PN-ABG-161
ISN 62215

UTILISATION MATERIEL EDUCATIF
PAR AGENTS DE SANTE
MALI

A Report Prepared By PRITECH Consultant:
MAKANE KANE

During The Period:
DECEMBER 1989 - MAY, 1990

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:
U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 7/9/90
ASSGN. NO: RAD 024-SA

MALI : UTILISATION MATERIEL EDUCATIF PAR AGENTS DE SANTE

1. Introduction

Au Mali comme dans d'autres pays du Sahel la finalité "d'une prise en charge de leur propre santé par les populations" repose, entre autres, sur l'information, l'éducation et la communication, plus communément comprises sous le sigle IEC. Dans cette optique, une tâche essentielle est dévolue au personnel de santé, qui se voit confier la mission 'd'éduquer" des populations, en majorité analphabètes, sur des sujets comme la prévention de certaines maladies, la nutrition, l'hygiène, la vaccination, le planning familial, la réhydratation par voie orale (RVO) etc...

Et c'est précisément dans le cadre de la stratégie en matière d'IEC que du matériel éducatif a été conçu et produit à l'intention du personnel de santé, qui devrait l'utiliser durant les interactions avec les patients ou accompagnants d'enfants malades.

Si des failles ont été constatées dans le système de distribution du matériel produit par le PNLMD par exemple, d'autres problèmes, toujours liés à ce matériel éducatif, ont également été mis à jour notamment par l'Etude sur la Prise en Charge des Cas de Diarrhée dans les Formations Sanitaires (1988) et l'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques, 1989) : pour des raisons non explicitement identifiées, le personnel de santé exploitait insuffisamment le matériel du PNLMD, voire ne l'utilisait pas du tout.

La présente étude vise donc à cerner de plus près les facteurs explicatifs de la sous-utilisation (ou non-utilisation) de matériel éducatif, en principe disponible, par le personnel socio-sanitaire ; ce faisant l'étude s'intéresse à toutes sortes de matériels d'éducation distribués aux formations sanitaires, en particulier ceux produits par les Programmes ou Services rattachés à la Division Santé Familiale.

Au plan méthodologique la démarche repose, en plus des observations consignées dans un "carnet de bord", sur des entretiens individuels approfondis auprès d'agents de santé sur leurs lieux de travail.

Au total des entretiens d'une demi-heure à une heure en moyenne ont été organisés, à l'aide d'un guide d'entretien (voir annexe), auprès de 31 agents se répartissant ainsi : 3 médecins, 14 infirmiers d'Etat, 6 sages-femmes, 4 infirmiers du premier cycle, 2 aides-soignantes, 1 assistante sociale et 1 matrone.
Ces agents ont été rencontrés dans 9 formations sanitaires, dont 4 de la capitale (Hopital Gabriel Touré, CASFN, PMI de Hamdallaye, Dispensaire de Dravéla) et 5 de l'intérieur du pays (Centres de Santé de Koulikoro, Dioila et Barouéli, PMI de Kati, Dispensaire de Kalaban-coro). Sur cette base les formations sanitaires les plus courantes ont été prises en compte. Les deux structures sanitaires privées (parmi les rares existantes dans le pays), que nous avons visitées à Bamako, ne menaient aucune activité d'éducation ; elles ne présentaient donc aucun intérêt pour les objectifs visés par un tel travail.

Eu égard à la nature qualitative de l'étude, l'on cherchera beaucoup plus à répondre à la question du "pourquoi" qu'à la question du "combien". En d'autres termes l'analyse sera plutôt interprétative et les résultats, sans être généralisables à toutes les formations sanitaires du pays, devraient simplement révéler des tendances et permettre d'élaborer des hypothèses de travail pour solutionner l'épineux problème de la sous-utilisation du matériel éducatif.

2. Quelques caractéristiques socio-démographiques des Agents de santé enquêtés

La présente étude s'appuie sur les opinions de 31 Agents de santé rencontrés au hasard de nos visites auprès de 9 formations sanitaires, dont 4 de Bamako, 4 de la Région de Koulikoro et 1 de la Région de Ségou.

Les Agents de santé sont constitués de 10 du sexe masculin et de 21 femmes. Selon les catégories ils se répartissent ainsi : 3 médecins, 14 infirmiers d'Etat, 6 sages-femmes, 4 infirmiers de santé, 2 aides-soignants, 1 assistante sociale et 1 matrone.

