave - tendance au suicide
3. Anxiété chronique
4. Démence de la sénilité
   a. Perte de mémoire
   b. Déséquilibre mental

Section IV: Besoins et problèmes
Organisation des matières...

5. Affection du cerveau réversible
6. Alcoolisme - chronique
7. Drogues

Section V: Rôle de l'infirmière dans les soins préventifs, thérapeutiques, et à long terme à donner aux personnes âgées

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les éléments principaux et les techniques à utiliser pour la rédaction d'un historique médical et social pour une personne âgée.
2. Discuter les éléments de l'enseignement de la santé par rapport aux interventions infirmières préventives.
3. Décrire la nécessité des soins physiques, psychologiques, de réadaptation et de surveillance, par rapport à une thérapie appropriée.
4. Décrire les soins à long terme et le rôle de l'infirmière.
5. Faire une démonstration à un membre de la famille des soins simples à donner à un malade chronique.

Organisation des matières

A. Rédaction de l'historique médical et observation

1. Essentiellement les mêmes que pour les autres âges
2. Recueil des "plaintes principales"
   a. Questions directes et indirectes
   b. Observation
3. Questions détaillées au sujet des douleurs, des inconforts, des saignements, de l'anxiété et des dysfonctionnements
   a. Durée des symptômes
   b. La gravité
   c. Les réactions du malade
4. Questionner spécifiquement au sujet de
   a. L'alimentation et la préparation des mets
   b. Les capacités actuelles
   c. Les problèmes du malade
   d. L'identité du plus proche parent (personne responsable)
   e. Le logement
5. Techniques
   a. Utiliser la langue du patient ou se faire assister par un interprète
   b. Considérer les influences culturelles
   c. Approche: chaleureux sans précipitation
   d. Insister sur le fait que l'on veut aider
   e. Il se peut que l'on doive s'informer auprès de quelqu'un d'autre
   f. Etre patient si le malade est incohérent
   g. S'assurer gentiment que les informations reçues sont correctes

Section V: Rôle de l'infirmière dans les soins préventifs, thérapeutiques, et à long terme à donner aux personnes âgées

Organisation des matières...

B. Soins préventifs

1. Physiques
   a. Dépistage précoce des cas
   b. Evaluer les handicaps et les ressources du patient
   c. Réadaptation
   d. Alimentation bonne
2. Enseignement de la santé
   a. Discussion - groupe
      . Pairs
      . Famille
   b. Conseiller individuellement
   c. Matières à enseigner
      . Nutrition
      . Préparation des aliments
      . Prévention des accidents
      . Rapport immédiat des symptômes
      . Consommation de boissons alcoolisées
      . Drogues - usages et précautions
      . Importance de l'exercice physique et de l'activité mentale

C. Soins thérapeutiques

1. Besoins physiques
   a. Diagnostic précoce
   b. Renvoi aux centres disponibles
   c. Les soins infirmiers
      . Appropriés à la maladie et à l'accident
      . Nécessité d'instruire d'autres personnes
      . Médicaments
      . Procédés diagnostiques et traitement spéciaux
2. Besoins psychiques
   a. Soulagement de la douleur et du malaise
   b. Compréhension
   c. Rassurer
   d. Faire participer la famille

Section V: Rôle de l'infirmière dans les soins préventifs, thérapeutiques, et à long terme à donner aux personnes âgées

Organisation des matières...

3. Surveillance continue
   a. Quand?
   b. Où?
   c. Par qui?
   d. Pourquoi?

D. Soins à long terme

1. Endroit où les soins sont donnés
   a. La plupart du temps à domicile
   b. Parfois doit être hospitalisé pour affections aiguës
2. Personne qui se charge des soins
   a. Habituellement un membre de la famille
   b. Parfois des voisins
3. Identifier les besoins du malade
   a. Alité ou pas
   b. Aliments et fluides
   c. Soins de la peau
   d. Défécation et urination
   e. Médicaments
      . Analgésiques
      . Sédatifs
      . Médicaments pour le coeur
      . Diurétiques
      . Antibiotiques
      . Drogues qui combattent l'hypertension
      . Drogues chimiothérapiques
      . Laxatifs
   f. Activités
   g. Compagnie
   h. Famille
   i. Pratiques religieuses
   j. Finances

Section V: Rôle de l'infirmière dans les soins préventifs, thérapeutiques, et à long terme à donner aux personnes âgées

Organisation des matières...

4. Interventions de l'infirmière
   a. Enseignement et démonstration des soins physiques au malade et à la famille
      . Visites à domicile
      . Séance avec un groupe
      . Centres de santé
   b. Enseignement (des autres)
      . Processus de la vieillesse
      . Besoins des personnes âgées
      . Compréhension des point forts et des limitations
      . Simples soins infirmiers
   c. Consultations recommandées dans les centres de la communauté
   d. Communication et interprétation
      . Malade
      . Famille
      . Ressources médicales
   e. Confort et assistance au moment de la mort
      . Malade
      . Famille

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

204. Facteurs affectant la santé du patient
AMAL F. GARAS (Egypt)

289. Enseignement et conseils pour la nutrition
KADIRA M. MOUSTAFA (Egypt)

319. Programmes de soins infirmiers
WINIFRED MODUPE OGUNDEYIN (Nigeria)

II. LIVRES

ANDERSON, J. E. (ed.)

Psychological Aspects of Aging. Washington, DC: American Psychological Association, 1955.

BURNSIDE, J. M.

Nursing and the Aged. New York: McGraw-Hill, 1976.

CAIRD, F. I. and T. G. JUDGE

Assessment of the Elderly Patient. (Thirs impression). London: Pitman Medical Publishing Co., 1977. (Also: Sir Isaac Pitman and Sons, Nairobi, Kenya)

HIRSCHBERG, G. E. , L. LEWIS and P. VAUGHAN

Rehabilitation: A Manual for the Care of the Disabled and Elderly. 2nd edition. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

HOOLE, A. J., R. A. GREENBERG and C. G. PICKARD (eds.)

Patient Care Guidelines for Family Nurse Practitioners. Boston: Little, Brown and Co., 1976.

HUDAK, C. M., P. M. REDSTONE, N. J. HOKANSON and I. E. SUZAKI

Clinical Protocols - A Guide for Nurses and Physicians. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

PFEIFFER, E. (ed.)

Successful Aging. Durham, N. C.: The Center for the Study of Aging and Human Development, 1974.

SCHWARTZ, D., B. HENLEY, L. ZEITZ

The Elderly Ambulatory Patient. New York: MacMillan Co., 1964.

SIMPSON, I. H. and J. C. McKINNEY (eds.)

Social Aspects of Aging. Durham, N. C.: Duke University Press, 1966.

M O D U L E J :

MALADIES COMMUNES ET ACCIDENTS

AYANT UNE INFLUENCE SUR LA SANTE FAMILIALE

I. ANALYSE RAISONNEE

Le développement normal d'une famille, depuis la conception jusqu'à la vieillesse, est influencé par les contraintes et la tension causées par les maladies et les accidents. Il est impossible de prévoir quand une famille sera affectée par la maladie ou l'accident. Dans ce module, ces événements sont groupés afin d'étudier leur effet sur l'unité familiale. Les répercussions sur la famille peuvent être d'ordre économique, nutritif ou social. L'effet de la maladie ou de l'accident sur l'enfance ou la maturité sera aussi considéré.

Tout d'abord, les concepts et les définitions se rapportant à la famille et à la santé familiale seront revus, ainsi que l'effet de la maladie ou de l'accident sur la famille. Le cadre conceptuel comprendra aussi l'influence de l'environnement.

Dans la deuxième partie, on traitera les maladies et les accidents spécifiques. Tout groupe ethnique africain possède un système de croyances et de pratiques qui vise l'explication de l'étiologie des maladies, et du traitement approprié. Beaucoup de conditions analysées ci-dessous sont connues aux guérisseurs traditionnels. On discutera en premier lieu les attitudes culturelles.

L'étendue des points de vue différents, dont la compréhension est nécessaire aux infirmières et aux sages-femmes, servira dans la considération des points suivants:

1. Etiologie
2. Epidémiologie - les résultantes sociales et économiques seront comprises
3. Pathogénie
4. Diagnostic
5. Traitement
6. Complications
7. Prévention

Au total, quelques trente-cinq conditions seront considérées. Chaque enseignant cependant devra se sentir libre d'ajouter ou d'omettre certaines conditions.

Ces conditions sont groupées comme suit:

1. Conditions affectant l'enfant et leurs effets sur la santé de la famille.
2. Conditions affectant les femmes et leurs effets sur la santé de la famille.
3. Conditions affectant l'homme adulte.
4. Conditions affectant les membres de la famille sans égard à l'âge ou au sexe.

Cette approche permettra aux infirmières et aux sages-femmes non seulement de considérer la maladie ou l'accident du point de vue du diagnostic et du traitement, mais de déterminer leurs effets sur la famille. D'autre part, elles pourront aussi reconnaître l'influence des facteurs familiaux sur l'origine des maladies. Ceci leur permettra de prévenir ces effets par la mise en oeuvre des conseils, des consultations recommandées, et des soins continus efficaces et appropriés.

II. OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module, l'étudiante sera capable de:

1. Définir la famille et le concept de la santé de la famille.
2. Décrire les différentes façons dont une famille est affectée par la maladie ou l'accident.
3. Décrire comment les maladies et les blessures sont entraînées par l'environnement.
4. Décrire les causes, l'épidémiologie, la pathogénie et les complications des principales conditions affectant la santé de la famille.
5. Prendre part à un plan pour le diagnostic et les soins pour des conditions données.
6. Etablir un plan de soins infirmiers, soigner et surveiller des malades ayant certaines maladies.
7. Donner des soins préventifs pour des maladies données.

Section I: Concepts et définitions

Objectifs spécifiques:

1. Définir les différentes structures et organisations familiales.
2. Formuler une approche conceptuelle ayant trait à la santé familiale.
3. Décrire l'effet de la maladie ou de l'accident sur la famille du point de vue financier.
4. Discuter l'effet de la maladie sur l'alimentation familiale.
5. Discuter l'effet de la maladie sur la famille du point de vue social.
6. Discuter l'influence de l'environnement sur la maladie et son effet sur la santé familiale.

Organisation des matières

A. Structure et organisation de la famille (révision - voir Module B)

1. Type
   - a. Nucléaire ou étendue
   - b. Monogamie ou polygamie
   - c. Mère ou père célibataire
   - d. Matriligne ou patriligne
   - e. Patrilocal ou matrilocal
2. Rôle de la famille
   - a. Soutien
     - . Matériel
     - . Psychologique
     - . Spirituel
   - b. Entraînement à la vie en société
   - c. Reproduction - continuité

B. Santé de la famille - composantes conceptuelles

1. Equilibre
   - a. Biologique
   - b. Social
   - c. Economique
2. Facteurs influants
   - a. Environnement
     - . Climat - sécheresse, inondations
     - . Biologique: eau, disposition des déchets, force des maladies
     - . Socio-économique: migration, chômage, divorce, urbanisation

Section I: Concepts et définitions
Organisation des matières...

b. Dimensions: nombre d'enfants et d'adultes
c. Niveau d'instruction des membres de la famille
d. Accessibilité et qualité des soins médicaux et des autres services de santé

C. Conséquences économiques de la maladie ou de l'accident sur la santé de la famille

1. Diminution des ressources financières de la famille

a. Coût des soins médicaux et dentaires
b. Coût de l'hospitalisation
c. Frais des drogues et des appareils
d. Coût des transports

2. Diminution des revenus

a. Maladie de celui qui soutient la famille
b. Mort de celui qui soutient la famille

D. Effet sur l'alimentation

1. Approvisionnement diminué

a. Maladie ou mort du producteur
b. Maladie ou mort de l'acheteur

2. Préparation des aliments

a. Effet de la désorganisation au sein de la famille
b. Maladie de la personne qui prépare les aliments (habituellement la mère)

E. Effet social

1. Soutien psychologique

a. Perte de courte durée affectant la famille et causée par des maladies aiguës
b. Perte de longue durée causée par les maladies chroniques et les blessures débilitantes souffertes par un membre clé de la famille

2. Sens de sécurité

a. Maladie chronique ou mort des enfants
b. Anxiété des parents, présente et future

Section I: Concepts et définitions
Organisations des matières...

c. Soucis au sujet de

. La continuité de la famille
. Parents âgés à la charge des enfants
. Prestige
. Prospérité

F. Facteurs se rapportant au milieu

1. Influences climatiques

a. Rapport de la sécheresse à la malnutrition protéino-calorique
b. Inondations et leur rapport au paludisme

G. Migration et urbanisation

1. Relation entre le système social de la communauté et de la famille

2. Conséquences de l'interruption du système familial dues aux accidents de travail et aux maladies chroniques

3. Facteurs physiques et biologiques tels que logement, approvisionnement d'eau, disposition des déchets, infestation comme vecteur, etc.

a. Effet du surpeuplement sur l'incidence de la tuberculose
b. Rapport de la disposition insuffisante des rebuts sur l'incidence de la bilharziose

Section II: Maladies et accidents de l'enfance

Objectifs spécifiques:

1. Nommer les principales infections et maladies héréditaires, et les principaux accidents de l'enfance affectant la santé de la famille.
2. Discuter l'étiologie, l'épidémiologie, la pathogenèse, et les complications de chacune.
3. Participer à l'examen clinique de cas choisis, selon leur disponibilité.
4. Décrire et appliquer les mesures préventives se rapportant à chacune de ces conditions.

