

AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE
COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES
(ACSI-CCCD)

PN-ABO-058
2011

UNE APPROCHE A L'EDUCATION DES PATIENTS BASEE SUR LA PARTICIPATION: UN DEFI AUX AGENTS DE SANTE



UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project #698-0421



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention

International Health Program Office

CDC



DONNEES BIOGRAPHIQUES

Katén Tompkins Berney et Ann Voigt développent, soutiennent, et évaluent la formation des systèmes de soins de santé primaires et des programmes d'éducation en collaboration avec les ministères de la santé publique dans les pays en voie de développement par l'intermédiaire du International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adepeji Olukoya est l'ancienne directrice de l'Institute of Child Health and Primary Care, College of Medicine, Lagos, et elle est la directrice technique des programmes sanitaires du Ministère Fédéral de la Santé au Nigeria.

La réalisation de ce document a été possible grâce à Africa Bureau, Office of Operation and New Initiatives (ONI) et Office of Analysis, Research and Technical Support (ARTS), United States Agency for International Development (A.I.D.), dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative - Combating Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD) Project, Africa Regional Project (698-0421), Washington, D.C.

Cet article n'aurait pu être réalisé sans l'aide et le soutien de Barbara MacIntyre, ACSI-CCCD Technical Officer, Kaduna, Nigeria, et l'expertise de nombreuses personnes qui ont contribué aux révisions dont les membres du International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, et particulièrement Jennifer Bryce, Kathleen Parker, Virginia Sturwold, et Judi Kanne.

La traduction française a été contrôlée par Nicole Mills.

Ce document ne reflète pas nécessairement les idées et les opinions des CDC ou de l'USAID.

Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs.

La reproduction partielle ou intégrale de ce document à des fins non-commerciales est autorisée avec mention de la source.

Des copies supplémentaires en anglais (#099-4012) et en français (#099-4042) sont disponibles à:

ACSI-CCCD Technical Coordinator
International Health Program Office
Centers for Disease Control
and Prevention

Atlanta, Georgia 30333

FAX: (404) 639-0277

Rapport d'étude:

Une approche à l'éducation des patients basée sur la participation: Un défi aux agents de santé

Karen Tompkins Berney,¹ Adepeju A. Olukoya,² Ann Voigt³

¹ Community Health Consultant, 425 Cushing Avenue, Kettering, OH 45429

² Former Acting Director of the Institute of Child Health and Primary Care, College of Medicine, Lagos, Nigeria.

³ Social and Behavioral Sciences Branch, Technical Support Division, International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta, GA 30333.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

Africa Regional Project (698-0421)

Participating Agency Service Agreement (PASA) No. 0421 PHC 2233

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office
Atlanta, Georgia 30333

RESUME

Cet article décrit les activités d'apprentissage employées pour encourager le personnel des centres de santé en Afrique à développer leur approche individuelle basée sur la participation à l'éducation des patients. Lors d'une expérience d'apprentissage structuré, on a demandé à des tuteurs de l'éducation continue et au personnel de l'éducation de la santé dans les états du Plateau et du Niger au Nigéria, de considérer un choix de concepts et d'idées employés dans l'éducation et la communication des adultes. Ils ont conçu des méthodes gradueiles pour travailler en interaction avec des clients individuels et avec des groupes, ils ont développé un plan pour les tester dans les centres de santé proches et ils ont révisé les activités d'apprentissage à employer avec d'autres membres du personnel des centres de santé. Les participants ont par la suite signalé des expériences positives associées à leur style de participation à l'éducation des patients.

Alors que ces employés des services de santé s'efforcent d'améliorer l'éducation des patients, il reste plusieurs épreuves à affronter. Ils devront discuter cette approche avec leurs collègues, s'attaquer aux problèmes causés par la durée de l'interaction avec les clients, renforcer leur compréhension des perspectives et des croyances des clients, étendre leurs activités au sein de la communauté et développer des techniques d'évaluation qui favoriseront une éducation continue.

INTRODUCTION

La participation de la communauté est la pierre angulaire des soins de santé primaires. Différentes méthodes sont utilisées pour accroître la participation en médecine sociale dans les pays en voie de développement depuis 1970.¹⁻³ Il existe des variations dans la philosophie, l'approche et les méthodes de participation de la communauté décrites dans la littérature concernant le développement en général et plus particulièrement dans l'éducation des adultes et la littérature sur la santé.⁴ Cet article décrit un effort d'application des principes de participation communautaire au déroulement de l'éducation des patients dans les établissements de santé par l'emploi de méthodes interactives exigeant la participation.