Les Agents interrogés sont en général d'âge mûr (30 ans pour le moins âgé et 54 ans pour le plus âgé) et jouissent d'une longue expérience professionnelle, comme l'indique la grille suivante :

2 à 5 ans d'expérience professionnelle			: 4 agents
6 à 10 ans d'expérience professionnelle			: 7 agents
11 à 20 ans	"	"	: 10 agents
21 à 30 ans	"	"	: 8 agents
plus de 30 ans	"	"	: 2 agents

Hormis le fait que tous les agents rencontrés comprennent bambara et français (plusieurs parlent d'autres langues du pays), l'on constate au vu de la durée de leur séjour dans leur lieu de travail actuel, qu'en principe presque tous ont eu le temps de se familiariser avec les réalités socio-culturelles des populations venant les consulter ; seuls 2 agents ont une durée de séjour dans leur zone inférieure à 1 an, alors que les autres sont à leur poste depuis bon nombre d'années :

11 agents	ont passé	entre	1 et 5 ans	dans le	même	lieu	de travail
7 "	"	"	6 et 10 ans	"	"	"	"
7 "	"	"	6 et 20 ans	"	"	"	"
4 "	"	"	plus de 20 ans		"	"	"

3. De la disponibilité du matériel éducatif dans les formations sanitaires visitées (à partir de notes de terrain)

Le recours à l'observation des lieux dans lesquels les agents de santé travaillent quotidiennement permet d'avoir un meilleur éclairage des pratiques de ceux-ci. On oublie souvent que la bonne volonté des agents à elle seule ne suffit pas et que leurs pratiques sont le résultat des contraintes liées au contexte, dans lequel ils évoluent. Qu'attendre en effet d'agents travaillant dans une formation sanitaire dépourvue du moindre matériel d'éducation ou qui n'accorde que très peu d'attention aux activités d'EPS ?

Par souci de comparaison, nous présenterons successivement les formations sanitaires visitées dans la capitale et ensuite celles de l'intérieur du pays.

3.1. Les formations sanitaires de la capitale

Si au vu des renseignements du PNLMD toutes les quatre formations sanitaires se sont vu attribuer un lot de matériels éducatifs proportionnellement à leurs tailles et à leurs besoins "estimés", l'observation des lieux montre que l'essentiel des matériels éducatifs était surtout visible dans une seule structure, à savoir le CASFN. Le CASFN, au vu des affiches et autres documents collés aux murs (d'origine très diverse), donne parfois l'impression du trop plein contrastant nettement avec celle du vide laissée par les trois autres formations sanitaires.

On serait tenté de croire, en se limitant à une observation superficielle, que le matériel du PNLMD n'aurait été distribué que de façon parcimonieuse dans les 3 structures sanitaires que sont l'hopital Gabriel Touré, la PMI de Hamdallaye et le dispensaire de Dravéla.

Or, dans deux cas (Gabriel Touré et Dravéla) un questionnement fouillé aura permis de mobliser la mémoire de deux agents, qui ont fini par retrouver des lots encore intacts de matériels éducatifs (du PNLMD) à l'intérieur d'armoires jusque là hermétiquement fermées.

De manière générale donc, sauf pour le CASFN, les structures sanitaires visitées à Bamako présentent le même visage : peu de matériel éducatif visible dans les salles de consultations, les halls, les couloirs ou les cours.
Les rares qui existent se ramènent toutes à des affiches portant sur le PEV (SIES), les diarrhées (PNLMD) et deux maladies nutritionnelles (Service de Nutrition). Le cas le plus extrême est celui de l'hopital Gabriel Touré où, selon certains agents, un arrêté ministériel aurait interdit l'affichage notamment des annonces publicitaires distribuées par les délégués médicaux. Nous ne saurons dire si cette mesure touche aussi le matériel mis au point par certains programmes et services du Ministère de la santé, mais il n'y a pas de traces de la présence de ceux-ci dans tout le service de Pédiatrie de l'hopital Gabriel Touré.

3.2. Les formations sanitaires de l'intérieur

Dans les régions de Koulikoro et de Ségou il nous a été donné l'occasion de visiter 5 formations sanitaires : 3 centres de santé (Koulikoro, Dioila et Barouéli) 1 PMI (Kati) et 1 dispensaire rural (Kalaban-coro).

Les 3 centres de santé, comme par hasard, connaissent des situations très différentes, lesquelles pourraient plus ou moins refléter les réalités des centres de santé maliens, du moins par rapport à la disponibilité du matériel éducatif :
- un centre de santé quelque peu déconnecté du système de distribution officiel du Ministère et qui dit jouir d'une relative autonomie en matière de matériel éducatif du fait d'un financement extérieur (Projet hollandais à Dioila).
- un centre de santé relativement bien doté de matériel éducatif produit par les services ou programmes nationaux (Koulikoro).
- un centre de santé qui, bien que jouissant par ailleurs d'une réputation certaine en matière de vaccination, ne dispose quasiment d'aucun matériel éducatif (Barouéli).

Les 2 autres formations sanitaires (PMI de Kati et dispensaire de Kalaban-coro), compte tenu de leurs dimensions plus réduites, possédent quand même des affiches, prospectus et livrets émanant des différents services

rattachés à la DSF (y compris le PNLMD), même si la quantité n'est toujours pas suffisante.