Organisations des matières

A. Catalogue des maladies de l'enfance

1. Infections

   a. Diarrhée, dysenterie: par exemple, salmonellose
   b. Infections aiguës des voies respiratoires: par exemple, staphylocoque, streptocoque

      . Pharyngite
      . Otite
      . Pneumonie

   c. Rougeole
   d. Paludisme pernicieux "cérébral"
   e. Coqueluche
   f. Ankylostomiase
   g. Vers ronds - ascaridiase
   h. Fièvre typhoïde
   i. Tuberculose
   j. Lèpre
   k. Méningite et encéphalite
   l. Infection des voies urinaires
   m. Trachome et autres infections occulaires
   n. Variole
   o. Varicelle
   p. Impétigo et pyodermie
   q. Poliomélite
   r. Fièvre rhumatismale
   s. Glomérulonéphrite

Section II: Maladies et accidents de l'enfance
Organisation des matières...

2. Maladies hématologiques
   a. Anémie hémolytique
   b. Leucémie
   c. Lymphome
3. Maladies héréditaires
   a. Drépanocytose
   b. Déficience du glucose-6-phosphate déshydrogénase
4. Maladies se rapportant aux couches
   a. Paralysie par encéphalopathie
   b. Infections congénitales: par exemple, syphilis
   c. Accidents de la naissance
   d. Retard de la croissance
5. Maladies mentales
   a. Psychose de l'enfance
   b. Déséquilibre émotionnel
6. Conditions handicapantes
   a. Organes sensoriels
      . Cécité
      . Surdité
   b. Démarche et malformation physique
   c. Déficience mentale
   d. Incapacité intellectuelle
7. Anomalies congénitales
   a. Spina-bifida
   b. Anomalies cardiaques
   c. Autres
8. Conditions dues à l'alimentation insuffisante
   a. Croissance insuffisante
   b. Malnutrition protéino-calorique - Kwashiorkor
   c. Malnutrition protéino-calorique - Marasme
   d. Déshydratation
   e. Anémie ferriprive
9. Accidents
   a. Brulûres
   b. Yeux
   c. Tête
   d. Chute

Section II: Maladies et accidents de l'enfance
Organisation des matières...

e. Fractures
f. Transports
g. Indigestions

B. Croyances et usages culturels relatifs à certaines maladies et accidents

1. Croyances quant aux causes
2. Méthodes du diagnostic
3. Traitement et prévention

C. Cause de chacune des précédentes

1. Cause première quand possible
2. Facteurs contribuant, principalement de l'environnement (voir Section I.F)

D. Epidémiologie (certaines conditions)

1. Moyen de transmission
2. Développement de la condition
3. Effets de la condition sur la santé de la famille du point de vue alimentaire, économique et social

E. Pathogénie des conditions sélectionnées: c'est-à-dire, symptômes

F. Complications chez les enfants et/ou dans la famille

1. Physiques/alimentaires
2. Psychologiques ou sociales
3. Financières

G. Diagnostic des conditions sélectionnées

1. Méthodes de dépistage
2. Historique

Section II: Maladies et accidents de l'enfance
Organisation des matières...

3. Manifestations physiques
4. Résultats des analyses et des radiographies
5. Diagnostic définitif si possible

H. Mesures préventives, par exemple

1. Primaire: vaccination contre la rougeole
2. Secondaire: test tuberculine
3. Tertiaire: traitement immédiat des fractures

Section III: Maladies de la femme adulte

Objectifs spécifiques:

1. Nommer les maladies affectant la femme et leur effet sur la santé de la famille.
2. Discuter les causes, l'étiologie, la pathogénie et les complications de chacune de ces maladies.
3. Participer à l'examen d'une femme pour chacune de ces conditions.
4. Décrire et appliquer les mesures préventives pour chacune de ces conditions.

Organisation des matières

A. Catalogue des maladies affectant principalement la femme

1. Infections
   - a. Inflammation des organes du bassin
   - b. Mastite
   - c. Tuberculose du bassin (mal de Pott)
   - d. Néphrite aiguë et chronique
   - e. Maladies transmises par les rapports sexuels
   - f. Endométriose
   - g. Endométrite
2. Malignités
   - a. Seins
   - b. Dysplasie
   - c. Système de reproduction
     - . Col
     - . Utérus
     - . Ovaires
     - . Vagin
     - . Trompes de Fallope
3. Tumeurs bénignes
   - a. Fibrome de l'utérus
   - b. Tumeur kystique du sein
   - c. Polypes
4. Cardio-vasculaires
   - a. Hypertension
   - b. Thrombophlébite
5. Problèmes alimentaires
   - a. Anémie ferriprive
   - b. Obésité
   - c. Sous-alimentation

Section III: Maladies de la femme adulte
Organisation des matières...

B. Croyances et usages culturels en vigueur

1. Croyances quant aux causes
2. Méthodes traditionnelles du diagnostic
3. Traitement et mesures préventives traditionnelles

C. Etiologie des conditions énumérées en A

1. Cause première quand cela est possible
2. Facteurs concourant à la maladie, principalement dus à l'environnement (voir Section I.F)

D. Epidémiologie

1. Mode de transmission
2. Développement de la condition
3. Conséquences de la condition sur la santé de la famille du point de vue alimentaire, économique et social

E. Complications se rapportant à la femme (et/ou à la famille)

F. Complications se rapportant à l'enfant (et/ou à la famille)

1. Alimentaires et physiques
2. Psychologique ou sociale
3. Financières

G. Diagnostic ou évaluation des conditions sélectionnées

1. Méthode de dépister les cas de maladie
2. Historique
3. Signes physiques
4. Résultats des analyses et des radiographies
5. Diagnostic définitif (si possible)

Section III: Maladies de la femme adulte
Organisation des matières...

H. Mesures préventives

1. Primaires: par exemple, enseignement se rapportant à l'alimentation en cas d'anémie ferriprive
2. Secondaires: par exemple, dépistage et traitement immédiat des inflammations des voies urinaires
3. Tertiaires: par exemple, intervention chirurgicale dans le cas du cancer de col de l'utérus

Section IV: Maladies et accidents de l'homme adulte

Objectifs spécifiques:

1. Nommer les maladies et accidents soufferts par l'homme adulte, qui influent d'une manière directe sur la santé de la famille.
2. Discuter les causes, l'épidémiologie, la pathogénie et les complications des cas sélectionnés.
3. Participer au diagnostic et à l'examen des cas choisis.
4. Décrire et appliquer les mesures préventives ayant trait à ces conditions.

Organisation des matières

A. Catalogue des maladies et des accidents affectant principalement l'homme adulte

1. Infections
   - a. Amibiase
   - b. Onchocercose
   - c. Maladies transmises par les rapports sexuels
2. Maladies cardio-vasculaires
   - a. Hypertension
   - b. Accident cérébro-vasculaire
3. Cancer
   - a. Du foie
   - b. De la prostate
4. Conditions se rapportant à la conduite
   - a. Alcoolisme
   - b. Drogues
5. Accidents
   - a. Yeux
   - b. Tête
   - c. De transport: chauffeur, conducteur de camion
   - d. Morsures de serpent
   - e. Autres accidents de travail
     - . Agriculture: insecticides, herbicides
     - . Mines: blessures par suite d'éboulement
     - . Travail d'usine: toxicité, écrasements
     - . Construction des routes: prostration due à la chaleur, écrasements
     - . Autres types de construction: chutes, écrasements

Section IV: Maladies et accidents de l'homme adulte
Organisation des matières...

B. Croyances et usages se rapportant à des conditions choisies

1. Croyances quant aux causes
2. Méthodes de diagnostic
3. Traitement et prévention

C. Etiologie de chacune des conditions citées

1. Causes premières si possible
2. Facteurs dus principalement à l'environnement (voir Section I.F)

D. Epidémiologie

1. Mode de transmission
2. Développement des conditions
3. Conséquences de la condition pour la santé familiale du point de vue alimentaire, économique et social

E. Complications se rapportant à l'homme

1. Perte de la source de revenu
2. Perte du prestige associé au rôle de soutien de la famille
3. Douleurs et incapacité
4. Dépendance
5. Découragement et dépression

F. Complications se rapportant à l'enfant et/ou à la famille

1. Alimentaires et physiques
2. Psychologiques et sociales
3. Financières

G. Diagnostic ou évaluation des conditions sélectionnées

1. Méthode de dépistage

Section IV: Maladies et accidents de l'homme adulte
Organisation des matières...

2. Historique
3. Signes physiques
4. Résultats des analyses et des radiographies
5. Etablissement d'un diagnostic définitif (si possible)

H. Mesures préventives

1. Primaires: par exemple, mesures de sécurité se rapportant aux accidents de travail
2. Secondaires: par exemple, dépistage des cas d'hypertension
3. Tertiaires: par exemple, traitement immédiat des blessures de la tête

Section V: Maladies et accidents affectant tous les groupes d'âges

Objectifs spécifiques:

1. Nommer les maladies et les accidents qui, en affectant un membre de la famille de n'importe quel groupe d'âge, ont un effet sur la santé de la famille toute entière.
2. Discuter l'étiologie, l'épidémiologie, la pathogénie et les complications de certaines conditions choisies.
3. Participer dans le diagnostic ou l'examen de certaines conditions choisies.
4. Décrire et appliquer les mesures préventives contre certaines conditions.

Organisation des matières

A. Catalogue des maladies survenant aux membres de la famille à tout âge

1. Infections
   - a. Paludisme
   - b. Bilharziose
   - c. Trypanosomiase
   - d. Tuberculose
   - e. Filariose due à Filaria bancrofti
   - f. Schistosomiase
   - g. Fièvre typhoïde
   - h. Hépatite infectieuse
   - i. Syphilis
   - j. Blennorragie
   - k. Choléra
   - l. Lèpre
   - m. Fièvre récurrente
   - n. Trachome
   - o. Autres
2. Maladies héréditaires
   - a. Diabète sucré
   - b. Trisomie
3. Maladies cardio-vasculaires et rénales
   - a. Affections chroniques des reins
   - b. Hypertension
4. Conditions dues à l'alimentation insuffisante
   - a. Pellagre
   - b. Anémie
   - c. Affections cutanées

Section V: Maladies et accidents affectant tous les groupes d'âges
Organisation des matières...

5. Accidents
   a. Brûlures
   b. Fractures
6. Maladies mentales
   a. Psychose
   b. Dysfonctionnement
7. Infirmités
   a. Cécité
   b. Surdité
   c. Dysfonctionnement des extrémités
8. Malignités
   a. Néoplasmes
   b. Leucémie

B. Croyances et pratiques culturelles prédominantes par rapport à certaines maladies et accidents

1. Croyances quant à l'étiologie
2. Méthodes de diagnostic
3. Traitement et prévention

C. Causes de chacune des conditions mentionnées plus haut

1. Cause première si possible
2. Facteurs responsables, surtout l'environnement (voir Section I.F)

D. Epidémiologie

1. Mode de transmission
2. Développement de la condition

E. Complications relatives à l'individu

Section V: Maladies et accidents affectant tous les groupes d'âges
Organisation des matières...

F. Complications relatives à l'enfant ou à la famille

1. Alimentaires
2. Psychologiques
3. Financières

G. Diagnostic ou évaluation de certaines conditions

1. Méthodes de dépistage
2. Historique
3. Signes physiques
4. Résultats des analyses et des radiographies
5. Composantes du diagnostic définitif si possible

H. Mesures préventives

1. Primaires: par exemple, immunisation BCG contre la tuberculose
2. Secondaires: par exemple, analyse du sang pour détecter la présence de syphilis
3. Tertiaires: par exemple, traitement du premier stade de la trypanosomiase

Section VI: Soins infirmiers

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les éléments de base d'un examen simple d'un malade.
2. Réviser les principes des soins infirmiers relatifs aux malades aiguës et chroniques et aux accidents.
3. Discuter la nécessité de soutien émotionnel et des consultations.
4. Discuter les composantes pédagogiques des soins infirmiers, y compris la nécessité des soins continus.
5. Etablir un plan de soins infirmiers et soigner une personne atteinte d'une maladie aiguë ou chronique.
6. Etablir un plan d'enseignement et tenir une classe pour un groupe de mères sur les soins infirmiers à donner à domicile.

Organisation des matières

A. Evaluer les besoins de santé des individus (voir Module H, Section V.A.1-6)

1. Les principes exposés ci-dessus s'appliquent également aux enfants
2. Parents ou mères sont les principales sources d'informations

B. Soins infirmiers

1. Dépistage rapide des cas de maladie
2. Soins correspondant aux besoins du malade
   a. Hospitaliers
   b. Cliniques ou autres
   c. Domiciliaires
3. Enseignement des principes de la nutrition
4. Mesures de confort
5. Prévention des complications
   a. Par l'observation
   b. Par l'instruction
   c. Par des soins infirmiers adéquats
6. Enseignement sanitaire pour autrui
7. Historique
8. Communication avec les autorités médicales et infirmières
   a. Pour direction
   b. Pour échange d'informations importantes
   c. Pour consultation
   d. Pour vérification

Section VI: Soins infirmiers
Organisation des matières...