En 1991, les résultats d'une évaluation des besoins en installations dans les états du Plateau et du Niger au Nigéria, ont montré le besoin de renforcer les techniques d'éducation des patients parmi les membres du personnel de santé.⁵⁻⁷ Par exemple, l'évaluation a montré que les employés utilisaient des aiguilles et des seringues stérilisées et administraient la dose correcte de vaccin au bon endroit dans plus de 95% des cas, mais qu'ils avertissaient les clients des effets secondaires possibles et recommandaient la manière de les traiter dans moins de 60% des cas. Les clients interrogés à leur sortie de l'établissement ne savaient à quelle date retourner pour un suivi de vaccination que dans moins de 40% des cas. Cette observation a donné aux responsables du ministère de la santé au niveau de l'état l'occasion d'explorer l'utilité de passer d'un style d'éducation de patients "donneur de conseils" à celui d'un dialogue avec participation.

Comme il a été noté dans d'autres pays,⁸ le personnel de santé au Nigéria était accoutumé à des méthodes d'enseignement didactiques et se trouvait influencé par une perspective médicale d'un style autoritaire. Il existait donc un besoin de réévaluer ses relations avec les clients et de reconsidérer les objectifs de l'éducation des patients.

Dans la première étape, les activités d'apprentissage ont été conçues pour que le personnel de santé se familiarise avec les concepts et les méthodes employés avec succès pour encourager la participation de la communauté. Les leçons qui ont été particulièrement utiles sont celles qui ont été apprises au Libéria où les dirigeants des organisations communautaires ont assisté à des réunions périodiques avec un membre du personnel de santé afin de discuter les problèmes de santé urgents, puis ont identifié leurs propres solutions et moyens pratiques, techniquement corrects et culturellement appropriés pour transmettre leur nouveau savoir à leurs communautés.* Cette approche s'aligne sur la stratégie de "l'éducation pour le développement"⁹ qui encourage les individus à apprendre et à se développer par un procédé de groupe d'identification, d'analyse et de résolution des problèmes.

*Christian Health Association of Liberia (CHAL)[Association Chrétienne pour la Santé du Libéria], (rapports non publiés du programme de la santé et de l'église des districts Kolahun et Foya du Comté de Lofa), 1983-88.



PROBLEMES QUI AFFECTENT L'EDUCATION DES PATIENTS

Il existe plusieurs barrières s'opposant à l'adoption rapide par le personnel de santé d'approches de communication interactives avec participation, parmi ces barrières se trouvent celles qui se sont créées pendant la formation de base ou de préservice. Par exemple, le personnel de santé est couramment formé à "penser médicalement," selon le paradigme médical occidental. Par suite de cette formation, ils sont effectivement, et même inconsciemment incorporés à une "culture médicale," complète avec son propre langage, son propre système de croyances, sa propre hiérarchie sociale, ses propres coutumes et son propre style vestimentaire.¹⁰

La plupart des membres du personnel de santé sont formés par des programmes à orientation curative dans lesquels le cours magistral est la méthode d'enseignement principale et la matière consiste en faits à apprendre et n'est pas le point de départ d'une discussion. La formation prépare le personnel de santé à fonctionner dans le système des soins médicaux et favorise une tendance à agir *sur* les clients et *pour* les clients plutôt qu'à travailler *avec* eux afin de résoudre les problèmes de santé. Le professionnalisme, la prise de décisions par des professionnels, le monopole de la connaissance en matière de santé, l'inflexibilité et la répugnance à essayer des façons différentes de faire les choses se trouvent souvent cachées dans les programmes d'études et pris comme modèles par les responsables de la formation.¹¹

En plus des attitudes et pratiques médicales, les approches de l'éducation en matière de santé qui sont enseignées à la plupart du personnel de santé sont développées au sein de sociétés industrielles dont les cultures et les circonstances diffèrent de celles des pays en voie de développement. Les responsables de la formation ont eux-mêmes été formés par des sociétés industrielles et la majorité des manuels et des revues spécialisées ont leur origine dans de telles sociétés.^{12,13} Si l'on veut qu'il développe des approches efficaces, culturellement appropriées à la communication, le personnel de santé a besoin de stimulation, de soutien et d'encouragement.

SOUTIEN EN VUE DE DEVELOPPER UNE APPROCHE BASEE SUR LA PARTICIPATION

Afin d'aborder les problèmes qui affectent l'éducation des patients, un atelier d'une semaine, *Communication concernant la Santé*, a été organisé pour un groupe de travailleurs de santé nigériens en février 1992, sous les auspices du projet Africa Child Survival Initiative-Combating Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD). L'atelier a fourni une structure permettant de considérer et d'appliquer les concepts et les idées utilisés par les éducateurs et les communicateurs adultes. Sept responsables de la formation des Continuing Education Units (CEUs) [Unités d'éducation continue] et deux cadres supérieurs des Health Education Units (HEUs) [Unités d'éducation pour la santé] dans les états du Plateau et du Niger, qui étaient responsables de l'amélioration de l'éducation des patients, ont participé activement à l'atelier et sont devenus les instigateurs d'activités ultérieures. L'atelier était conçu pour stimuler la réflexion parmi les participants et pour les encourager à

développer des styles d'éducation des patients, personnels, culturellement appropriés et interactifs. Si on leur donnait le temps et l'occasion, on espérait qu'ils pourraient aussi appliquer ces nouvelles approches à l'éducation de la communauté. L'emploi d'une approche basée sur la participation a fourni aux participants de l'atelier une excellente occasion de travailler avec le personnel de santé de district à améliorer l'éducation des patients et la participation communautaire aux affaires de santé.