Dans toutes les formations sanitaires visitées, il faut reconnaître qu'à l'exception du Dispensaire de Kalaban-coro, les conditions de conservation des matériels éducatifs gagneraient à être améliorées. Faute d'équipements de rangement ils sont parfois entassés sous une table ou derrière une armoire, laissés ainsi à la merci de l'humidité, de la poussière et même... de petits rongeurs. Le matériel éducatif, comme à Bamako, se constitue pour l'essentiel d'affiches sur la PF, la nutrition et la RVO. Dans une structure sanitaire (Koulikoro) nous avons pu noter des mannequins devant servir durant les causeries sur la planning familial et les consultations prénatales, tandis que dans une autre (Dioila) le matériel GRAAP (figures et tableau de feutre) produit par le CESAO (Burkina Faso) nous a été présenté, même s'il n'est utilisé à l'heure actuelle que durant les formations du personnel de santé. A la question de savoir à quand l'utilisation de ce matériel auprès des populations, il nous a été vaguement répondu que le projet hollandais envisagerait de faire une commande de plusieurs jeux auprès du CESAO.

Les formations sanitaires de l'intérieur partagent la particularité, malgré leur dénuement en matériel éducatif, de ne pas rendre accessibles au grand public les informations contenues dans les affiches. Par pragmatisme certains agents conservent jalousement le peu qu'ils ont, au risque d'en priver les mères. D'autres font preuve de laxisme , se réfugiant derrière le manque de colle ou de clous pour justifier le non affichage du matériel de promotion de la RVO déjà disponible. Enfin quelques agents semblent ne prendre en compte aucune considération d'ordre stratégique ou communicationnel, quand ils apposent les affiches au mur ou sur une armoire : on a même parfois l'impression que l'affiche est plus destinée à l'occupant du bureau qu'au visiteur.

4. De la place de l'Education pour la Santé dans les formations sanitaires visitées

En dressant un schéma récapitulatif des activités menées par les agents de santé dans les structures sanitaires que nous avons visitées, deux constantes se dégagent :
- une prépondérance des consultations et des soins
- une part minime réservée à l'éducation, en tant qu'activité formalisée dans le plan de travail.

Ces résultats ne traduisent du reste aucune nouveauté, mais autorisent des remarques à la lumière des observations notées sur le terrain.

L'organisation interne de la structure sanitaire, fortement hiérarchisée, admet une répartition des tâches horizontale, quand il s'agit des consultations et des soins, mais verticale quand il s'agit de l'éducation. En d'autres termes : alors que presque tous les agents peuvent être impliqués dans les consultations et soins, les activités d'éducation semblent être uniquement réservées aux agents se situant au bas de l'échelle hiérarchique.

Sans qu'une situation pareille ne soit le fruit d'une quelconque note administrative, elle semble tout de même avoir été intériorisée par les agents de santé, à quelque niveau qu'ils se situent. Souvent c'est le médecin-chef ou l'infirmier chef de poste qui nous a acheminés vers l'agent chargé des soins et de l'éducation, tout en avouant ne s'occuper que des cas de consultations. Comme si l'éducation devrait être dissociée de la consultation. De fait, et nous le verrons plus loin, la consultation est perçue comme plus valorisante que l'éducation.

Nous retiendrons néanmoins que les activités d'éducation menées dans les formations sanitaires visitées sont collectives ou individuelles (durant la consultation). Les causeries en groupe portent surtout sur des thèmes relatifs à la planification familiale, à la nutrition et à la vaccination. Durant les consultations les sujets varient en fonction de la pathologie diagnostiquée, mais ont généralement trait selon les agents au planning

familial, à l'alimentation, à la RVO, à l'hygiène, à l'accouchement et à la prévention du paludisme.

Qu'il s'agisse des séances collectives ou individuelles, les agents de santé misent sur la capacité des auditeurs à retenir les informations qu'ils leur livrent verbalement, sans l'aide de supports visuels. Même lorsque la structure dispose de matériel éducatif, ce n'est que très rarement que celui-ci est utilisé. L'utilisation de matériel éducatif serait-elle superflue dans une société, où l'oralité - trait dominant de la culture - influe forcément sur les mécanismes d'apprentissage ?

Les agents de santé, que nous avons rencontrés sur le terrain, pensent au contraire que le matériel éducatif est tout aussi important que nécessaire dans leur travail d'éducation et de communication. Dans le chapitre suivant nous tenterons d'apporter un éclairage au problème de la non-utilisation (et sous-utilisation) du matériel d'éducation sur la base des explications des agents interrogés.

5. Facteurs explicatifs de la sous-utilisation ou de la non-utilisation du matériel éducatif chez le personnel de santé

5.1. De l'utilisation du matériel éducatif selon les types de formations sanitaires

5.1.1. Exemple d'une formation sanitaire de niveau national : l'hôpital Gabriel Touré de Bamako

A l'hôpital G. Touré nous nous sommes entretenus avec 6 agents du service de Pédiatrie dont 5 infirmiers d'Etat et une infirmière du premier cycle, celle-ci étant d'ailleurs chargée de l'URO.