C. Besoins de soutien et de conseils émotionnels

1. Anxiété causée par la maladie ou l'accident
2. Force morale de l'individu ou de la famille en temps de crise
   a. Organisation
   b. Ressources
   c. Nécessité des activités constructrices
3. Inquiétudes du patient
   a. Pronostic
   b. Douleur ou infirmité
   c. Perte de revenu
   d. Conséquences pourla famille

D. Composantes éducatives

1. Enseignement comme partie intégrale des soins infirmiers
   a. Possibilités
   b. Importance
2. Endroit aménagé pour
   a. Contact individuel
   b. Contact avec la famille
   c. Contact d'un groupe
   d. Classes, réunions, cliniques, etc.
3. Etablir le plan selon
   a. Ce qu'il faut enseigner (matières)
   b. Niveau de compréhension
   c. Buts et objectifs
   d. Aides à l'enseignement
      . Films
      . Diapositives
      . Brochés
      . Affiches
      . Démonstrations
4. Organisation des matières à enseigner - maladies et accidents
   a. Causes
   b. Mesures préventives
      . Dépistage immédiat des cas
      . Immunisation

Section VI: Soins infirmiers
Organisation des matières...

. Elimination des risques
. Alimentation suffisante
. Eau potable
. Hygiène de l'environnement

c. Soins du malade ou du blessé

. Médicaments
. Alimentation
. Soins infirmiers du malade alité
. Soins des malades non-alités
. Encouragement
. Réadaptation

d. Nécessité de soins continus

. Propres à la maladie ou à l'accident
. Importance et bénéfices
. Ressources et consultations recommandées
. A long terme ou de courte durée

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

294. Causes, traitement et prophylaxie du paludisme
BENSON B. MANGERA (Kenya)

295. La Gastro-entérite
FLORENCE GITHIORI (Kenya)

296. Immunisations
KATHLEEN CHINTU (Zambia)

42. Traitement de la diarrhée infantile
HARVEY HAMRICK (USA)

297. Soins d'un enfant atteint de rougeole (*Rubeola*)
JOYCE MPINDA KIRUKI (Kenya)

298. La Coqueluche: étiologie, traitement, soins infirmiers et prévention
SARAH ADDISON (Ghana)

299. Prophylaxie de l'ascaridiase
MAVIS AKUTTER (Ghana)

300. La Méningite bactérienne
ALHAJI MOHAMMADU ADAMU (Nigeria)

301. La Bronchopneumonie chez les enfants: étiologie, traitement et prévention
JULIUS B. ADENIYI (Nigeria)

302. Anémie à hématies falciformes: dépistage et traitement
PETER OLASUNKANMI AJAYI (Nigeria)

303. Causes et prévention des brûlures dues au feu chez les enfants
JORJOH CHAM-KINTEH (Gambia)

304. Symptômes, traitement et prévention de l'ankylostomiase
M. R. DOLAN (Nigeria)

271. L'Anémie nutritive: causes, symptômes et traitement
EMILY O. DUKE (Nigeria)

305. La Déshydratation: diagnostic et traitement
D. Y. KUTEYI (Nigeria)

204. Facteurs affectant la santé du patient
AMAL F. GARAS (Egypt)

306. Soins infirmiers de l'hépatite à virus
LAYLA I. KAMEL (Egypt)

307. Accidents dans la maison
SUZAN ATTEYA ABED EL-SAYED (Egypt)

308. La Tuberculose pulmonaire chez les adultes
ISAAD M. DOWARA (Egypt)

47. Vaccination BCG
OLIKOYE RANSOME-KUTI (Nigeria)

309. Les Immunisations
LYNN H. GILBERT (Nigeria)

310. Le Paludisme: diagnostic et traitement
F. O. AFONJA (Nigeria)

311. Le Paludisme: méthodes de contrôle
ABIGAIL IYABODE AWOTESU (Nigeria)

227. L'Examen pelvien
MAGDA YOUSSEF HELMI MOURAD (Egypt)

312. La Tuberculose infantile
R. AMONOO-LARTSON (Ghana)

313. L'Analyse des hémoglobines
O. A. AJAYI (Nigeria)

286. La Néphrite
ALHAJI KASIMU ALIYU (Nigeria)

314. L'Intoxication alimentaire
B. M. ODUYOYE (Nigeria)

287. Symptômes communs des maladies de l'enfance
CECILIA O. ADEDOYIN (Nigeria)

207. L'Onchocercose
OLAYINKA DICKSON (Ghana)

279. Introduction au kwashiorkor: nature, causes et manifestations
ALICE N. AKITA (Ghana)

280. Kwashiorkor et kwashiorkor latent: identification et traitement
SOPHIA WALTER-HOLTZ (Ghana)

203. Les Coutumes et les tabous alimentaires se rapportant à la santé familiale dans une communauté
SARA W. KAVITI (Kenya)

217. Les Besoins nutritifs maternels
ELIZABETH MUTURI (Kenya)

281. Le Rapport entre la nutrition, la croissance et le développement
PAULINE MUHUHU (Kenya)

211. Rapport entre l'espacement des naissances et la santé mentale de la famille
D. B. WANGA (Kenya)

68. La Pellagre
SAMIR KAMAL ELDIB (Egypt)

59. Sous-alimentation en énergie et en protéines
EBD EL-HAMID GUINENA (Egypt)

64. Croissance pendant l'adolescence: effets de la sous-alimentation
NABILA M. HIDAYET (Egypt)

60. Besoins caloriques et alimentation équilibrée
MOHYI ELDIN RAMADAM (Egypt)

205. Morbidité et mortalité infantiles--collecte et enregistrement des données, causes et prévention
DOROTHY MULONGA NASHA (Cameroon)

265. Jaunisse néonatale dans les tropiques
OLU C. NWANA (Nigeria)

214. Les Pratiques alimentaires et la santé de l'enfant de 1 à 5 ans
A. O. OBARISIAGBON (Nigeria)

247. Le Tétanos du nouveau-né
HELEN NANYAMA KUKUBO (Kenya)

II. LIVRES

BENENSON, A. S.

Control of Communicable Diseases in Man. 12th edition. Washington: American Public Health Association, 1975.

BRENNER, L. S. and D. S. SUDDARTH

The Lippincott Manual of Nursing Practice. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1974.

FENDALL, N. R. E.

Auxiliaries in Health Care: Programs in Developing Countries. Baltimore: The Johns Hopkins Press for the Josiah Macy, Jr. Foundation, 1972.

HYMOVICH, D. P. and M. BARNARD

Family Health Care. New York: McGraw-Hill, 1973.

JELLIFFE, DERRICK B.

Child Health in the Tropics. 7th edition. London' Edward Arnold, 1975.

KILIMANJARO CHRISTIAN MEDICAL CENTRE

Child Health: Rural Health Seria #1, A Manual for Medical Assistants and Other Rural Health Workers. Kenya: African Medical and Research Foundation, 1975.

KING, MAURICE

Medical Care in Developing Countries. London: Oxford University Press, 1966.

MACLEAN, UNA

Magical Medicine: A Nigerian Case-Study. London: Penguin, 1971.

MORLEY, DAVID

Pediatric Priorities in the Developing World. London: Butterworths, 1973.

PLAYFAIR, A. A.

Modern First Aid. London: Hamlyn, 1973.

SPOCK, BENJAMIN

Baby and Child Care. New York: Simon and Schuster, Inc., 1974.

WAECHTER, EUGENIA and FLORENCE G. BLAKE

Nursing Care of Children. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

M O D U L E K :

LA PLANIFICATION FAMILIALE

I. ANALYSE RAISONNEE

Le mariage et la vie familiale sont fondés sur des coutumes sociales, religieuses et économiques. Traditionnellement, l'enfant est considéré comme "un don de Dieu." Ce point de vue est toujours de mise, car la naissance d'un enfant amène la joie, l'amour, l'enrichissement de la vie, et la sécurité. De nos jours, plus que jamais, les couples veulent assurer la survie de leurs enfants, et veulent pouvoir assumer devant Dieu leur rôle de parents responsables du bien-être de leurs enfants. D'autre part beaucoup de couples se rendent compte qu'ils peuvent décider du nombre d'enfants à naître et de l'intervalle entre chaque naissance.

La planification familiale est fondée sur les droits des individus et des couples de décider ce que sera leur famille. Les bénéfices de la planification familiale représentent le bien-être familial du point de vue de la santé, de la société, et de l'état financier.

Le désir d'avoir un enfant est presque universel. Ce souhait est lié à l'espoir que chaque enfant atteindra l'âge d'adulte en mangeant à sa faim, en étant protégé de la maladie et en étant instruit afin de pouvoir devenir un membre actif de la famille et de la communauté.

En espaçant les grossesses de deux à cinq ans la mère peut aussi se rétablir des couches et le nourrisson a plus de chance de recevoir l'alimentation et l'encouragement nécessaires à la croissance et au développement optimaux.

Le personnel médical, les infirmières et les sages-femmes ont des rapports directs avec la famille dans les services préventifs, curatifs et d'éducation. Ils s'inquiètent de l'avenir de la famille. Il est donc nécessaire qu'ils soient conscients du rapport qui existe entre la santé

PREVIOUS PAGE BLANK

familiale et l'intervalle génésique entre les enfants; il est aussi nécessaire qu'ils sachent donner des conseils et des soins appropriés.

Les méthodes de prévenir la conception sont connues depuis les temps anciens. Ces méthodes étaient utilisées tout aussi bien par les membres des tribus royales que par les simples sujets. Certaines de ces méthodes empêchaient la pénétration "des fluides de l'homme" dans la "matrice de la femme" ce qui en termes modernes désigne le fait de dresser une barrière afin que le sperme ne féconde pas l'ovule. D'autres méthodes et croyances consistaient à ingérer des potions magiques ou à célébrer des rites au moment du coït.

De nos jours certains de ces principes sont toujours employés soit dans la fabrication de certains produits contraceptifs, soit pour reconnaître la période de fécondité du cycle menstruel. La séparation traditionnelle de l'homme et de la femme, adoptée par certaines cultures pendant certaines périodes, telles que la période de lactation suivant l'accouchement, peut être considérée comme un moyen d'espacement des naissances et qui est salutaire pour chaque membre de la famille.

Les méthodes de contraception modernes peuvent être classés en trois groupes distincts:

1. Méthodes d'interruption
2. Méthodes utilisant les barrières mécaniques ou chimiques
3. Méthodes utilisant les stéroïdes hormonaux contraceptifs

D'autre part, l'avortement thérapeutique peut aussi être considéré comme une méthode d'espacement. Quant à la stérilisation, cette méthode peut être considérée lorsqu'un couple décide que la famille est complète. L'infécondité (voir Module C) chez le couple désirant des enfants est un problème fondamental appartenant au domaine de la planification familiale. Tous ces éléments sont à considérer dans l'éducation de l'infirmière et de la sage-femme, car ils feront partie des services offerts au public par les cliniques dans la communauté.

II. OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module l'étudiante sera capable de:

1. Définir la planification familiale et donner le développement historique de ce concept.
2. Décrire les bénéfices sanitaires et socio-économiques qui résultent de la planification familiale.
3. Décrire les conseils à donner par les infirmières et les sages-femmes se rapportant à la planification familiale.
4. Etablir une liste de critères pour l'évaluation de la méthode de planification familiale appropriée à un cas particulier.
5. Décrire les différentes méthodes contraceptives--interruption, barrières mécaniques ou chimiques, et stéroïdes hormonaux.
6. Décrire les soins infirmiers ou de sages-femmes à donner suivant les différents types d'avortement.
7. Décrire les méthodes de stérilisation de l'homme et de la femme, et les soins infirmiers et de sages-femmes correspondants.
8. Examiner, en cas de nécessité, un bassin non-gravide et ordonner, adapter ou insérer un produit contraceptif convenable.

Section I: Introduction à la planification familiale

Objectifs spécifiques:

1. Définir les concepts de la planification familiale et décrire leur développement historique.
2. Décrire comment les directives générales d'un gouvernement sont arrêtées; et leurs influences sur les services de santé.
3. Décrire comment les services de santé sont organisés aux différents échelons gouvernementaux.
4. Décrire le personnel nécessaire dans les services et dans l'éducation de la planification familiale.
5. Discuter le rôle des organisations privées.

Organisation des matières

A. Définitions et développement conceptuel de la planification familiale

1. La liberté du choix
   a. Nombre d'enfants
   b. Fréquence de conception (espacement)
2. Assistance pour ceux qui ont des difficultés à concevoir des enfants
   a. Infécondité
   b. Stérilité
   c. Substituts de la grossesse

B. Toile de fond historique

1. Antiquité
2. Découvertes scientifiques des 25 dernières années
   a. Connaissances
   b. Techniques
3. Chercheurs et leurs accomplissements
4. Ressources pour la recherche et la dissémination des connaissances
   a. A niveau local
   b. National
   c. International
5. Etablissement du plan à niveau local et national

Section I: Introduction à la planification familiale
Organisation des matières...

C. Philosophie et objectifs

1. Généraux
2. Différences selon le pays

D. Rôle des gouvernements dans la planification familiale

1. Direction
   a. Mise au point de cette politique
   b. Influences
      . Traditions
      . Religions
      . Ressources
      . Politique
      . Attitudes et compréhension de ceux qui établissent une ligne de conduite
2. Organisation des services
   a. Nationale
   b. Régionale
   c. Locale
3. Soutien financier

E. Rôle des institutions privées (internationales, nationales, etc.)

1. Formation
   a. Organisations de santé et de salut public
   b. Universités
   c. Ecoles professionnelles
   d. Ecoles privées
   e. Presse
2. Recherches
   a. Médicales
   b. Sociales
   c. Economiques
3. Service
   a. Etablissement de nouveaux programmes
   b. Disponibilité des contraceptifs
   c. Coordination des services
   d. Personnel

Section I: Introduction à la planification familiale
Organisation des matières...