DEFINITION DU PROBLEME

Au début du stage, les participants ont observé les activités éducationnelles dans les établissements de santé voisins. Il leur a fallu écouter des discussions générales sur la santé et "suivre" les patients à travers leurs visites - du bureau des admissions, en passant par la consultation et le traitement jusqu'à l'appel final à la table de sortie, où les patients ont été interrogés sur leur compréhension des instructions. A la table de sortie on a renforcé les conseils donnés plus tôt aux clients concernant ce qu'ils devaient faire chez eux, quelles indications de danger devaient-ils observer et quand devaient-ils revenir pour des soins supplémentaires. On a également demandé aux participants de faire la critique d'une des nombreuses affiches concernant l'hygiène qui se trouvent dans les établissements.

Des observations, des expériences et des perspectives qui se concentraient particulièrement sur les occasions manquées d'apprentissage ont été mises en commun lorsque les participants se sont réunis au site de l'atelier. Après avoir raconté leurs expériences, les participants à l'atelier ont conclu que la communication avec les clients se faisait à un niveau minime alarmant dans les établissements observés. Même lorsque des informations étaient fournies, les participants ont trouvé que les méthodes de communication étaient médiocres.¹⁴

On a trouvé que les affiches sur l'hygiène, examinées pendant l'exercice, étaient tout à fait inadéquates quant à leur conception, leur qualité, leur langage, la façon dont elles étaient utilisées et l'utilité des informations qu'elles étaient supposées transmettre. En réfléchissant sur la manière dont le personnel de santé se précipitait le plus souvent pour obtenir les affiches lors de leur distribution, les participants en ont conclu que la plus grande utilité de ces affiches ne consistait qu'en la décoration des murs, car les murs des cliniques avaient l'air nu sans elles.*

Ces observations ont conduit à une définition claire du problème et ont servi de point de départ à la discussion pendant les séances qui ont suivi. Peu satisfaits de ce qu'ils avaient vu, les participants étaient prêts à partager leurs expériences, leurs perceptions et ce qu'ils avaient compris, ils étaient aussi prêts à développer des approches nouvelles à l'éducation des patients.

*Berney KT. Consultant, Technical Support Division, International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Rapport de voyage (appendice B), avril 1992.

Comme le but de l'atelier était d'encourager les participants à réfléchir aux aspects de la communication et de la culture en développant leur propre approche pour communiquer avec les clients dans les établissements de santé, les activités ont été conçues d'une manière qui exigeait une action des participants (et aussi leur interaction). Dès le départ, on les a encouragés à garder à l'esprit que les questions de discussions n'avaient pas de réponses "correctes," mais qu'elles étaient des occasions de réfléchir à leur expérience et de développer des idées et des compréhensions.

CONCEPTS ET QUESTIONS DANS L'ÉDUCATION DES PATIENTS

Lors d'une série de séances, on a demandé aux participants de considérer les questions et les concepts qui peuvent influencer les attitudes du personnel de santé et leur approche de l'éducation des patients, tels que:

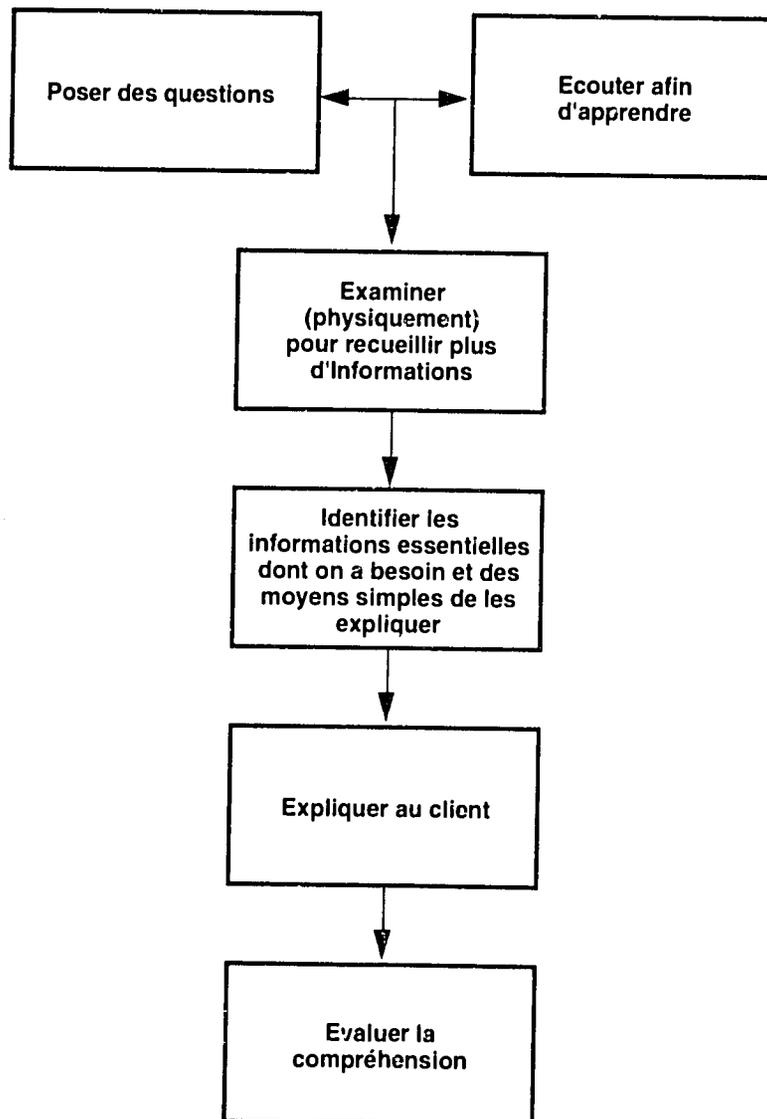
- le choix entre agir pour ou avec les gens (la question de la confiance en soi);
- la question "qui a ce problème?" (considérer à qui appartient les problèmes et leurs solutions);
- les barrières culturelles créées pour le personnel de santé par leur formation;
- l'utilité de se concentrer sur les problèmes plutôt que sur les manques ou les besoins;
- la pratique commune de surcharger le patient d'informations;
- les principes de base de l'apprentissage des adultes; et
- l'importance de raisonner avec les clients (plutôt que simplement les conseiller:).