A en croire ces agents le service de Pédiatrie souffrirait d'un manque chronique de matériel éducatif. Est-ce en raison de son rôle primaire de structure à caractère curatif qu'elle aurait été marginalisée durant les répartitions de matériel éducatif produit par le Ministère de la Santé ?
Il nous a pas été possible d'avoir une situation exacte de la disponibilité en matériel éducatif ; mais même si leur quantité était insuffisante, des affiches,prospectus et figurines étaient disponibles, enfermés dans l'armoire d'une salle, dont aucun signe distinctif ne pouvait laisser croire qu'elle servait d'URO. Hormis l'infirmière du premier cycle, tous les autres agents disent ignorer l'existence de matériel éducatif dans leur service et ne prennent donc pas la peine d'en utiliser durant les consultations,. En réalité un manque d'intérêt évident pour les activités d'éducation, doublé d'un rejet passif d'un matériel jugé trop simpliste, se trouve conforté par une attitude négative des supérieurs hiérarchiques à l'égard de tout matériel imprimé, "peu adapté au milieu hospitalier" selon ceux-ci. Le problème de l'adaptabilité du matériel imprimé, sans qu'il ne doive être éludé, n'est cependant posé que par rapport aux contraintes du temps liées, semble-t-il, à la surcharge de travail et à la nécessité de prodiguer des soins "rapides et efficaces". Aussi l'utilisation de matériel éducatif est-elle perçue comme un luxe, pour ne pas dire une perte de temps. Cette conception transparait dans le discours de tous les agents rencontrés, exception faite de l'infirmière du premier cycle ; pour cette dernière, quelles que puissent être les contraintes

de temps, il arrive très souvent que le personnel de santé soit libre vers la fin de la matinée ; il pourrait donc, à son avis, mettre à profit ce temps pour mener des causeries avec au moins les accompagnants d'enfants hospitalisés.

Une autre conception que partagent les agents, sauf de nouveau l'infirmière de santé, est celle de mettre en place un circuit de vidéo diffusant des informations dans une salle d'attente désignée à cet effet. Curieusement ce point de vue a été aussi émis par un des supérieurs hiérarchiques du service, avant que l'autorisation ne nous soit accordée de nous entretenir avec le personnel. Cet engouement des agents pour les moyens audio-visuels trouve sans doute son fondement dans une expérience déjà initiée par des délégués médicaux. La solution de la vidéo, en tant qu'elle constitue une substition à la communication interpersonnelle, permettrait en fait de libérer les agents de santé du sentiment d'insécurité qu'ils vivent, car tous déclarent n'avoir reçu qu'une "formation sur le tas" sur l'utilisation de matériel éducatif ; et au de là même de l'utilisation tout court de matériel éducatif se pose selon eux le problème de la compétence pédagogique : la formation reçue au cours d'un stage ou dans le service même insisterait plus sur les aspects cliniques que sur les techniques de communication. Par conséquent, bien que reconnaissant l'importance de la prévention et de l'éducation des populations, ils se sentent incapables de communiquer de manière satisfaisante leurs connaissances à un auditoire.

Au niveau individuel donc la non-utilisation de matériel éducatif par les agents de santé en milieu hospitalier s'explique sous le double plan du manque de temps et de formation en IEC.

Ce double handicap, replacé dans le contexte institutionnel, pose la problèmatique de la place de l'éducation pour la santé dans une formation de type hospitalier. Serait-ce trop demander à du personnel d'une formation sanitaire nationale soucieux de soigner les cas les plus graves, que de mener un travail d'information et d'éducation ?

Le rejet actif par l'un des chefs du Service de Pédiatrie de matériel imprimé se fonde certainement sur un tel raisonnement. Et dans ce sens le

manque d'intérêt des autres agents pour les activités d'éducation et la manipulation de matériel imprimé serait une sorte de légitimation de la position des chefs de service en même temps qu'un révélateur de leurs lacunes pédagogiques.

5.1.2. Exemple d'un centre de santé de région : Koulikoro

Au centre de santé de Koulikoro 3 entretiens individuels ont été organisés avec un médecin, une sage-femme et une aide soignante. Le médecin s'occupe pour l'essentiel des consultations et des tâches administratives, tandis que la sage-femme et l'aide-soignante sont chargées pour l'une des consultations et de l'EPS et pour l'autre des soins et de l'EPS. Il semble que les séances d'EPS soient surtout axées sur le planning familial et ce grâce au concours d'un animateur social (sortant de l'INA) qui organise régulièrement des causeries au centre.
Le médecin, bien que conscient de la nécessité de mener des activités d'éducation, se déclare handicapé à un triple niveau : il a toujours travaillé dans une formation sanitaire de type hospitalier (ce qui confirme un peu la tendance révélée dans la partie précédente), il n'a jamais bénéficié d'une formation en IEC et enfin il était nouvellement affecté à ce poste.
Par contre pour la sage-femme et l'aide-soignante toute occasion est exploitée pour mener de l'éducation. Ainsi en dehors des causeries dirigées par l'animateur social, elles-mêmes en organisent hebdomadairement sur des thèmes aussi variés que l'hygiène, la nutrition, les vaccinations, les dangers de l'excision, la RVO, l'importance des consultations post-natales etc...

Malheureusement le matériel éducatif utilisé durant ces séances collectives se limite à quelques affiches, dont les conditions de conservation n'ont pas été des meilleures : ce qui fait que même des affiches sur la nutrition, disponibles, s'avèraient inutilisables, vu leur état. Par contre à l'URO, en plus du matériel de démonstration pour préparer les solutions RVO, tous les autres supports produits par le PNLMD seraient utilisés, y compris les prospectus systématiquement remis à toutes les mères.