F. Personnel utilisé dans les différents services et dans l'enseignement

1. Catégories
2. Sélection
3. Formation
4. Emploi

Section II: Avantages de la planification familiale

Objectifs spécifiques:

1. Nommer au moins cinq avantages de la planification familiale pour la santé.
2. Identifier au moins cinq avantages socio-économiques de la planification familiale.

Organisation des matières

A. Avantages sanitaires et économiques de la planification familiale

1. Pour l'individu
2. Pour la famille
3. Pour la communauté

B. Avantages par rapport à la santé

1. Baisse de la mortalité
   a. Maternelle
   b. Prénatale
   c. Infantile
2. Réduction des complications de la grossesse et de l'accouchement
   a. Prévention de la grande multiparité
   b. Prévention de la grossesse durant la maladie ou durant une crise familiale.
3. Concept de l'espacement des naissances
   a. Rétablissement de la mère
   b. Soins de l'enfant et allaitement au sein
4. Concept de l'âge de reproduction du moindre risque
5. Prévention des maladies héréditaires
6. Prévention des maladies contagieuses
   a. Morbidité
   b. Mortalité
7. Amélioration de l'alimentation
   a. Prévention du kwashiorkor, du marasme et des carences, en augmentant la durée de l'allaitement au sein
   b. Alimentation adéquate et suffisante pour la croissance et le développement
   c. Prévention du poids insuffisant à la naissance par rapport au mois de gestation

Section II: Avantages de la planification familiale
Organisation des matières...

8. Amélioration de la santé mentale et de l'adaptation familiale

C. Avantages socio-économiques

1. Moins de grossesses non-désirées; diminution du nombre d'avortements illégaux
2. Amélioration des finances de la famille
3. Amélioration du niveau d'éducation des enfants
4. Amélioration du développement intellectuel des enfants (plus d'attention individuelle)
5. Amélioration des possibilités de travail
   a. Chef de la famille
   b. Femme
6. Sauvegarde des ressources de la communauté
7. Amélioration de la nutrition et du niveau de vie
   a. Ingestion de calories et de protéines
   b. Approvisionnement et la distribution de la nourriture
   c. Qualité des aliments
   d. Superficie plus grande des unités agraires par personne

Section III: Critères d'évaluation d'une méthode de contraception choisie

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les critères d'évaluation d'une méthode de planification familiale.

Organisation des matières

A. Disponibilité

B. Modes d'action

C. Indications et contre-indications

D. Convenance au couple

E. Effets secondaires et complications

F. Efficacité

G. Coût

H. Aspects techniques

I. Directions et conseils précis nécessaires selon la méthode choisie

Section IV: Méthodes d'interruption

NOTE: Dans l'enseignement et la discussion des méthodes de la planification familiale qui suivent (Section V à IX), le plan de la Section précédente (IV) devrait être suivi, en plus des techniques spécifiques, des démonstrations, et de la mise en oeuvre d'une méthode.

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les méthodes d'interruption.
2. Evaluer ces méthodes d'interruption (utiliser les critères suggérés).
3. Conseiller les clients au sujet des méthodes d'interruption appropriées.

Organisation des matières

A. Rythme et température basale du corps

1. Révision des phases et des périodes du cycle menstruel
   a. Concept de la "période de sûreté"
   b. Variations individuelles
2. Ovulation
   a. Moyen de détection
   b. Durée par rapport à la fécondation

B. Coït interrompu

1. Définition
2. Difficultés
   a. Mécaniques
   b. Individuelles

C. Usages régionaux traditionnels

1. Croyances et tabous relatifs aux rapports sexuels et à la conception
2. Continence
3. Lactation
4. Séparation de la mère et de l'enfant du reste de la famille (habituellement pour une certaine durée de temps)
5. Polygamie

Section V: Méthodes mécaniques et chimiques

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les méthodes mécaniques et chimiques disponibles.
2. Evaluer les méthodes mécaniques et chimiques selon les critères suggérés.
3. Enseigner ou mettre en oeuvre les méthodes mécaniques ou chimiques selon le cas.

Organisation des matières

A. Condoms

1. Contraceptif masculin
2. Types
3. Protection contre les maladies vénériennes

B. Diaphragme

1. Matériaux, tailles
2. Doit être ajusté par une personne professionnelle - enseigner aux étudiants si possible
3. Insertion et durée de la mise en place
4. Retrait, nettoyage et soins

C. Mousses, gelées et suppositoires

1. Mode d'emploi
2. Durée de l'efficacité
3. Réactions allergiques

D. IUD

1. Types
2. Mise en place et retrait par une personne professionnelle - enseigner aux étudiants si possible
3. Spontanéité des rapports sexuels

Section VI: Méthodes chimiques et organiques

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les hormones stéroïdes disponibles.
2. Evaluer les hormones stéroïdes selon les critères suggérés.
3. Recommander l'usage des stéroïdes hormonaux en cas de nécessité.

Organisation des matières

A. Contraceptifs oraux (genres)

1. Mixtes
2. Séquentiels
3. A dose faible

B. Injections et capsules silastiques

1. Technique du traitement et/ou mise en place
2. Choix du moment approprié à l'utilisation

C. Considérations générales

1. Controverses soulevées par la distribution
   a. Devraient-ils être prescrits par un médecin?
   b. Devraient-ils être prescrits par les cadres para-médicaux?
   c. Devraient-ils être disponibles par vente libre?
2. Recherches de longue durée
   a. Rétrospectives
   b. Futures
   c. Résultats et implications
3. Soins continus
   a. Routine
   b. Ressources pour les soins médicaux d'urgence

Section VII: Soins infirmiers et de sages-femmes et conseils se rapportant à la planification familiale

Objectifs spécifiques:

1. Décrire la façon et le lieu de la prise de contact pour mettre en oeuvre la planification familiale.
2. Faire un travail de dépistage et dresser un rapport sur l'expérience.
3. Décrire les soins infirmiers nécessaires lors de la visite initiale à la clinique de la planification familiale.
4. Interviewer, prendre l'historique d'une patiente, et soigner une cliente pendant sa première visite à la clinique.
5. Mener une séance en groupe pour des "nouvelles clientes."
6. Nommer les quatre analyses de laboratoire habituellement faites dans une clinique de planification familiale.
7. Décrire les activités qui ont lieu pendant les visites successives.
8. Renvoyer une cliente à un autre centre sous la surveillance d'un médecin ou d'un enseignant.
9. Discuter les points de controverse auxquels font face les infirmières et sages-femmes lorsqu'elles fournissent aux clientes des soins de planification familiale.

Organisation des matières

A. Dépistage des cas

1. Local
2. Approche
   a. Individuels (différences)
   b. Groupes
3. Motivation
   a. Aider les clientes à comprendre des concepts
   b. Enumérer les avantages sanitaires, sociaux, et financiers
4. Interview
   a. Facteurs essentiels à la sélection des information nécessaires
      . Désir d'apprendre
      . Niveau d'éducation
      . Gravité de la situation
      . Problèmes sanitaires ou socio-économiques
      . Connaissances déjà acquises
      . Ressources et méthodes disponibles

Section VII: Soins infirmiers et de sages-femmes et conseils se rapportant à la planification familiale

Organisation des matières...

b. Choix du moment et caractère privé de la discussion

c. Donner à la ciente la possibilité de poser des questions

. Permet la découverte des points sensibles
. Permet un meilleur rapport infirmière/cliente

B. Responsabilités de l'infirmière ou de la sage-femme lors de la visite initiale à la clinique

1. Importance du premier contact

a. Chaleur de l'accueil
b. But précis

2. Interview clinique

a. Etablir la raison de la visite
b. Discuter les valeurs de base
c. Evaluer les connaissances

. Anatomie et physiologie du système de la reproduction
. Cycle menstruel et ovulation
. Processus de fécondation
. Méthodes de contraception

d. Historique

. Médical général
. Obstétrique et/ou gynécologique
. Enfants vivants

e. Analyser les attitudes

. Du conjoint
. D'autres membres de la famille et des pairs

f. Explication des procédés cliniques

. Laboratoire
. Examen physique y compris le bassin
. Choix des méthodes de contraception
. Surveillance continue

3. Interview en groupe: (Il est possible de traiter tous les points précédents durant l'interview en groupe)

a. Avantages

. Fait de gagner du temps pour le personnel
. Clientes reçoivent des renseignements sans avoir à révéler leur ignorance
. Groupe homogène ayant les mêmes besoins

Section VII: Soins infirmiers et de sages-femmes et conseils se rapportant à la planification familiale

Organisation des matières...

b. Désavantages

. Problèmes ou questions personnelles peuvent être ignorés
. Possibilité de négliger les clientes timides ou craintives

4. Tests de laboratoire (normaux)

a. Analyse des urines
b. Analyse du sang (hématocrite)
c. Frottis de Papanicolaou
d. Frottis pour détecter la présence de gonocoques

5. Examen physique et examen du bassin

a. Dirigé par un médecin, une sage-femme ou une infirmière de formation spéciale
b. Soutien infirmier
c. Examen physique général

. Coeur
. Poumons
. Seins
. Varices
. Autres fondés sur l'historique

d. Examen du bassin

. Découverte précoce de la grossesse
. Découverte d'écoulements, de lésions, ou d'inflammation
. Découverte de néoplasmes

e. Evaluation

6. Choix des méthodes de contraception

a. Disponibilité
b. Préférence de la cliente si possible
c. Explication du mode d'emploi
d. Approvisionnement

7. Plan de surveillance continue

a. Intervalles habituels
b. Ressources disponibles en cas d'urgence

C. Visites ultérieures

1. Périodicité

2. Très souvent visite à l'infirmière ou la sage-femme

Section VII: Soins infirmiers et de sages-femmes et conseils se rapportant à la planification familiale

Organisation des matières...

3. Problèmes (s'il y en a)
   a. Discussion
   b. Evaluation par l'examen physique
   c. Renvoyer au médecin si nécessaire
4. Maintien de la méthode ou modification
5. Visites à domicile si nécessaire (rares)
   a. Patiente ne se soumet plus à la surveillance continue
   b. Besoins d'urgence
6. Renouvellement du matériel
7. Besoin de soutien continu

D. Renvoi à des ressources extérieures
1. Selon la disponibilité de ces ressources
   a. Consultations
   b. Autres cliniques
   c. Salut public
2. Méthodes de renvoi
   a. Par le médecin
   b. Par l'infirmière ou la sage-femme
   c. Procédé de renvoi
3. Expliquer la nécessité du renvoi à la cliente
4. Communication entre les différentes ressources
   a. Téléphonique
   b. Ecrite
   c. Transfert du dossier de la cliente
5. Coût
6. Transport

E. Points sensibles
1. Décisions
   a. L'infirmière donne les renseignements, mais c'est la cliente qui décide
   b. Ne pas contraindre
   c. Problèmes de la cliente, ce qu'elle souhaite et l'attitude des autres
2. Impartialité des soins (présente un problème dans certains pays)

Section VII: Soins infirmiers et de sages-femmes et conseils se rapportant à la planification familiale

Organisation des matières...

a. Soins fournis aux mères célibataires
b. Soins à donner par suite d'avortement ou de stérilisation

3. Attitudes des infirmières ou des sages-femmes envers la planification familiale, l'infécondité, les avortements et la stérilisation

4. Conseils à donner en cas d'infécondité comme un élément de la planification familiale (voir Module C)

Section VIII: Avortement

Objectifs spécifiques:

1. Décrire les lois du pays relatives à l'avortement, et comment elles sont établies.
2. Classer les types d'avortement.
3. Identifier les facteurs socio-culturels qui influencent la pratique de l'avortement.
4. Evaluer les méthodes et les techniques selon les critères suggérés.
5. Décrire les soins à donner à une femme qui s'est fait avorter.
6. Soigner et conseiller une malade qui s'est fait avorter.

Organisation des matières

A. Lois du pays

1. Pourquoi une ligne de conduite?
2. Qui décide de la loi?
3. Comment est-ce que cette décision est prise?
4. Déclaration d'une ligne de conduite par le pays

B. Classification de l'avortement

1. Spontané
2. Illégal
3. Thérapeutique (pour raisons médicales)
4. Légal sur demande sans restrictions

C. Considérations légales et thérapeutiques

1. En cas d'urgence
2. Méthode utilisée selon la période de gestation

D. Facteurs sociaux et culturels

1. Attitude (pour et contre)
2. Point de vue religieux
3. Toile de fond historique
4. Législation, lois du pays

E. Méthodes

1. Dilatation et curetage
2. Aspiration
3. Hystérotomie
4. Hystérectomie (rare)
5. Production par solution de sel; injections intra-amniotiques
6. Prostaglandines
7. Abortifs - drogues
8. Croyances traditionnelles et interventions illégales; méthodes diverses plus ou moins efficaces - dangers et précautions

F. Complications

1. Infections
2. Perforations de l'utérus
3. Hémorragie
4. Rétention des membranes

G. Soins infirmiers de la malade qui s'est fait avorter

1. Soins physiques
   a. Contrôle de l'hémorragie
   b. Evaluation de la douleur, et soulagement
   c. Assister dans le traitement global
   d. Démarches pour assurer le soulagement
2. Enseignement
   a. Expliquer ce qui se passe
   b. Expliquer les soins à donner
   c. Après l'avortement, instruction de la malade au sujet
      . Des soins personnels
      . Des méthodes de contraception
3. Appui émotionnel
   a. Surveiller de près
   b. S'informer des attitudes et des émotions
   c. Donner des informations précises et rassurer si nécessaire

Section IX: Stérilisation

Objectifs spécifiques:

1. Décrire comment les lois du pays sont arrêtées et les facteurs qui les déterminent.
2. Identifier les diverses méthodes de stérilisation pour l'homme et pour la femme.
3. Evaluer les méthodes de stérilisation selon les critères suggérés et donner le pour et le contre pour chacune.
4. Décrire les soins infirmiers d'une malade qui a subi la stérilisation.
5. Soigner un(e) malade qui a subi la stérilisation.