On a encouragé les participants à identifier les facteurs qui créent un environnement qui conduit à la communication et à l'apprentissage. Par exemple:

- on les a introduits à l'emploi "d'initiateurs de discussion" (évoquer des images de problèmes pour commencer une discussion);
- ils ont évalué la justesse et la simplicité du vocabulaire;
- ils ont exploré l'emploi de questions et la pratique de l'écoute en tant qu'outils pour apprendre et comprendre les croyances, les expériences et les circonstances de leurs clients;
- ils ont commencé à pratiquer la technique d'identification d'informations appropriées à partager avec leurs clients, basée sur ce qu'ils venaient d'apprendre; et
- ils ont discuté des moyens d'évaluer ce que les clients ont appris ou compris.

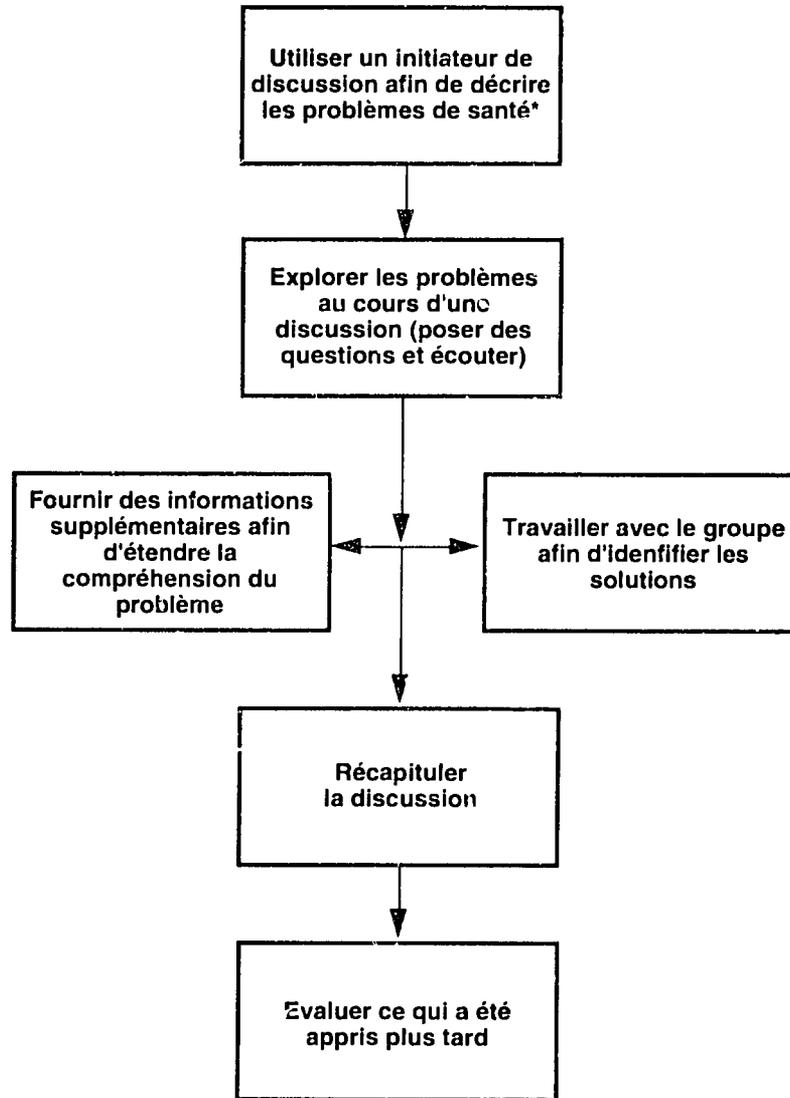
Après avoir considéré ces idées et ces questions, les participants ont relevé le défi de concevoir leur propre approche de communication avec des clients individuels dans le contexte de l'établissement de santé. Ils ont défini leur objectif pour l'éducation du client individuel en tant que *client capable d'assurer les soins d'un patient chez eux*. Afin de les encourager à penser aux étapes requises, de petits groupes se sont concentrés sur des problèmes médicaux particuliers, puis ils ont identifié les étapes en fournissant à la fois les soins et l'éducation. Des jeux de rôles ont fourni des occasions de tester le procédé et de faire les mises au point nécessaires. La figure 1 montre les étapes identifiées par les participants pour communiquer avec les individus.