L'on ne peut donc parler dans ce centre de non-utilisation mais plutôt de sous-utilisation du matériel éducatif. Les facteurs explicatifs de cette situation sont selon les agents de trois ordres :
- problème de disponibilité du matériel éducatif
- manque de formation des agents en IEC
- attitudes des mères vis-à-vis des séances d'éducation, qu'elles soient individuelles ou collectives.

Il faut reconnaitre, qu'en dépit de son état parfois piteux, du matériel éducatif est disponible surtout sur le planning familial et les maladies diarrhéiques et que celui-ci est tout de même utilisé. Toutefois, en dehors des mannequins destinés à expliciter le cycle de reproduction humaine et les appareils génitaux et du livret de la RVO l'essentiel du matériel se ramène à quelques affiches, qui finissent par devenir "monotones".

Le deuxième facteur pour expliquer la sous-utilisation du matériel éducatif serait lié, si l'on en croit les agents interrogés, à un manque de formation en IEC. Quels que soient leurs efforts, les agents se rendent compte, en se comparant à l'animateur sorti de l'INA, qu'ils ont des lacunes en matière de communication ; celui qui leur sert de référence maitrise non seulement l'art de capter l'attention de l'auditoire, mais serait aussi à l'aise dans le maniement des flanellographes et des diaporamas. Ne pouvant s'auto-évaluer que par rapport aux prestations de l'animateur social, la sage-femme et l'aide-soignante se sentent frustrées de n'avoir jamais bénéficié de formation en IEC.
Le troisième facteur, qui aux yeux des agents bloquerait les activités d'éducation et expliquerait une utilisation moins soutenue du matériel éducatif, incombe aux mères elles-mêmes. Le centre de santé de Koulikoro se voit fréquenter par de nombreux malades des villages environnants ; l'inexistance dans la ville d'autres formations sanitaires, même modestes, concourt ainsi à un taux de fréquentation particulièrement élevé. Or du fait des longues distances à parcourir à pied et des occupations domestiques (préparer le repas notamment ou aller au marché), les mères sont impatientes de quitter les lieux ; toute interaction est par conséquent écourtée et cela influe évidemment sur l'utilisation de matériel éducatif.

5.1.3. Exemple des Centres de santé de cercle : Dioila et Barouéli

Dans les cercles de Dioila et de Barouéli nous nous sommes entretenus avec 8 agents de santé, dont 2 médecins, 3 sages-femmes, 2 infirmiers d'Etat et 1 infirmier du premier cycle. Les deux centres de santé ont chacun leur particularité : Dioila bénéficie du soutien technique et financier d'un projet hollandais et Barouéli s'est particulièrement distingué par un taux de couverture vaccinale élevé. On serait tenté de croire que les moyens du premier et la capacité de mobilisation sociale du second cercle en feraient des zones-pilotes en matière d'IEC.

A Dioila comme à Barouéli les agents s'occupent surtout à faire des consultations, des soins et des vaccinations. L'éducation pour la santé, menée uniquement durant les consultations et parfois lors des séances de vaccination n'est pas une activité formalisée dans le plan de travail, bien que son importance ne soit pas par ailleurs perdue de vue. Alors que le matériel éducatif fait cruellement défaut à Barouéli, nous n'avons trouvé à Dioila que quelques affiches sur le PF et la nutrition et un seul jeu de la méthode Graap jusque là utilisé durant les formations du personnel.

En dépit de la motivation des responsables des centres de santé les activités d'éducation et l'utilisation de matériel se voient réduites à leur plus simple expression : des conseils verbaux lors des consultations.

Les entretiens avec les agents de santé ont permis de révéler, au delà du problème de disponibilité comme facteur explicatif de la sous-utilisation du matériel éducatif, d'autres variables à prendre en compte.

Le système de distribution à l'intérieur d'une structure sanitaire a été souligné par des agents : il arrive, une fois le matériel remis au chef de la formation sanitaire, que ce dernier n'avise pas les agents (par oubli ou par négligence) et l'enferme dans une armoire, dont il serait le seul à détenir la clef.

Le profil de l'agent influerait aussi sur l'utilisation du matériel éducatif : les sages-femmes auraient tendance à moins utiliser le matériel d'éducation, préférant laisser à d'autres cette activité jugée quelque peu "non professionnelle".

Le manque de formation des agents aux techniques de communication et à la manipulation du matériel éducatif serait, à en croire tous les agents, un des facteurs-clefs de la non-utilisation de matériel éducatif.

Enfin, il existerait une tendance générale, selon certains agents, chez le personnel technique (médecins, sages-femmes, infirmiers) accoutumé à la consultation à considérer les activités d'éducation comme dévalorisantes.

5.1.4. Exemple des PMI : CASFN/PMI Hamdallaye/PMI Kati

Les trois PMI que nous avons visitées dans le cadre de cette étude se trouvent toutes en zone urbaine : le CASFN et la PMI de Hamdallaye à Bamako et celle de Kati. Nous y avons rencontré 3 infirmiers d'Etat, 2 sages-femmes, 1 infirmière du premier cycle et 1 assistante sociale.