Organisation des matières

A. Lois du pays

1. Qui les détermine
2. Comment les décisions sont prises
3. Facteurs influants

B. Types de stérilisation

1. De la femme
   a. Ligature des trompes (intervention chirurgicale)
   b. Hystérectomie
   c. Radiation (rare)
2. De l'homme - vasectomie

C. Interventions chirurgicales

1. Femme - explication des méthodes possibles
2. Homme - vasectomie

D. Réactions psychologiques

1. De l'individu
2. De la famille
3. De la communauté

Section IX: Stérilisation
Organisation des matières...

E. Indications et contre-indications de la stérilisation

F. Préparatifs, soins et surveillance continue du malade

1. Généraux
2. Infirmiers

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES

à commander de AHTIP

228. La Planification familiale
JANE ROSAMOND HAYFRON (Ghana)

315. La Planification familiale: mise en place du stérilet (la boucle de Lippes)
GRACE DELANO (Nigeria)

213. Introduction à la planification familiale, à la contraception et au stérilet
ANNA L. A. DELANO (Kenya)

211. Rapport entre l'espacement des naissances et la santé mentale de la famille
D. B. WANGA (Kenya)

212. Aspects sociaux, psychologiques et éducatifs de la planification familiale
KORAY NAGALI (Ghana)

219. La Planification familiale: implications pour la santé
GRACE NNENNA NZERIBE (Nigeria)

317. Contre-indications et instructions pour la femme avant et après l'insertion du dispositif intrautérin
SEHAM S. RAGHEB (Egypt)

215. Méthodes contraceptives
AMIRA MOHAMED ANWAR EL MALATAY (Egypt)

318. L'espacement des naissances et ses avantages pour la santé familiale
FERIAL ABDEL AZIZ ALY (Egypt)

210. Le Rôle de la planification familiale en relation avec la santé familiale et avec le développement communautaire
VUYEIMA N. NGCONGCO (Botswana)

7. La Planification familiale comme moyen d'améliorer la santé
MOKOWA BLAY ADU-GYAMFI (Ghana)

322. Méthodes contraceptives
DAPHNE THERESA ROACH (Sierra Leone)

17. L'Emploi clinique des contraceptifs oraux
    MAGDI RAMZY (Sudan)

27. Les Effets de la lactation sur la fécondité
    JASWANT S. BAL (Zambia)

24. Rôle de l'espacement des naissances dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile
    HASSAN O. OMER (Sudan)

25. Consultations de planification familiale
    JOSEPHINE M. NAMBOZE (Uganda)

258. L'Avortement
    ABDEL HAMID BADAWY (Egypt)

15. Méthodes conventionnelles de contraception avec leur évaluation
    BASSIOUINI AHMED BASSIOUNI (Egypt)

227. L'Examen pelvien
    MAGDA YOUSSEF HELMI MOURAD (Egypt)

277. Examen des seins
    SOHEIR HUSSEIN AHMAD ELEBIARY (Egypt)

II. LIVRES

BOYER, MICHELINE and ELIZABETH M. EDMANDS

Guidelines for the Integration of Family Planning into the Nursing School Curriculum. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center Publication Series, 1973.

CLARK, TOM L.

Patient Services Training Manual. Alameda, California: Planned Parenthood/World Population, 1973.

DOWNSTATE MEDICAL CENTER

Family Planning Procedure Manual for Nurses and Midwives. New York: Downstate Medical Center, 1975.

FENDALL, N. R. E.

Auxiliaries in Health Care: Programs in Developing Countries. Baltimore: The Johns Hopkins Press for the Josiah Macy, Jr. Foundation, 1972.

HATCHER, R. A. et al

Contraceptive Technology. 8th revised edition. New York: Irvington Publishers, Inc.: Halsted Press, 1976.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION

Family Planning for Midwives and Nurses. London: International Planned Parenthood Federation, 1971.

KILIMANJARO CHRISTIAN MEDICAL CENTRE

Child Health: Rural Health Series No. 1, A Manual for Medical Assistants and Other Rural Health Workers. Kenya: African Medical and Research Foundation, 1975.

KLEINMAN, RONALD L.

Male and Female Sterilization. London: International Planned Parenthood Federation, 1973.

MANISOFF, MIRIAM

Family Planning: A Teaching Guide for Nurses. New York: Planned Parenthood/World Population, 1971.

OMRAN, ABDEL

Health Theme in Family Planning. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center Monograph, 1971.

TURNBULL, LILY and HELEN PIZARKI (eds.)

Family Planning in the Education of Nurses and Midwives. P. H. Pagers No. 53. Geneva: World Health Organization, 1973.

WHELAN, ELIZABETH M. and MICHAEL C. QUADLAND

Human Reproduction and Family Planning: A Programmed Text. Palo Alto: Syntex Laboratories, 1972.

M O D U L E L :

LE PERSONNEL DE SANTE ET LA COMMUNAUTE

I. ANALYSE RAISONNEE

Le personnel de santé communautaire dans une communauté vient des milieux très variés afin de mettre leur savoir et leur expertise au service de cette communauté. Le nombre et la variété du personnel varie selon l'importance de la communauté, la richesse, l'influence politique et l'emplacement géographique. Dans les grandes agglomérations il est possible de trouver une grande variété de personnel de santé.

Dans une communauté plus petite il y aura moins de personnel. Il est même possible qu'un seul agent soit l'unique responsable de la santé de cette communauté.

Le but et les objectifs d'un programme de santé communautaire sont de fournir les services et l'instruction dont le public a besoin. Ces besoins sont constants bien que les activités changent selon les conditions présentes et comprennent les points suivants:

1. Contrôle des maladies contagieuses, y compris l'immunisation
2. Services de santé maternelle et infantile et planification de la famille
3. Soins des malades et de ceux qui ont subi des accidents
4. Education se rapportant aux besoins nutritifs et aux services alimentaires
5. Education et services de santé scolaire
6. Soins dentaires
7. Programmes relatifs à l'assainissement des sources d'eau, à la disposition des déchets, au contrôle des parasites, et à la pollution atmosphérique

PRECEDING PAGE BLANK

Il se peut que le personnel de santé travaille indépendamment ou dans le secteur gouvernemental. Il peut aussi représenter des institutions nationales ou internationales. Il est donc nécessaire qu'une équipe sanitaire local coordonne les activités du personnel et des différents programmes.

Les services de santé communautaire engagent les infirmières et les sages-femmes à plusieurs niveaux: l'évaluation, la planification, la mise en oeuvre, la coordination, les soins, l'instruction et la consultation.

En Afrique il n'est pas rare que l'infirmière, la sage-femme ou l'auxiliaire des soins de santé soit la seule personne responsable des soins de santé dans les communautés rurales. Il est donc important que, pendant sa formation, l'étudiante tienne compte de l'importance qu'a pour elle l'acquisition des connaissances, et de son rôle dans l'organisation des services sanitaires dans la communauté et de la participation des membres.

Les étudiantes devraient également se familiariser avec les objectifs des programmes de santé envisagés par la communauté et la nation, afin de les appuyer.

OBJECTIFS GENERAUX

A la fin de ce module l'étudiante devra être capable de:

1. Nommer les différentes catégories de personnel de santé communautaire.
2. Décrire les buts et les objectifs des programmes de santé communautaire.
3. Décrire les composantes des services sanitaires et des programmes d'enseignement de la santé dans une communauté.
4. Décrire le rôle de l'infirmière ou de la sage-femme dans les services de santé communautaire.
5. Participer à la planification et à la mise en oeuvre d'un programme de santé.

Section I: Les différentes catégories du personnel sanitaire

Objectifs spécifiques:

1. Identifier les catégories principales du personnel sanitaire.
2. Etablir ces catégories dans une communauté donnée, ainsi que leur formation et leurs responsabilités.
3. Interviewer deux types de personnel de santé communautaire (autres que des infirmières ou des sages-femmes) et préciser leurs fonctions.

Organisation des matières

A. Les catégories du personnel sanitaire

1. Médecine
2. Infirmières - tous les niveaux de formation
3. Sages-femmes - tous les niveaux
4. Aides ou auxiliaires
5. Dentistes
6. Assistantes sociales
7. Pharmaciens
8. Enseignants
9. Techniciens
10. Responsables du travail d'assainissement
11. Statisticiens
12. Personnes laïques importantes dans la communauté
13. Volontaires
14. Accoucheuses traditionnelles et guérisseurs

B. Formation

1. Ecoles professionelles
2. Programmes d'enseignement
3. Apprentissage
4. Niveaux d'éducation
5. Niveaux d'exécution

Section I: Les différentes catégories du personnel sanitaire
Organisation des matières...

C. Capacités

1. Orientation médicale ou sanitaire
2. Orientation technique
3. Administration
4. Soins de surveillance
5. Soins thérapeutiques
6. Soins de réadaptation
7. Enseignement - prévention

D. Activités

1. Services de santé
   a. Hôpital
   b. Centre de santé
   c. Dispensaire - clinique
   d. Communautaire
2. Enseignement
   a. Institutions de santé
   b. Ecoles
   c. Groupes dans la communauté
3. Assistance sociale
   a. Eventail de services disponibles
   b. Possibilité de recevoir les services
   c. Fonds
4. Services de santé complémentaires dans la communauté
   a. Education: eau, déchets, récoltes
   b. Enquête sur les problèmes de santé
   c. Conseils ou consultations
   d. Planification et maintien des services de base
   e. Services d'extension agricoles et autres
   f. Groupes religieux
   g. Maintien de l'ordre

5. Statistiques
   a. Analyse
   b. Evaluation
6. Personnel non-spécialisé et volontaire
   a. Enseignement
   b. Amélioration et soutien
   c. Groupes ayant des besoins particuliers
      . Enfants handicapés
      . Maladies du coeur
      . Cancer

Section II: Programmes de santé communautaire: buts, objectifs, composantes

Objectifs spécifiques:

1. Identifier les buts et les objectifs des programmes de santé dans la communauté.
2. Décrire les composantes des services de santé et les programmes d'enseignement.
3. Déterminer les composantes d'un programme dans votre communauté.
4. En se servant des données fournies par l'évaluation de l'état sanitaire d'une communauté (Module A, Section I), identifier les problèmes sanitaires pour lesquels il n'y a pas de services correspondants.

Organisation des matières

A. Buts et objectifs des programmes de santé dans la communauté

1. Pour satisfaire les besoins sanitaires de la population
   - a. Du point de vue du personnel sanitaire
   - b. Du point de vue des membres de la communauté
2. Distribution des services
   - a. Préventifs
   - b. Diagnostiques
   - c. Thérapeutiques
   - d. De réadaptation
3. Ressources disponibles
   - a. Hôpitaux
   - b. Centres sanitaires
   - c. Dispensaires
   - d. Facilités
   - e. Personnel
   - f. Budget
4. Possibilités d'éducation
   - a. Buts et objectifs
     - . Acte de recueillir des données
     - . Importance des aspects préventifs de l'environnement
     - . Activités des personnes influentes de la communauté
   - b. Emplacement
     - . Ecoles
     - . Etablissements médicaux
     - . Groupes communautaires
     - . Domicile

Section II: Programmes de santé communautaire: buts, objectifs, composantes
Organisation des matières...

B. Services d'un programme de santé communautaire

1. Contrôle des maladies infectieuses
   a. Dépistage
   b. Diagnostic et traitement en cas de nécessité
   c. Soins infirmiers
   d. Enseignement et promotion des aspects préventifs
   e. Immunisation
2. Soins des malades et des blessés
   a. Dépistage
   b. Diagnostic et traitement
   c. Soins infirmiers
   d. Soins des maladies aiguës ou chroniques
   e. Complications
   f. Soins et soutien des infirmes (physiques, mentaux ou sociaux)
   g. Réadaptation
3. Service de santé maternel et infantile, y compris la planification familiale
   a. Services prénatals
   b. Accouchement
   c. Période post-partum
   d. Planification familiale - enseignement et services
   e. Services de santé infantile
   f. Services de santé pour enfants infirmes
4. Nutrition
   a. Dépistage - évaluation
   b. Enseignement
   c. Suppléments nutritifs: vitamines, fer
   d. Conseils au sujet de récoltes et de l'agriculture
   e. Prévention de la malnutrition
   f. Réadaptation
5. Santé scolaire
   a. Programme de dépistage par moyen de sélection
   b. Services médicaux
   c. Services de consultation
   d. Services de santé mentale
   e. Assistance sociale
   f. Enseignement (prévention)
   g. Santé personnelle et hygiène de l'environnement

Section II: Programmes de santé communautaire: buts, objectifs, composantes
Organisation des matières...

6. Services et enseignement de santé pour adultes
   a. Alimentation
   b. Prévention des maladies
   c. Soins pour enfants
   d. Planification familiale - enseignement et services
7. Amélioration de l'environnement
   a. Eau potable - puits, approvisionnement, protection, stérilisation, etc.
   b. Disposition des rebuts: principes, construction et maintien des latrines
   c. Contrôle des rongeurs et des vecteurs: insecticides, filtres, ordures, etc.
   d. Logement
   e. Ecoles: sécurité, hygiène, disposition
   f. Hôpitaux: sécurité, hygiène, possibilités d'utilisation, disposition
   g. Autres bâtiments publics
   h. Prévention des dommages dus aux inondations et aux incendies
   i. Protection et emmagasinage des produits alimentaires
   j. Prévention de la pollution alimentaire

Section III: Activités de l'infirmière et de la sage-femme et leur contribution aux programmes communautaires

Objectifs spécifiques:

1. Nommer les différentes catégories d'infirmières ou de sages-femmes dans la communauté.
2. Décrire les différentes fonctions assumées par ce personnel.