FIGURE 1: POUR COMMUNIQUER INDIVIDUELLEMENT



Alors que les participants étaient à l'aise pour l'identification des étapes avec leurs clients en tête à tête, ils avaient moins d'assurance en ce qui concerne la conception d'étapes pour l'éducation de groupes de clients dans les établissements de santé. Les objectifs identifiés pour l'éducation de groupe comprenaient *la création d'une conscience des problèmes, la promotion d'une compréhension de leur cause, et la discussion des solutions ou des méthodes de prévention*. La figure 2 montre les étapes identifiées par les participants pour communiquer avec les groupes. Là encore, l'approche de groupe a été testée par jeux de rôles. Pendant que quelques participants conduisaient la discussion, d'autres jouaient le rôle de clients ayant une variété de perspectives et de dispositions.

FIGURE 2: POUR COMMUNIQUER AVEC LES GROUPES



* Les participants ont commencé par identifier et créer des initiateurs de discussion décrivant les problèmes de santé qu'ils avaient fréquemment remarqués dans les centres, avec l'intention de solliciter davantage de problèmes (des participants) à la fin de chaque discussion.

Comme l'évaluation de ces nouvelles approches ne pouvait se faire que par la pratique, on a demandé aux participants d'écrire des plans afin de les tester dans les établissements de santé. On les a encouragés à conserver par écrit les questions effectives et les initiateurs de discussion ainsi que les problèmes rencontrés et ce qu'ils avaient appris sur les croyances et les pratiques afin de les utiliser et de les partager avec leurs collègues. Une réunion de suivi a été prévue pour partager les expériences et ce qui avait été appris.

ACTIVITIES RESULTANTES

Pendant la semaine suivante, les participants ont réexaminé les activités d'apprentissage dont ils avaient fait l'expérience pendant la semaine de l'atelier et ont préparé un guide pour les facilitateurs pour former d'autres stagiaires. Ils ont fait un guide adapté à leur situation et ont réécrits les activités qu'ils avaient trouvées problématiques pendant leur expérience de formation. Ils ont également travaillé sur un des aspects de l'approche qu'ils ont trouvé particulièrement difficile, choisissant des informations précises concernant les problèmes et déterminant le meilleur moyen d'en faire part aux autres. Afin de s'attaquer à cette difficulté, des groupes de participants ont travaillé à appliquer leurs approches de communication à des problèmes de santé particuliers. Ils ont commencé à tenir un registre des questions stimulantes, des initiateurs de discussion efficaces et des moyens précis d'expliquer l'information sur la santé à des groupes et à des individus.

A mesure que le travail progressait, les participants se sont rendu compte qu'ils avaient besoin de plus d'information sur les croyances locales et sur la manière dont les gens organisent en concepts les problèmes particuliers, car la plupart de leurs propres croyances et connaissances actuelles étaient dérivées de leur formation. Par exemple, lorsqu'ils ont entrepris de créer un initiateur de discussion pour présenter le problème de la tuberculose chez un enfant à un groupe de mères (qui n'avaient probablement jamais vu d'enfant atteint de tuberculose infantile), ils se sont heurtés à plusieurs dilemmes. Que pouvaient-ils présenter pour permettre aux mères de reconnaître le problème de la tuberculose? Comment les mères identifieraient-elles la tuberculose? Comment lier la tuberculose à l'importance de la vaccination pour leurs enfants? L'écart entre les points de vue des clients et ceux du personnel de santé a soudain pris une signification plus importante. Afin de combler cet écart, les participants ont reconnu que les clients et les doyens de la communauté sont des ressources valables pour se renseigner sur les façons locales de percevoir les maladies et les affections.

Après deux semaines de travail, les participants ont fait montre d'un certain sens de propriété de l'approche qu'ils développaient. Ils ont compris qu'elle offrait un moyen d'améliorer la compréhension que les gens ont de la santé et, par conséquent, de leurs pratiques. Les participants se sont rendu compte cependant qu'un développement plus poussé de cette approche exigerait encore plus de temps et d'efforts.