Dans toutes les formations sanitaires l'utilisation du matériel éducatif est sporadique, à en croire les agents. Même si le CASFN semble mieux doté que les 2 autres, les agents de ce centre déclarent surtout donner des conseils verbaux aux mères. Ils expliquent ce fait par la négligence (ou paresse selon certains), alors que ceux de Hamdallaye et de Kati insistent surtout le manque de compétence pédagogique du personnel. Les conceptions des agents de la zone urbaine rappellent beaucoup celles de leurs collègues rencontrés à l'hôpital Gabriel Touré, qui souhaiteraient la diminution voire la suppression du matériel imprimé au profit d'une utilisation plus poussée des moyens de communication de masse (radio et télévision). D'ailleurs certains pensent que les affiches et autres matériels imprimés s'adapteraient plus au monde rural ; à ce propos il faut souligner au passage les jugements stéréotypés de ces agents vis-à-vis de populations qu'ils considèrent comme ignorantes et incapables d'assimiler leurs messages, surtout quand ceux-ci sont véhiculés par des illustrations.

5.1.5. Exemple des Dispensaires : comparaison entre un dispensaire urbain et un dispensaire rural

Au dispensaire de Dravéla nous nous sommes entretenus avec un infirmier d'Etat et une infirmière du premier cycle, tandis qu'à Kalaban-coro nos interlocutrices étaient une aide-soignante et une matrone. Le dispensaire de Dravéla est abrité par une vieille bâtisse de type colonial mais d'apparence coquette et fonctionnelle. Celui de Kalaban-coro, vieux d'une décennie et construit en banco, est aussi bien agencé au plan architectural avec de grandes pièces bien aérées. Dans les deux structures sanitaires deux seules affiches étaient visibles : une sur la vaccination dans la véranda (Dravéla) et une autre sur la RVO dans la salle d'attente (Kalaban-coro).

Contrairement à toute attente le dispensaire de Dravéla, dirigé par un médecin, est de moins en moins fréquenté depuis que le CASFN situé pas trop loin a ouvert ses portes. Les activités du dispensaire semblent donc se limiter à quelques cas de consultations et de soins par jour et à une séance mensuelle de vaccination. L'éducation pour la santé est quasi-inexistante, surtout que le matériel n'a été accessible au personnel pour la première fois que lors de notre passage. De nos entretiens il apparait que les formations ou recyclages jusque-là suivis par les 2 agents étaient plus axés sur des connaissances techniques que sur la manière de transmettre celles-ci ; conscients de leurs lacunes et ne tenant nullement à offenser l'autorité hiérarchique, les agents n'ont même pas éprouvé le besoin de s'imprégner des contenus du matériel du PNLMD distribué il y a déjà longtemps et enfermé intact dans une armoire.

Mais, par ailleurs, ce qui semble également handicaper les activités d'éducation et qui ne relève pas des agents est le bas taux de fréquentation par les mères.

A l'opposé le dispensaire de Kalaban-coro connait un sort plus fortuné : non seulement il est bien fréquenté (c'est le seul du village) mais surtout le peu de matériel dont il dispose est soigneusement gardé et utilisé convenablement. Le manque de matériel éducatif n'entrave en rien

l'organisation de causeries et l'utilisation judicieuse des affiches et prospectus disponibles.

Après les interactions le matériel est bien rangé dans une armoire à la portée de l'aide-soignante et de la matrone rencontrées. Si les thèmes des séances d'éducation tournent surtout autour du planning familial, des vaccinations et de la RVO c'est parce que les deux agents n'ont pas de matériels à leur disposition sur d'autres sujets ; les agents interrogés ne se sentent handicapés ni par un manque de formation ni par une surcharge de travail (bien qu'elles n'en soient pas épargnées). Notre sentiment, sur la base de nos observations à Kalaban-coro, est que plus les agents se rapprochent socialement des populations, plus ils ont tendance à apprécier les efforts à fournir en matière de prévention, donc d'éducation ; par ailleurs le matériel éducatif disponible n'est point rejeté sous prétexte de sa "simplicité" mais plutôt adopté pour cette même raison, parce que jugé bien compris par les mères.

5.2. De l'utilisation du matériel éducatif selon les catégories des agents

Sur les 31 agents rencontrés seuls 13 disent avoir reçu une formation de courte durée, durant laquelle des questions d'éducation et de communication en matière de planning familial et de maladies diarrhéiques auraient été abordées. De manière générale le contenu de la formation serait plutôt théorique et plus axée sur l'acquisition de connaissances techniques que sur l'IEC.

Bien que les données recueillies dans le cadre de cette étude soient loin d'être représentatives, on constate tout de même que ce sont surtout les agents dits de niveau moyen (sages-femmes et infirmiers d'Etat) qui bénéficient de stages et autres séances de formation : sur les 13 agents ayant reçu une formation, 10 appartiennent à cette catégorie.