Organisation des matières

A. Catégories des infirmières et des sages-femmes (la terminologie peut varier selon le pays dont il s'agit)

1. Diplômées
   a. Infirmières
   b. Sages-femmes
   c. Infirmières de la santé publique
   d. Enseignants
   e. Administratrices: chefs de services infirmiers, infirmières-majors, directrices
   f. Soins privés
2. Elèves
   a. Infirmières
   b. Sages-femmes
   c. Administratrices (voir e plus haut)
   d. Infirmières de soins communautaires (dans certains pays)
3. Aides - auxiliaires
4. Accoucheuses et guérisseuses
5. Panseuses
6. Autres classifications

B. Variété des fonctions

1. Soins des malades
2. Promotrice des soins de la santé physique et mentale
   a. Prénatals
   b. Santé infantile
   c. Programme de dépistage par moyen de sélection
   e. Consultante - santé scolaire, centres sanitaires, centres de planification familiale, visites à domicile

Section III: Activités de l'infirmière et de la sage-femme et leur contribution aux programmes communautaires

Organisation des matières...

3. Organisatrice communautaire
   a. Evaluation des besoins
   b. Evaluation des ressources
   c. Identification des chefs dans la communauté
   d. Fait d'établir les priorités avec les chefs de la communauté
   e. Organisation en groupes: participation des membres de la communauté
   f. Définir les objectifs des programmes
   g. Déterminer le personnel nécessaire
   h. Programme d'enseignement (si nécessaire)
   i. Coordination des activités du différent personnel sanitaire, social, et enseignant
   j. Mise en oeuvre et soutien du programme
   k. Encourager la prise en charge de la communauté et son indépendance
   l. Informations au sujet des frais et des fonds
   m. Evaluation des efforts
4. Fonctions générales des enseignants
   a. Généralités
   b. Intégration des services infirmiers et de l'enseignement
   c. Formation des cadres enseignants
   d. Adaptation de l'enseignement
5. Domaines où les aptitudes pédagogiques de l'infirmière sont nécessaires
   a. Soins maternels et infantiles
   b. Nutrition de base et prévention de la malnutrition
   c. Planification familiale
   d. Reproduction humaine
   e. Croissance et développement de l'enfant
   f. Aptitudes de l'infirmière
   g. Encouragement de l'étude
   h. Observation et évaluation de la part des parents
   i. Prévention des accidents
   j. Dangers de l'environnement
   k. Autres (selon les aptitudes individuelles)
6. L'infirmière ou la sage-femme en tant que chef dans la communauté
   a. Influences: respectée pour son savoir et son travail
   b. Source de renseignements
   c. Interprète des diagnostics médicaux et des applications de la technologie
   d. Conseillère
   e. Source de consultation recommandée
   f. Attention portée par l'infirmière: bienveillance, intelligence, sollicitude

BIBLIOGRAPHIE

I. UNITES AUTO-DIDACTIQUES
à commander de AHTIP

209. L'Entraînement du personnel volontaire pour l'éducation de la santé communautaire rurale
AFIYA H. YAHYA (Kenya)

319. Programmes de soins infirmiers
WINIFRED MODUPE OGUNDEYIN (Nigeria)

256. La Nouvelle équipe volante d'obstétrique
GLORIA K. ZUBAIRU (Nigeria)

320. Différents modes de gestion
LAILA MOHAMED ABDOU (Egypt)

289. Enseignement et conseils pour la nutrition
KADRIA M. MOUSTAFA (Egypt)

321. Le Rôle de l'infirmière professionnelle dans la planification de l'éducation sanitaire pour améliorer la santé de la famille et de la communauté
MARY KELADA HARMINA (Egypt)

206. Enseignement de la nutrition aux mères dans les cliniques de santé familiale
MODUPE OLUBUNMI OSINBINA (Nigeria)

210. Le Rôle de la planification familiale en relation avec la santé familiale et avec le développement communautaire
VUYELWA N. NGCONGCO (Botswana)

205. Morbidité et mortalité infantiles--collecte et enregistrement des données, causes et prévention
DOROTHY MULONGA NASAH (Cameroon)

9. Importance des programmes de santé scolaire dans la santé familiale
ERNESTINE A. GYEBI-OFOSU (Ghana)

314. L'Intoxication alimentaire
B. M. ODUYOYE (Nigeria)

309. Les Immunisations
LYNN H. GILBERT (Nigeria)

238. Les Principaux facteurs qui influencent les suites de la grossesse
AGNES SEKABUNGA (Uganda)

316. La Responsabilité de l'infirmière dans le dépistage des cas de planification familiale (en particulier les cas prioritaires à l'hôpital)
ANNA L. A. OKUMA (Kenya)

290. Les Besoins nutritifs de l'adolescent
SARATU O. AKU (Nigeria)

305. La Déshydratation: diagnostic et traitement
D. Y. KUTEYI (Nigeria)

292. Les Repas d'école à Lagos
PEJU ABODERIN (Nigeria)

264. Soins de sages-femmes à domicile
E. O. ADEWALE (Nigeria)

311. Le Paludisme: méthodes de contrôle
ABIGAIL IYABODE AWOTESU (Nigeria)

296. Immunisations
KATHLEEN CHINTU (Zambia)

13. Planification des enquêtes sur les examens de santé communautaire
FRED K. WURAPA (Ghana)

12. Organisation de la communauté et la pratique de santé communautaire
E. K. QUARTEY-PAPAFIO (Ghana)

216. Soins infirmiers à long terme donnés aux enfants malnourris et à leurs familles
SUSAN H. BANOUB (Egypt)

201. Evaluation de la communauté pour établir les besoins de services sanitaires
JAMES KHACHINA (Kenya)

202. L'Infirmière communautaire évalue les services et les besoins sanitaires de la communauté
WINIFRED NYOIKE (Kenya)

11. Eléments de communication dans les travaux en médecine et en santé publique
MATILDA E. PAPPOE (Ghana)

293. Formation des infirmières communautaires pour les soins rendus à domicile
CECILIA DEFIE-MENSAH (Ghana)

II. LIVRES

BYRNE, MONICA and F. J. BENNETT

Community Nursing in Developing Countries, a Manual for the Auxiliary Public Health Nurse. London: Oxford University Press, 1973.

DIVINCENTI, MARIE

Administering Nursing Services. Boston: Little, Brown & Co., 1972.

FREEMAN, RUTH B.

Community Health Nursing Practice. Philadelphia: W. B. Saunders, 1970.

FOSTER, GEORGE M.

Traditional Societies and Technological Change. 2nd edition. New York: Harper and Rowe, Inc., 1973.

JELLIFFE, DERRICK B.

The Assessment of Nutritional Status of the Community. Geneva: World Health Organization, 1966.

LEAHY, KATHLEEN M. and MARGUERITE COBB

Community Health Nursing. 2nd edition. New York: McGraw-Hill Book Co., 1972.

LEEDAM, ELIZABETH J.

Community Nursing Manual: A Guide for Auxiliary Public Nurses. Singapore: McGraw-Hill International Book Co., 1972.

MACLEAN, UNA

Magical Medicine: A Nigeria Case-Study. London: Penguin, 1971.

PAUL, BENJAMIN DAVID and WALTER B. MILLER

Health, Culture and Community; Case Studies of Public Reactions to Health Programs. New York: Russell Sage Foundation, 1955.

REINHARDT, ADINA M. and MILDRED D. QUINN (eds.)

Family Centered Community Nursing: A Socio-Cultural Framework. St. Louis: C. V. Mosby, 1973.

ROSS, MURRAY G.

Community Organization: Theory, Principles and Practices. New York: Harper and Rowe, 1967.

SHIFFMAN, M. A. and S. RAJAGOPALAN

Guide to Simple Sanitary Measures for the Control of Enteric Diseases. Geneva: World Health Organization, 1974.

CHAPITRE 5 :

STRATEGIES PEDAGOGIQUES

Frank T. Stritter

Une stratégie pédagogique peut être simplement définie comme la coordination des activités qui aident les étudiants à atteindre certains objectifs pédagogiques.

I. FACTEURS QUI PORTENT SUR L'EFFICACITE DE L'INSTRUCTION

Deux importantes considérations influencent le choix de l'enseignant quant aux stratégies pédagogiques. La première considération se rapporte aux objectifs et aux buts éducatifs que l'étudiant est supposé d'atteindre, que ce soit sur le plan du savoir, de l'expertise, ou sur celui de la réponse affective. Les buts sont généraux très souvent exprimés en termes abstraits, et se rapportent à la totalité du programme ou du cours. Un exemple de but est: "l'étudiant sera sensible aux besoins des vieillards par rapport aux changements biologiques, sociaux et psychologiques pendant le vieillissement." Un objectif est plus précis et correspond à une partie plus circonscrite de l'enseignement; par exemple, "l'étudiant décrira les différents stades du développement psychologique des vieillards et identifier le stade où se trouve un certain malade;" L'enseignant utilise les buts et les objectifs pour assurer la validité et la continuité du programme et aussi pour choisir les stratégies qu'il mettra en oeuvre.

La seconde considération influençant le choix et l'usage des stratégies éducatives consiste à saisir le moyen par lequel l'étudiant apprend. Indépendamment de la stratégie choisie, il faut considérer divers facteurs. Plus on tient compte des facteurs concourant à l'instruction réussie, et plus on peut s'assurer des conditions les meilleures pour que l'éducation

PREVIOUS PAGE BLANK

ait lieu. Les facteurs significatifs des soins de la vieillesse seront utilisés dans l'illustration suivante:

A. VALEUR

Les étudiants apprennent plus facilement s'ils savent pourquoi ils étudient une certaine matière, c'est-à-dire s'ils comprennent son importance et son utilité. Cette utilité peut être démontrée en établissant l'importance d'une matière, son rapport à ce qui a déjà été enseigné et à ce qui sera enseigné.

> "Il est reconnu que dans les régions rurales de l'Afrique, certains symptômes dont se plaignent les personnes âgées sont causés ou exacerbés par des facteurs émotionnels. La compréhension des aspects psychologiques du vieillissement vous permettra d'offrir de meilleurs soins aux personnes âgées."

B. ESPERANCES

Les étudiants ont tendance à mieux apprendre s'ils savent ce que l'on attend d'eux. Il importe donc que les étudiants sachent ce qu'ils devront pouvoir faire à la fin d'un cours, et le niveau d'expertise qui sera requis. Les étudiants profiteront d'un plan général qui leur permettra d'organiser leurs études.

> "Vous devriez pouvoir expliquer: (1) l'insuffisance de l'image de soi; (2) l'interruption du soutien familial; (3) l'affaiblissement de la sexualité par rapport à l'état de santé des personnes âgées. Il faudrait pouvoir citer des exemples cliniques et ensuite démontrer les principes généraux qu'il est possible d'en tirer."

C. CONDITIONS AGREABLES

Il est important que le milieu pédagogique soit agréable. Si les étudiants sont enthousiastes et si leurs études ne sont pas interrompues, leur formation sera efficace.

"L'introduction de l'étudiant à la psychologie de la vieillesse pourra se faire par une série d'interviews. L'étudiant rendra visite à des personnes âgées des deux sexes dans des agglomérations rurales ou urbaines. Ces interviews seront présentées et discutées entre étudiants dans les salles de conférence."

D. PARTICIPATION ACTIVE

L'enseignement doit permettre à l'étudiant de mettre en oeuvre les connaissances et les aptitudes qu'il a acquises en classe. Ce travail peut être réalisé sous forme d'auto-évaluation, d'examens oraux, ou d'apprentissage dans des situations réelles ou simulées. Il faut cependant permettre à tous les étudiants de s'entraîner très souvent au cours de leurs études. Obliger l'étudiant d'utiliser ses connaissances d'une manière continue et en rapport avec les objectifs pédagogiques est un des principes éducatifs les plus importants de l'enseignement.

"Illustrez l'effet que les facteurs psychologiques ont sur les problèmes de santé chez les vieillards, par l'analyse d'un de vos interviews; et donnez les principes généraux que vous pouvez en déduire."

E. FEEDBACK

Une fois l'exercice terminé, l'étudiant doit connaître les résultats ou l'évaluation de son travail. C'est seulement de cette façon que l'étudiant pourra apprécier ses progrès pendant un cours, ainsi que les erreurs qu'il a commises. Ceci se fait par la discussion des réponses données par l'étudiant, par la correction immédiate des réponses erronées.

"Vous avez compris le rapport qui existe entre l'état de santé de la veuve que vous avez interviewée et son état psychologique. Vous pouvez donc la soigner. Cependant vos généralisations laissent à désirer car toutes les veuves ne sont pas sans enfants comme dans la situation présente."

F. RENFORCEMENT

L'étudiant doit être récompensé ou encouragé quand il agit ou répond correctement. Un renforcement positif confirmera la façon d'agir particulière

de l'étudiant, et assurera la continuité de ses efforts. Le meilleur encouragement de l'étudiant provient du travail bien fait, et du fait que l'étudiant est à même de reconnaître ce succès. D'autres formes d' encouragement comprennent l'éloge ou la confirmation immédiate de la part du professeur que la réponse est correcte, la reconnaissance de l'action menée à bien, une période de détente une fois que l'activité est menée à bien, les notes, les prix d'honneur, du temps libre pour des activités sociales avec les camarades. Autant que possible les commentaires doivent être positifs.