REPONSES DES PARTICIPANTS

En réponse aux questions de suivi sur leur expérience pratique, les participants ont montré un certain enthousiasme après avoir essayé cette approche basée sur la participation dans les établissements de santé. Tous ceux qui ont répondu se sont montrés intéressés à continuer à utiliser l'approche et à la discuter avec leurs collègues.

Les participants ont rapporté qu'ils avaient été particulièrement impressionnés par la réponse des clients individuels à leur nouvelle approche. Ils ont raconté ce qu'ils avaient perçu, comme "[il] a l'impression d'être traité d'une manière spéciale. . ."; "[ils] ont eu l'impression qu'on faisait attention à eux. . ."; ou bien "[ils] se sont sentis à l'aise avec moi et ont posé des questions qui les tracassaient. . ." Tous les participants qui ont répondu ont

pensé que leur approche avait été efficace. L'un des participants a dit: "la nouvelle approche en vaut vraiment la peine puisqu' à la longue, on donne confiance en lui au client." Un autre a trouvé que cette approche permettait aux clients "... de réaliser ou d'identifier un problème de santé comme leur propre problème, au lieu de le considérer comme le problème de l'agent de santé."

Les expériences de groupes ont entraîné une participation enthousiaste des clients, à la fois au niveau des discussions de problèmes et à celui de la formulation de solutions. Le personnel dans les établissements où les participants pratiquaient a aussi exprimé son intérêt à en savoir plus sur cette approche basée sur la participation. L'un des participants a rapporté avoir répondu à la requête de discuter les concepts et les idées avec des employés travaillant sous sa direction.

L'inconvénient majeur remarqué par les participants quant à cette approche basée sur la participation à l'éducation des patients était le temps; il se sont rendu compte que dialoguer prend plus de temps que donner des conseils, surtout lorsque l'on travaille avec des clients individuels. Dans un établissement très actif, cette approche s'est révélée être un problème manifeste.

DISCUSSION

L'atelier et les activités qui lui ont fait suite ont été une première étape de l'aide au groupe de travailleurs de santé pour apprendre à communiquer avec plus d'efficacité avec leurs clients. Les participants ont acquis une perspective neuve sur la façon dont l'éducation des patients devrait être menée et sur leurs rôles de facilitateurs de cette éducation. Ils se sont rendu compte de l'importance de l'apprentissage interactif et ont reconnu que tant qu'ils ne comprendront pas ce que leurs clients croient et perçoivent, ils auront du mal à transmettre efficacement des informations sur la santé. Ils ont renforcé et amélioré la communication et la prise de décisions qui ont tant d'importance pour le personnel de soins de santé primaires, ils sont aussi devenus plus conscients de leurs besoins de continuer à apprendre – de s'instruire – tout au long de leur vie active.¹⁴

LES DEFIS QUI DEMEURENT

DEVELOPPEMENTS ULTERIEURS

Si les participants veulent continuer à développer leur approche et améliorer les communications en matière de santé, ils doivent relever encore d'autres défis. Le plus important est peut-être l'intégration de cette approche au sein des soins routiniers fournis dans les établissements de santé. A cette fin, le personnel des CEU et des HEU de l'état du Plateau et de l'état du Niger ont organisé un atelier afin de faciliter un procédé d'apprentissage (semblable à celui dont ils ont fait l'expérience) pour le personnel de santé basé en centre de santé. Dès que le deuxième groupe de participants aura conçu sa propre approche de communication et l'utilisera quotidiennement, on sera mieux à même d'évaluer son utilité.

Comme l'a découvert le premier groupe de participants, le temps exigé par ce style de communication est potentiellement problématique. Une évaluation réaliste de la façon dont le temps est employé dans les centres de santé associée à l'observation et au chronométrage des interactions entre clients et personnel de santé, peut aider le personnel de santé à comprendre comment il passe réellement son temps, et devrait fournir des informations utiles qui l'aidera à résoudre le problème. Le personnel de santé devra tester ses idées, discuter ce qu'il a appris et travailler en groupe pour résoudre les problèmes et améliorer ses compétences. D'autres problèmes qui exigent des évaluations et des solutions vont certainement se poser à l'avenir.

Un autre de ces défis consiste à concevoir pour l'usage du personnel de santé un système de documentation et de répartition de ce qui a été appris sur les croyances pertinentes, les pratiques, les façons de percevoir et les moyens par lesquels le personnel de santé a expliqué des idées avec succès. Partager de nouvelles connaissances réduit l'importance de "réinventer la roue" et peut motiver le personnel de santé à apprendre activement et davantage. Des publications sont disponibles pour se renseigner sur les croyances et les concepts de cultures particulières. Par exemple, une approche d'explication de la nutrition, basée sur des concepts locaux d'une certaine partie du Nigéria, est disponible et d'une grande utilité.¹⁵