A cause de leurs tâches multiples les **médecins** rencontrés ne consacreraient du temps à l'éducation que durant les consultations ; en tant

qu'autorités médicales travaillant dans des structures de santé publique ils ne sauraient ignorer l'importance des activités d'éducation.
Toutefois tous avouent ne pas se servir de matériel éducatif durant l'interaction avec un patient, simplement parce qu'ils ne disposeraient que de quelques exemplaires portant sur la diarrhée. Donc en l'absence de matériel sur les autres cas, ils en arrivent naturellement à ne donner que des conseils verbaux et ce pour toutes les pathologies.

Même s'il leur arrive parfois de consulter des enfants, les **sages-femmes** font beaucoup des consultations pré- et postnatales.
Ces dernières leur offrent l'occasion d'organiser des causeries collectives sur leur domaine préféré, à savoir la planification familiale et des sujets connexes.

Malheureusement, à l'exception de 2 cas, les 4 autres sont limitées par l'insuffisance de matériel ou le manque de formation en techniques de communication.

Leurs propos laissent cependant entrevoir une tendance à ne pas s'identifier à l'éducateur pour la santé ; la sage-femme devrait, à leurs yeux, s'occuper principalement des consultations et de l'accouchement et confier l'éducation à d'autres.

Un sentiment analogue prévaut aussi chez les **infirmiers d'Etat**, qui se considèrent davantage comme prodiguants de soins. A l'exception d'une minorité, les infirmiers d'Etat rencontrés affichent une sorte de rejet passif des activités d'éducation. A défaut de prendre en compte des paramètres psychologiques, pour bien expliquer un certain nombre de leurs comportements (amour des perscriptions, survalorisation des signes distinctifs de la profession, distance vis-à-vis des paramédicaux etc...), nous retiendrons simplement leur tendance à se réfugier derrière le manque de formation pour légitimer la sous-utilisation du matériel éducatif. En réalité nos entretiens permettent de conclure que même ceux qui ont bénéficié d'une formation sommaire en IEC et disposent d'un peu de matériel éducatif n'en faisaient pas un usage systématique, sous prétexte d'une charge élevée de travail curatif.

Pour d'autres la sous-utilisation du matériel éducatif incomberait aux supérieurs hiérarchiques, les médecins notamment, qui ne leur donneraient pas d'instructions dans ce sens ; la crainte de prendre des initiatives pouvant contrarier les conceptions du supérieur hiérarchique expliquerait ainsi selon eux ce souci de ne pas perdre du temps, sous-entendu de ne consacrer que le minimum à l'éducation.

La dernière catégorie du personnel de santé que nous abordons maintenant regroupe en fait deux sortes d'agents : des **paramédicaux** et des **agents de santé de niveau inférieur.**

Cette catégorie se compose d'une matrone, de deux aides-soignantes, d'une assistante sociale et de quatre infirmières du premier cycle.

Ces agents n'appartiennent pas au corps véritablement technique du personnel (malgré la présence d'infirmiers du premier cycle, dont les compétences techniques restent limitées). Cependant en dépit des différences dans leurs appellations respectives et certainement dans leurs domaines d'activités, ils constituent au plan de leurs attitudes et comportements un groupe relativement homogène, du moins par rapport à l'éducation pour la santé. Leurs opinions convergent sur la double nécessité de mener des activités d'éducation et d'utiliser du matériel éducatif, quel qu'il soit. D'après leur expérience la participation des mères s'accroitrait avec l'utilisation d'un support visuel de même que la compréhension des messages. Contrairement aux infirmiers d'Etat qui souhaiteraient du matériel ayant des contenus plus techniques, cette dernière catégorie d'agents estime que le matériel à leur disposition, des affiches surtout, est de facile manipulation et adapté au niveau des populations analphabètes.
Ce qui témoigne d'un réel souci de partir d'abord du contexte dans lequel ils travaillent plutôt que de leurs propres besoins ; ce faisant cette catégorie d'agents se rapproche davantage de la finalité visée par l'esprit des soins de santé primaires.

6. Propositions de solutions formulées par les Agents de Santé

6.1. Propositions sur le matériel éducatif

Le fait que l'essentiel du matériel éducatif jusque là à la disposition du personnel de santé soit constitué d'affiches a fait naitre chez celui-ci une attitude de défense vis-à-vis d'un type de matériel considéré comme "monotone" ou même "dépassé".

Aussi l'on conçoit bien que les propositions des agents tournent en général autour de la production d'autres types de matériel éducatif.

A ce niveau les solutions préconisées varient selon que les agents sont issus de la capitale ou de l'intérieur.

Les agents de la capitale sont particulièrement attirés par les moyens audio-visuels, qu'ils soient "lourds" ou "légers" : ils recommandent une plus grande implication de la télévision et de la radio dans le processus d'éducation des populations. D'ailleurs, selon les agents des formations hospitalières, une mise en place d'un circuit de télévision fermé (vidéo) pourrait se substituer à eux et leur permettre de se consacrer aux tâches curatives. Les autres propositions vont dans le sens de la production de films éducatifs et de diaporamas.