"Vos notes d'interview seront utilisées comme exemple dans le cours de l'année prochaine."

II. CATEGORIES DES METHODES D'ENSEIGNEMENT*

Les techniques d'enseignement peuvent être classées en deux catégories. L'une comprend le format de l'instruction: c'est-à-dire, le moyen d'enseigner ou l'organisation du cours. L'autre comprend la façon dont les informations sont données ou transmises à l'étudiant. Ces voies de communication peuvent être des diagrammes, des illustrations, des imprimés comme les livres et feuilles polycopiées, des unités auto-didactiques, des films, des microfiches ou des cours magistraux où le professeur s'adresse à une assemblée d'étudiants. Dans ce qui suit les principaux formats d'instruction seront décrits ainsi que leur usage et les avantages et désavantages de ces diverses méthodes d'enseignement.

A. CONFERENCES/DISCUSSIONS

Cette méthode est le plus souvent utilisée quand le professeur doit s'adresser à un grand nombre d'étudiants dans un lieu et en un temps donné,

---

* Cette partie est basée sur la typologie développée par Charles F. Friedman du Office of Medical Studies, de l'Université de la Caroline du Nord, Faculté de Médecine.

habituellement dans une salle de conférences. La participation de certains étudiants est parfois possible. Cette participation est, cependant, très limitée. Les conférences sont une méthode efficace pour la transmission de connaissances des faits. Selon cette méthode l'étudiant pourra se rappeler facilement les informations au moment des examens. D'autre part, cette méthode permet à l'étudiant d'observer le comportement des professeurs. Les désavantages de cette méthode sont les suivants.

1. Les besoins pédagogiques de chaque étudiant ne peuvent pas être facilement satisfaits.
2. Le rôle de l'étudiant est généralement passif.
3. L'étudiant ne développe pas ses capacités intellectuelles ni certaines attitudes comme il pourrait le faire par ailleurs.

En donnant des conférences, certains points doivent être considérés. Il importe que l'étudiant sache d'avance:

1. Le but et les objectifs du cours ainsi que leur importance.
2. Il faut établir dès le début les règles pour la participation des étudiants.
3. L'organisation et la représentation des matières à enseigner doit s'enchaîner d'une manière logique.
4. Il faut attirer l'attention des étudiants sur les points importants.
5. Il faudrait donner des exemples précis.
6. La présentation des matières se fera à une vitesse qui permettra aux étudiants de prendre des notes. Il est recommandé de distribuer un plan du cours.
7. Les différentes parties de la conférence devraient être liées par des transitions appropriées.
8. Les observations doivent être fondées sur des preuves, et il importe de marquer la différence entre les faits et les opinions.
9. Le professeur ne devrait utiliser qu'une voie de communication à la fois.
10. Il faudrait présenter des sources complémentaires d'informations et citer les autorités.

11. L'opinion personnelle du professeur doit être donnée, ainsi que les divergences des points de vue, afin de permettre la comparaison et l'analyse.
12. Les nouveaux termes ou les termes techniques doivent être expliqués.
13. Il faut encourager les questions et les commentaires, et donner une réponse.
14. Il est nécessaire de faire un résumé des matières présentées afin de tirer au clair les points principaux et de permettre une vue d'ensemble.

B. ENSEIGNEMENT A UN PETIT GROUPE

Cette technique permet l'échange des idées entre pairs. Elle présente une tâche spécifique à un groupe d'environ 13 étudiants. La discussion est menée par les étudiants; le professeur sert uniquement de source d'informations. Les enquêtes ont confirmé que cette technique permet une connaissance meilleure et plus vaste. D'autre part les membres du groupe ont tendance à accepter plus facilement les résultats d'une discussion en groupe, que les connaissances qui leur sont transmises ou qu'ils cherchent individuellement. La participation aux discussions d'un petit groupe permet aux étudiants l'application correcte des concepts, et le développement des attitudes désirées de motivation, et d'entente et de collaboration.

L'utilisation de cette méthode devrait être fondée sur un travail à entreprendre. Il est nécessaire que les étudiants n'aient pas trop de directives afin de leur permettre d'exprimer librement leurs opinions; mais il faut que le travail soit suffisamment défini pour qu'ils aient un objectif à poursuivre. La discussion peut être lancée par une question, par un problème à résoudre, ou en présentant une solution controversée. Afin que la méthode soit efficace, il faut que l'étudiant développe les capacités suivantes:

1. Savoir préciser ce que le groupe essaye de faire.
2. Pouvoir donner franchement ses opinions, et écouter et débattre les idées des autres.
3. Etablir un plan d'action efficace, afin d'arriver à des conclusions et de fixer les tâches à accomplir après la discussion.

4. Soutenir les idées d'autrui afin de les motiver à participer de plus en plus à la discussion.
5. Etre sensible aux sentiments et aux réactions des membres du groupe.
6. Evaluer les différents aspects de la discussion et ses résultats.

C. SEMINAIRES

Cette méthode pédagogique, comme la méthode précédente, est fondée sur l'étude en groupe et la participation active de l'étudiant. Ici la discussion est dirigée par le professeur. Dans la discussion en petit groupe le professeur ne participe pas activement à moins d'en être prié. Dans le séminaire le chef dirige le groupe selon les principes démocratiques. Bien que les règles et les décisions soient prises et discutées par le groupe, le rôle du professeur consiste à faciliter, à encourager ce type de fonctionnement. Le professeur fournit l'encouragement et la raison d'être du groupe, en proposant son travail et ses objectifs. Il sert de modèle de conduite. Il facilite la communication et l'interaction, et il sert de source d'informations en cas de nécessité.

Il y a plusieurs moyens d'approche qui peuvent être utilisés dans le cadre des séminaires et des discussions en groupe:

1. Il faut apprendre à se connaître afin d'aborder les discussions. Chaque participant est requis d'apprendre quelque chose de significatif au sujet d'un autre membre du groupe et de présenter ce membre au groupe.
2. Les membres peuvent travailler en groupes de deux afin de se consacrer à une tâche donnée et de se soutenir mutuellement.
3. La discussion peut être lancée en interpelant certains membres du groupe et en leur demandant leurs opinions sur certains sujets ou la solution d'un certain problème, etc. Il importe ici que le chef du groupe sache d'avance que la personne interpelée a une réponse à donner.
4. Les membres du groupe peuvent être choisis comme participants actifs ou observateurs et changer de rôle à chaque rencontre. Ceci permet de diviser un grand groupe et de faciliter la discussion.
5. La tâche à accomplir peut être traitée par plusieurs groupes en même temps.

6. La tâche peut être divisée et donnée à des groupes différents en précisant que le travail de chaque groupe est complémentaire au travail des autres groupes.
7. Des exercices ou des questions peuvent être donnés par écrit à chaque membre et les réponses comparées et discutées par le groupe.
8. L'étude de cas peut précéder la discussion et être utilisée comme thème central par le groupe, qui essayera de trouver des solutions ou fera des recommandations. On pourrait poser la question: "Dans une situation pareille, que feriez-vous?"
9. Les étudiants peuvent simuler des situations où chacun joue un rôle défini.
10. Des jeux peuvent être utilisés où au moins deux personnes participent. Les règles du jeux, les intérêts opposés ou conflits, les restrictions, les buts et les résultats souhaités peuvent être établis d'avance.

D. INSTRUCTION INDIVIDUALISEE

L'étudiant travaille indépendamment selon sa propre vitesse. Il y a plusieurs caractéristiques uniques de cette méthode. D'abord, les matières sont traitées dans une série d'unités d'instruction. Deuxièmement, chaque unité propose des objectifs; c'est-à-dire que l'étudiant sait ce qu'il est censé apprendre, faire, ou sentir. Troisièmement, chaque unité contient une variété d'activités que peut accomplir l'individu. Quatrièmement chaque unité est suivie d'un examen de contrôle qui permet à l'étudiant de montrer qu'il a atteint les objectifs de cette unité avant de se lancer dans l'étude de la partie suivante. Finalement, la totalité de l'étude se fait selon la vitesse individuelle de l'étudiant.

L'étudiant progresse par étapes jusqu'à l'achèvement de la totalité des objectifs. Le contact entre l'étudiant et le professeur peut être plus ou moins intense selon la façon dont l'instruction est organisée. La préparation d'un tel cours assure le plus grand nombre de réussites et le plus petit nombre d'échecs en permettant à l'étudiant de terminer ses études avant ou après la date fixée pour la fin du cours.

E. STAGES CLINIQUES OU STAGES SUR LE TERRAIN

Cette approche permet à l'étudiant ou à un groupe d'étudiants d'apprendre indépendamment. Le professeur aide l'étudiant à formuler les problèmes, à trouver leurs solutions et à évaluer son progrès. Cette méthode d'étude permet à l'étudiant d'assumer certaines responsabilités professionnelles dans un milieu de travail réel et de comprendre le rapport qui existe entre l'étude théorique des matières et des aptitudes, et le monde réel. D'autre part, l'étudiant peut réaliser un projet de sa propre initiative, par exemple, il peut être chargé de mener une enquête, et d'en rédiger le rapport. L'étudiant assume la responsabilité totale d'un projet du commencement à la fin. Selon une autre approche, l'étudiant participera à une équipe dont le professeur proposera le travail. Bien que sa participation soit relativement autonome, il n'en reste pas moins vrai que l'étudiant ne participe que dans la limite de son savoir et de ses capacités.

III. UN POINT DONT L'IMPORTANCE EST A SOULIGNER

Il faut se rendre compte qu'il n'y a pas de méthode pédagogique "idéale" à utiliser par tous les professeurs pour tous les étudiants dans toutes les situations. Il existe cependant des principes qui aident le professeur à prendre des décisions sur le choix de la méthode. Le choix d'une méthode d'enseignement qui correspond le mieux aux besoins des étudiants peut être fondé sur la philosophie pédagogique et la préférence de l'enseignant. Les étudiants apprennent d'une façon différente; ce point peut être en fait le plus important à considérer. Il faut donc utiliser plus d'un moyen ou d'une approche. Finalement, le professeur doit faire un choix, mais être prêt à le modifier après l'essai si le besoin se fait sentir. Il faut donc qu'il recueille suffisamment de données sur l'efficacité et la qualité de l'étude, sur l'évaluation faite par l'étudiant, sur le coût en temps et en argent, et sur l'opinion des enseignants. Selon les résultats de son enquête, il lui est alors possible de modifier son cours et de l'améliorer.

CHAPITRE 6 :

PRINCIPES DANS LA SELECTION ET L'UTILISATION DES METHODES D'EVALUATION DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE FAMILIALE

Robert D. Stone

I. LES BUTS DE L'EVALUATION

En établissant un plan d'enseignement, l'évaluation est habituellement la dernière chose que l'on considère. L'évaluation est souvent faite après le développement et la mise en oeuvre d'un programme d'enseignement; mais si l'on veut réaliser les buts principaux, il faudra décider du moyen d'évaluation avant que l'enseignement ne se fasse. Si le professeur considère sérieusement ce que les étudiants doivent apprendre, et comment ils doivent l'apprendre, il aura déjà établi les bases sur lesquelles s'appuiera une évaluation utile et solide. Les trois questions que l'évaluation devra poser sont les suivantes:

1. Est-ce que l'étudiant a appris ce qu'il aurait dû apprendre?
2. Est-ce que de la méthode d'enseignement employée est en rapport avec ce que l'étudiant doit apprendre.
3. Comment modifier l'enseignement afin d'aider l'étudiant d'une manière plus efficace pendant sa formation.

Une bonne évaluation répondra à ces questions. Afin d'y parvenir, le plan de l'évaluation doit comprendre les points suivants:

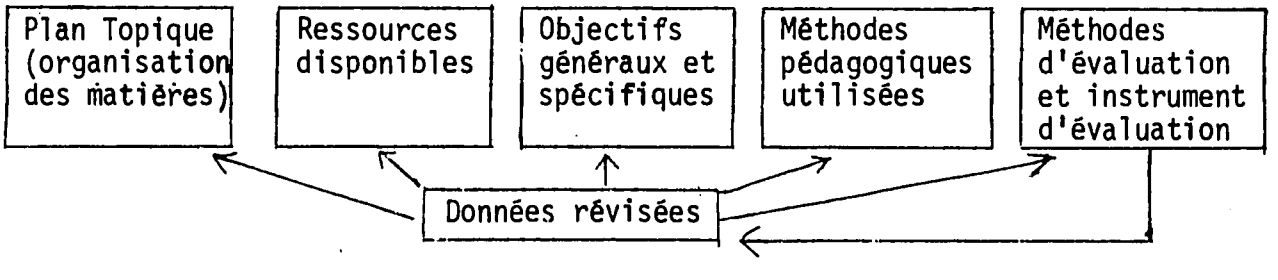
PRECEDING PAGE BLANK

1. Identifier et connaître les causes des échecs dans le programme d'études.
2. Etablir les connaissances et les capacités qui sont acquises par l'étudiant.
3. Etablir des critères stables de l'évaluation des étudiants (notes).
4. Découvrir les parties de l'enseignement qui doivent être revues et celles qui aident l'étudiant à atteindre les objectifs désirés.