POINTS DE REFERENCE

Les "points de référence" sont des fragments d'information qui aident les gens à combler le vide entre leur expérience actuelle et l'information scientifique, tels que les interventions qu'un individu ou un groupe pourrait utiliser afin de développer des solutions efficaces à certains problèmes. Par exemple, lors de l'exploration du problème de la déshydratation chez les enfants en bas âge, les chefs de communautés d'un autre pays* ont décrit les symptômes classiques de la déshydratation, mais se sont inquiétés principalement de l'effondrement de la fontanelle. Une discussion de l'importance de l'eau dans la vie et de ce qui se passe lorsqu'il y a un manque d'eau les a aidés à voir la connexion entre la perte d'eau qu'ils avaient observée dans des cas de diarrhée et de vomissement, et l'effondrement de la fontanelle. Cela leur a permis de conclure que l'administration de fluides est impérative pour maintenir l'hydratation. Une expérience ultérieure avec la réhydratation a conduit à la prise de conscience que lorsqu'on administrait des fluides, il ne se produisait pas d'effondrement de la fontanelle. Les "points de référence" permettent aux gens de cultures traditionnelles de donner un sens aux informations médicales qu'ils reçoivent et de les utiliser pour former des solutions efficaces. Le personnel de santé peut apprendre beaucoup de telles informations et peut se les enseigner mutuellement.

TRIAGE DES INFORMATIONS

Il est important que le personnel de santé possède des informations de base, exactes et mises à jour sur les problèmes de santé afin d'être capable d'identifier les "points de référence" et

*Christian Health Association of Liberia (CHAL.) [Association Chrétienne pour la Santé du Libéria].

de distinguer d'autres fragments d'information à discuter lors des discussions. Les participants nigériens ont identifié un besoin de triage de leurs connaissances afin d'identifier les informations qui permettraient aux groupes et aux individus de comprendre le "pourquoi"; autrement dit, les raisons des problèmes et les solutions potentielles. Alors qu'ils se rendaient compte que les gens avaient besoin d'informations de base précises relatives à leurs problèmes, ils ne se sentaient pas sûrs de leur propre capacité à la leur fournir. Ils ont aussi découvert combien il était facile d'en revenir à dire aux gens ce qu'il faut faire, plutôt que de partager des informations qui aideraient les clients à identifier leurs propres solutions.

APPLICATIONS A LA COMMUNAUTE

Il faut souligner que les activités que nous avons discutées jusqu'à présent étaient concentrées sur le contexte des centres de santé dans lesquels l'éducation individuelle est d'habitude en rapport avec le traitement et les soins aux malades et les discussions en groupe portent sur des problèmes courants et leurs solutions. Cependant, bien des problèmes de santé que l'on voit dans les centres sont prévenus le plus effectivement en travaillant avec les communautés. Quelques exemples de maladies exigeant un effort communautaire sont la schistosomiase,^{16,17} la diarrhée et la rougeole. D'autres maladies, telles que la tuberculose, l'onchocercose et le tétanos des nouveaux nés peuvent être prévenues ou contrôlées par l'action individuelle, mais sont traitées avec plus d'efficacité à travers les efforts de toute une communauté. En outre, les dirigeants libériens ont fait observer officieusement que lorsque de nouvelles idées ou informations sont largement répandues dans la communauté, il y a plus de chances que les gens les essaient.* Les effets étendus des mesures sanitaires prises par des communautés sont décrites par Arole¹⁸ et d'autres.

De plus, en ce qui concerne les problèmes de santé, les gens se consultent souvent les uns les autres plutôt que d'aller voir un agent de santé ayant une formation. La plupart des problèmes de santé sont d'abord du ressort des familles, des praticiens traditionnels et d'autres membres de la communauté.¹⁹ Les résultats d'une étude au Nigéria, par exemple, ont montré que les anciens (43,1 %), les amis (14,9 %) et les membres de la famille (3,4 %) étaient les sources principales d'information pour les personnes souhaitant se soigner elles-mêmes. L'information directe ou indirecte fournie par le personnel de santé était relativement minime.²⁰ La grande majorité des gens ne voudront pas adopter un nouveau comportement avant qu'ils ne le perçoivent comme une norme acceptée.¹⁸ Ces découvertes soulignent combien il est nécessaire que le personnel de santé travaille en collaboration avec sa communauté, encourage l'identification des problèmes de santé et partage une information qui va aider à la formulation et à la mise en oeuvre de solutions efficaces ainsi que stimuler l'emploi approprié des centres de santé.

En prenant comme base leur expérience cumulative d'une approche de communication interactive et de participation dans leurs centres, les agents de santé peuvent concevoir et tester une approche de l'éducation de la communauté avec laquelle ils se sentent à l'aise et peuvent, avec confiance, l'utiliser et la partager avec les autres. Etant donné le caractère

*Christian Health Association of Liberia (CHAL) [Association Chrétienne pour la Santé du Libéria].

unique des agents de santé et des communautés qu'ils servent, il est important de développer des approches qui stimulent la participation et la créativité plutôt que de s'en remettre à des styles ou des méthodes standardisés. Cela est vrai, en particulier, à la lumière des difficultés subies dans bien des pays lorsque les programmes de soins de santé primaires à base gouvernementale ont tenté de reproduire et d'étendre des projets réussis à petite échelle.¹³