A l'opposé l'attrait des moyens audio-visuels sophistiqués est moins perceptible chez les agents de santé de l'intérieur, qui recommandent plutôt la production de flanellographes, de livrets, de feuilles volantes et d'affiches. Les justifications du choix de ces types de matériel sont leur simplicité, leur manipulation facile et leur adaptabilité au contexte rural. D'après leur expérience les livrets et feuilles volantes seraient très appréciés, parce que contenant plus d'informations que les affiches, où ne figurent d'ordinaire que des dessins et un seul message.

6.2. Propositions relatives à la formation

Tous les agents rencontrés, quelles que soient leur catégorie et leur fonction, souhaiteraient une formation s'articulant sur les techniques de communication et de production de matériel d'éducation simple (illustrations par exemple), pour qu'ils se sentent plus à l'aise devant un auditoire. Plusieurs agents ont en effet fait part durant les entretiens du trac qu'ils éprouvaient en s'adressant à un public. Même si cela n'est le fait que d'une minorité, il faudrait tout de même croire que la dimension psychologique n'est que rarement prise en compte dans les séances de formation, surtout celles axées sur l'acquisition de compétences techniques.

6.3. Propositions relatives au fonctionnement interne de la structure sanitaire

Même si on ne la peut généraliser à toutes les formations sanitaires une tendance régnerait, selon les agents, chez les supérieurs hiérarchiques à bloquer les activités d'éducation volontairement ou involontairement. Nous n'insisterons pas sur le désintérêt de certains vis-à-vis de l'éducation.
Par contre les agents déplorent le fait que très souvent le matériel éducatif distribué ne leur soit pas accessible, parce que tout simplement "oublié" par le chef hiérarchique dans une armoire. Etant donné par ailleurs les rapports hiérarchiques, les agents, de peur de passer pour des activistes, ne prendraient aucune initiative en matière d'éducation, tant qu'ils n'auraient pas eu l'aval de leur chef. Ils recommandent une intégration formelle des activités d'éducation dans le plan de travail quotidien ou hebdomadaire, même si celle-ci devrait être initiée par une note écrite des autorités ministérielles. Ainsi l'éducation pourrait selon eux faire partie intégrante des toutes les activités menées dans la formation sanitaire au jour le jour et bénéficier d'un statut plus valorisant.

Synthèse finale et recommandations

L'étude ci-présente, tout en confirmant la tendance à une sous-utilisation du matériel éducatif dans les formations sanitaires, a permis d'aborder ce problème en se focalisant sur les perceptions des agents de santé.
Celles-ci, ont été analysées principalement sous deux angles :
- d'une part en cherchant à les relier aux contextes de travail des agents par le biais d'exemples illustrant les différentes formations sanitaires visitées.
- d'autre part en se basant sur la variable catégorie professionnelle.

Dans les deux cas, il aura été possible de dégager des résultats, certes non généralisables à l'échelle de toutes les structures sanitaires et de tous les agents de santé, mais faisant de nouveau ressortir des failles aussi bien dans le système général de distribution du matériel que dans le système à l'intérieur même des différents types de formations sanitaires.

Au problème préoccupant de disponibilité de matériel éducatif s'ajoutent des contraintes de nature diverse entravant son utilisation : peu d'intérêt et de temps pour l'EPS, considéré comme une activité dévalorisante ; matériel peu varié et souvent conservé dans des conditions inappropriées ; tendance dans la zone urbaine à juger simpliste le matériel imprimé disponible ; manque de formation en techniques de communication.

Toutefois ces tendances, valables d'un point de vue global, doivent être relativisées selon les types de formations sanitaires et les catégories des agents : **d'une part le matériel éducatif existant est à notre avis plutôt utilisé à l'intérieur du pays et d'autre part il l'est avant tout par le personnel de santé de niveau inférieur et les paramédicaux.**

C'est sur la base de ce constat majeur que vont découler nos recommandations pour le très court terme, étant entendu que notre souci repose d'abord sur l'utilisation <u>effective</u> du matériel éducatif déjà produit par le PNLMD et qui n'a pas eu totalement le temps de faire ses preuves :
* identifier au moyen de supervisions les facteurs de blocage dans le système de distribution aux niveaux national, <u>régional</u> et des <u>cercles</u>.

* procéder à une nouvelle redistribution du matériel en veillant à toucher d'abord les formations sanitaires des villages, arrondissements et cercles.
* s'assurer que tous les 3 types de matériel imprimé (brochures, feuilles volantes et affiches) parviennent aux catégories des infirmiers du premier cycle et des paramédicaux en prenant soin d'y joindre un guide d'instruction pour chaque type.

A court et moyen terme le PNLMD devrait :

- aider à trouver des mécanismes en collaboration avec notamment le SIES tendant à valoriser et à rendre plus formelles les activités d'éducation pour la santé et ce surtout au niveau des formations hospitalières et des centres de santé.
- élaborer du matériel éducatif plus diversifié (boîtes à images, flip-books, brochures...).
- tenir des séances de formation axées sur l'acquisition de compétences pédagogiques et communicationnelles, où seront impliquées davantage les catégories dites de niveau supérieur (médecins) et celles dites de niveau inférieur (infirmier du premier cycle et paramédicaux).