Ce dernier point est très important car la responsabilité de la réussite ou de l'échec de l'étudiant repose dans les mains du professeur. En tant que celui qui établit le plan, contrôle son exécution et fournit les connaissances nécessaires, il n'est que logique que le professeur prenne la responsabilité de son enseignement. L'étudiant n'est pas libéré de toute responsabilité car en fait la responsibilité de l'étude lui appartient. Cependant le professeur, en tant qu'autorité ayant une certaine expertise, doit identifier, définir, enseigner les matières choisies, et évaluer l'enseignement. Si l'étudiant n'est pas suffisamment motivé pour entreprendre l'étude, le professeur ne peut le blâmer avant de s'être demandé comment il aurait pu le motiver plus fortement.

L'évaluation de l'enseignement est centrée sur la conception du programme et sur sa présentation aux étudiants. Bien que les composantes d'un programme d'enseignement varient selon l'école particulière, les départements ou le sujet même, il y a cependant certaines généralisations qui leur sont communes. Le Plan Topique pour l'Enseignement de la Santé Familiale présente les catégories générales et les caractéristiques de ces composantes. Un tel système d'enseignement est donné ci-dessous; il présente le rapport de l'évaluation et de chaque composante.

Figure I: RAPPORT ENTRE LES PRINCIPAUX POINTS D'UN SYSTEME D'ENSEIGNEMENT ET LE ROLE DE L'EVALUATION PAR RAPPORT A LA REVISION POSSIBLE DES INFORMATIONS ET DU PERFECTIONNEMENT DU SYSTEME



Dans le diagramme précédent les résultats des informations révisées sont obtenus par les méthodes et les instruments de l'évaluation. L'évaluation est une des composantes importantes de ce système d'enseignement duquel elle sert de contrôle. L'évaluation fournit les informations nécessaires pour la révision de chaque composante, et pour la modification des rapports qu'ont les composantes entre elles.

II. EVALUATION FONDEE SUR LES OBJECTIFS

Une des méthodes d'évaluation consiste à développer des instruments à partir des objectifs de l'enseignement, c'est-à-dire, à établir les objectifs spécifiques du cours et voir par l'utilisation des méthodes d'évaluation si ces buts étaient réalisés. L'évaluation doit être conçue de manière à aider le professeur à s'apercevoir des éléments du système d'instruction qui devraient être améliorés. Du fait que le rapport entre composantes est dynamique, la modification d'une composante provoquera nécessairement la modification des autres. Il faut donc que l'évaluation considère les rapports entre composantes, ainsi que les composantes individuelles.

Les objectifs du système d'instruction constituent la clé de ce système. Ils devront préciser le niveau d'expertise et les connaissances dont l'étudiant devra faire preuve. Si l'étudiant n'a pas appris, ou développé ses aptitudes, il s'ensuit que plusieurs des composantes du programme doivent être révisées.

Par exemple, si plusieurs étudiants n'ont pas accompli un des objectifs prévus, un ou plusieurs problèmes peuvent s'être manifestés:

1. La méthode d'évaluation n'est pas précise.
2. Les ressources sont inadéquates ou inappropriées.
3. Les méthodes d'enseignement ne sont pas efficaces.
4. Les objectifs spécifiques ne peuvent pas être atteints; ils ne sont pas réalistes.
5. Les matières du programme d'enseignement n'ont pas de rapport avec l'accomplissement des objectifs.

On devrait considérer d'abord l'efficacité des méthodes d'évaluation: est-ce qu'elles fournissent des données utiles sur le programme d'enseignement? On peut répondre facilement à cette question parce que, si les objectifs spécifiques sont énumérés, l'étudiant démontrera le manque ou la possession des aptitudes nécessaires pour leur réalisation. L'acquisition des capacités indique la réussite du programme. Les enseignants sont donc obligés de préciser: (a) les circonstances dans lesquelles les aptitudes de l'étudiant devraient se manifester; et (b) la manière dont l'étudiant les met à l'exécution.

Une fois que l'on a répondu à ces questions, les méthodes d'évaluation peuvent être établies. Les autres composantes du programme d'enseignement seront évaluées et modifiées après que l'enseignant aura eu la certitude que les méthodes d'évaluation choisies sont valides, consistantes et donnent des informations objectives.

III. CRITERES, EVALUATION ET METHODES

C'est les enseignants qui doivent porter un jugement sur les conditions d'évaluation (c'est-à-dire, les situations--modèles où les étudiants font preuve de leurs connaissances), et sur les critères (qui sont une mesure de la qualité du travail), lesquels ressemblent aux situations et aux critères de la vie professionnelle des étudiants. Il faut donc que ces conditions et ces critères soient identifiés et inclus dans chaque objectif et fondés sur le jugement de l'enseignant.

Il est possible de choisir, parmi les diverses méthodes d'évaluation, les méthodes appropriées pour l'évaluation et l'enseignement des aptitudes désirées. Ces méthodes sont les suivantes.

EVALUATION DES ETUDIANTS		
Activités	Critères d'évaluation	Méthodes d'évaluation
1. Soins et procédés cliniques	Niveau d'expertise de l'étudiant	Historiques, mesure du rendement effectif, observations, fiches de contrôle, études de cas, simulations, rapports, interviews des malades ou de l'étudiant
2. Connaissance clinique des matières de base scientifiques	Qualité du travail	Examens écrits et oraux, solution d'un problème, études ou interprétations de cas

EVALUATION DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT		
Activités	Critères d'évaluation	Méthodes d'évaluation
1. Motivation de l'étudiant	Qualité du travail, intensité de l'effort fourni	Capacité de prévoir l'application des matières, interviews, examens
2. Méthodes d'évaluation	Exactitude et utilité des résultats	Questionnaire ou interview fiche de contrôle, classement, observations, solutions de cas problématiques, mesure du travail effectué
3. Méthodes d'enseignement	Caractéristiques de l'enseignement, séquence logique correspond aux objectifs, en rapport avec les ressources disponibles, coût	Interview des collègues et des étudiants, observations, analyse du coût
4. Ressources	Coût du matériel éducatif, des aides et du personnel, rapport constant entre objectifs et méthodes d'enseignement	Observations, calcul du prix de revient, étude des documents
5. Objectifs	Niveau d'expertise de l'étudiant	Résultats des examens, interview et questiomaire des étudiants et des collègues
6. Matières	Accord des spécialistes	Documentation, enquête menée par les collègues

IV. EVALUATION CONTINUE

L'évaluation des étudiants et de l'enseignement s'introduit lors de la planification du cours, continue pendant la durée du cours et ne cesse qu'après sa terminaison. Chacun de ces stades devrait être évalué quant à son efficacité; et l'évaluation doit suivre de près chaque étape, pour que celle-ci puisse être améliorée aussitôt que possible.

Plus tôt la conduite d'un étudiant est évaluée, et plus tôt il peut la modifier. Les aptitudes et les attitudes d'un étudiant peuvent être évaluées au début d'un programme d'enseignement. Les ressources disponibles et les influences contraignantes peuvent être identifiées par la suite. On peut également apprécier les méthodes d'enseignement et d'évaluation. D'autre part tous ces éléments peuvent être analysés à tous les stades du cours.

V. CONSEQUENCES DE L'EVALUATION

L'évaluation fondée sur les objectifs est une stratégie très efficace pour l'application du Plan Topique pour l'Enseignement de la Santé Familiale: approche par étapes de la vie, car elle assure la continuité, l'exactitude et l'objectivité des résultats, ainsi que l'efficacité du programme d'enseignement. La valeur de l'évaluation fondée sur les objectifs est indiscutable par rapport au Plan Topique car les objectifs ont préalablement été définis par un groupe d'experts (médecins et enseignants) dans le domaine de la mise en oeuvre de la santé familiale en Afrique. L'évaluation selon les objectifs s'appuie sur le jugement et l'expertise de l'enseignant, par rapport aux conditions et aux critères nécessaires à l'évaluation du travail, des connaissances, et des aptitudes des étudiants.

ADRESSE DES EDITEURS

Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
Jacob Way
Reading, Massachusetts 01867
U S A

African Medical and Research Foundation
Wilson Airport
P.O.B. 30125
Nairobi, Kenya

Edward Arnold & Son
25 Hill Street
London, W1X 8LL
England

Butterworth's Publ. Ltd.
88 Kingsway
London, WC2B 6AB
England

Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill
University Square
Chapel Hill, N.C. 27514
U S A

Churchill & Livingstone
Division of Longman Inc.
72 Fifth Avenue
New York, N.Y. 10011
U S A

F.A. Davis & Co.
1915 Arch Street
Philadelphia, Pennsylvania 19103
U S A

Dickinson Publishing Co., Inc.
16250 Ventura Boulevard
Encinco, California 91436
U S A

Downstate Medical Center
P.O.B. 24
Brooklyn, New York 11203
U S A

Family Service Association of America
44 East 23rd Street
New York, N. Y. 10016
U S A

Fearon Publishers Inc.
Division of Pitman Publishing Corp.
6 Davis Drive
Belmont, California 94002
U S A

Halsted Press
Division of John Wiley & Sons, Inc.
605 Third Avenue
New York, N.Y. 10016
U S A

Hamlyn Publishing Group
Astronaut House
Hounslow Road
Feltham, Middlesex TWI 49AR
England

Harper & Rowe Publishers Inc
10 East 53rd Street
New York, N.Y. 10022
U S A

International Confederation of Midwives
47 Victoria Street
London SW1H OEQ
England

International Planned Parenthood Federation
18-20 Lower Regent Street
London, SW1Y 4PW
England

Johns Hopkins University
615 N. Wolfe Street
Baltimore, Maryland 21205
U S A

J. B. Lippincott & Co.
521 Fifth Avenue
New York, N.Y. 10017
U S A

Little, Brown & Co.
34 Beacon Street
Boston, Massachusetts 02106
U S A

Longman Publishers Inc.
19 West 44th Street, Suite 1012
New York, N.Y. 10036
U S A

McGraw Hill Book Co.
1221 Avenue of the Americas
New York, N.Y. 10036
U S A

C. V. Mosby & Sons
11830 West Line Industrial Drive
St. Louis, Missouri 63141
U S A

National Academy of Sciences
Printing and Publishing Office
2102 Constitution Avenue
Washington, D.C. 30418

Oxford University Press
200 Madison Avenue
New York, N.Y. 10016
U S A

Penguin Books Inc.
625 Madison Avenue
New York, N.Y. 10022
U S A

Prentice Hall Inc.
Englewood Cliffs, New Jersey 07632
U S A

Random House
201 East 50th Street
New York, N.Y. 10022
U S A

Russell Sage Foundation
230 Park Avenue
New York, N. Y. 10017

W. B. Saunders
West Washington Square
Philadelphia, Pennsylvania 19105
U S A

University of Chicago Press
5801 Ellis Avenue
Chicago, Illinois 60637
U S A

World Health Organization
Q Corporation
49 Sheridan Avenue
Albany, New York 12210
U S A

John Wiley and Son
605 Third Avenue
New York, New York 10016
U S A

SOURCES DU MATERIEL D'ENSEIGNEMENT

La liste suivante énumère quelques-unes des organisations où l'on peut se procurer du matériel pour l'enseignement de la santé familiale. Ces organisations produisent ou se chargent de la distribution d'imprimés, de films, d'affiches, de diapositives, de diagrammes, et d'autre matériel d'enseignement. Il faut acheter la plupart de ces aides; cependant, certains distributeurs les offrent à titre gratuit. Il est possible d'obtenir des catalogues et des renseignements concernant les sujets traités, les types d'aides, les prix, le niveau d'étudiant envisagé, et la description du matériel audio-visuel, en s'adressant aux organismes suivants:

African Medical and Research Foundation
Wilson Airport
P.O.B. 30125
Nairobi, Kenya

Bureau d'Etudes et de Recherches pour la Promotion de la Santé
Kangu-Mayumbe
République du Zaire
(has materials in French and English)

Carolina Population Center
Educational Materials Program
University of North Carolina
401 University Square
Chapel Hill, N. C. 27514
U S A

Catholic Relief Fund
11 Rue de Cornavin
CH-1201 Geneva
Switzerland

ENI Communication Centre
P.O.B. 2361
Addis Ababa
Ethiopia

Foundation for Teaching Aids at Low Cost (TALC)
Institute for Child Health
30 Guilford Street
London, WC1N 1EH
England

International Audio-Visual Resource Service
Dorland House
18-20 Lower Regent Street
London, SW1Y 4PW
England

International Planned Parenthood Federation:

Headquarters:
18-20 Lower Regent Street
London, SW1Y 4PW
England

Regional Office:
IPPF
P.O.B. 30234
Nairobi, Kenya

African Regional Council Sub-Office:
IPPF
P.O.B. 7699
Accra, North Ghana

Planned Parenthood Federation of America, Inc.:
The Alan Guttmacher Institute
151 Madison Avenue
New York, N.Y. 10022
U S A

National Food and Nutrition Commission
P.O.B. 2669
Lusaka, Zambia

The Pathfinder Fund
850 Boylston Street
Boston, Massachusetts 02167
U S A

Population Reference Bureau
1755 Massachusetts Avenue N.W.
Washington, D.C. 20036
U S A

Royal Tropical Institute
Department of Tropical Hygiene
63 Mauritskade
Amsterdam
The Netherlands

World Council of Churches
Christian Medical Commission
150 Route de Ferney
CH-1211 Geneva 20
Switzerland

also:
475 Riverside Drive
New York, N.Y. 10027
U S A

World Health Organization
Distribution and Sales Services
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Population Council
245 Park Avenue
New York, N.Y. 10017
U S A