TECHNIQUES D'ÉVALUATION

Finalement, les participants auront besoin de soutien lorsqu'ils apprendront à identifier des indicateurs afin de surveiller leur progression et de mettre au point des techniques de participation simples destinées à une évaluation qualitative et quantitative.¹¹ Celles-ci les aideront à répondre à la question: "Comment saurons-nous si nous avons bien réussi?" Il est important que, dans leur propre intérêt, ils soient capables d'évaluer leurs propres efforts. Les méthodes standards d'évaluation sont un moyen de déterminer la réussite ou l'efficacité des projets, principalement dans l'intérêt du personnel et des donateurs. Cependant, ces méthodes sont généralement administrées par des personnes en dehors du projet. Le but principal de l'évaluation dans cette approche basée sur la participation est de permettre aux agents de santé de savoir si leur approche et les solutions qu'ils ont identifiées et mises en pratique sont efficaces. Par la suite, leur connaissance des techniques d'évaluation sera précieuse pour aider les communautés à apprendre les façons d'évaluer l'efficacité des mesures qu'ils prennent afin de résoudre les problèmes de santé.²¹

CONCLUSION

Un début prometteur a été fait dans le sens du développement d'une nouvelle approche de l'éducation des patients par les responsables de la formation des CEU [Unités d'éducation continue] et les éducateurs de santé qui ont participé aux activités d'apprentissage décrites dans cet article. En prenant pour base les idées et les principes de participation et de communication avec la communauté, ils ont conçu une nouvelle manière de travailler avec les clients dans les centres de santé et ont identifié des informations supplémentaires qu'ils doivent apprendre s'ils désirent communiquer de façon efficace. Après avoir testé cette approche basée sur la participation dans les centres de santé, les participants ont montré de l'enthousiasme envers leurs expériences et ont exprimé leur détermination à poursuivre l'utilisation de cette approche et à tirer des leçons de leurs efforts. Avec un certain soutien, ils seront capables d'en étendre l'emploi en les partageant avec leurs collègues, ils pourront aborder les problèmes créés par les exigences de temps requises pour travailler de cette manière et ils pourront renforcer leur compréhension des perspectives et des croyances des clients ainsi que développer les techniques d'évaluation appropriées. L'expérience et la compréhension acquises grâce aux efforts faits dans les centres formeront la base du développement d'une approche basée sur la participation à l'étude de la santé dans les communautés.

REFERENCES

1. Sibley JR. The Kojé Do project: Progress and problems. Contact No.5, October 1971.
2. Peterson EH. Kwun Tong community health project. Contact No.15, July 1973.
3. Parajón GA. Community building starts with people. Contact No.53, October 1975.
4. World Neighbors in Action. Learning process focuses on learners. 17(4E), 1987.
5. Facility Assessment Survey for Barkin Ladi. Conducted by local Barkin Ladi Government Health Department, technical assistance by CCCD project, 1991.
6. Facility Assessment Survey for Pankshin. Conducted by local Pankshin Government Health Department, technical assistance by CCCD project, 1991.
7. Facility Assessment Survey for Nsukka. Conducted by local Nsukka Government Health Department, technical assistance by CCCD project, 1991.
8. Marsick VJ. Cross cultural issues in professional development. *Möbius* 1985; 3:48-9.
9. Srinivasan L. Options for educators: A monograph for decision makers on alternative participatory strategies. New York: PACT/CDS, 1992.
10. Berney KT. Communication concernant la santé: Guide pour les facilitateurs. Atlanta: International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1993.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Report of a WHO (OMS) expert committee, Community involvement in health development: Challenging health services. Genève: WHO (OMS) Technical Report Series, 809, 1991.
12. Hubley J. Health education in developing countries—the need for an appropriate technology. *Health Education Research Theory and Practice* 1988; 3:387-92.
13. Hubley J. Barriers to health education in developing countries. *Health Education Research Theory and Practice* 1986; 1:233-45.
14. Abbatt F, McMahon R. Teaching health care workers: A practical guide. London: Macmillan, 1985, p13.
15. Brieger WR. Food groups in cultural perspective. *Trop Doct* 1985; 15:42-3.
16. Mott KE. Schistosomiasis: A primary health care approach. *World Health Forum* 1984; 5:221-25.
17. Lema A. Schistosomiasis control on a community self-help basis. *Rural Development Participation Review (RDPR)* 1981; Spring, 2:12-4.
18. Arole M. A comprehensive approach to community welfare: Growth monitoring and the role of women in Jamkhed. *Indian J Pediatr* 1988; 55(suppl):S100-5.
19. Walt G. Introduction to community health education. *J Trop Pediatr* 1986; 32(suppl):11-4.
20. Brieger WR, Ramakrishna J, Adeniyi J. Self treatment in rural Nigeria: A community health education diagnosis. *Hygie* 1986; V(2):41-6.
21. Hall B. Participatory research. In: *Creating knowledge: Breaking the monopoly*. International Council for Adult Education, 1977.