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

RENFORCEMENT DE L'EDUCATION DES PATIENTS POUR LES SERVICES DE TRO DANS REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0424)

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office

Ce document a été appuyé par BUREAU FOR AFRICA, 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.), l'Agence Américaine pour le Développement International - dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), projet régional pour l'Afrique # 698-0421, Washington, D.C.

Ce document a été préparé par l'equipe du projet ACSI-CCCD, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et ne réflecte pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l'A.I.D. Les opinions exprimées dans ce document n'engagement que leurs auteurs.

Les auteurs tiennent à reconnaître les contributions importantes à la réussite de ce programme du personnel du Département de la Médecine Préventive et du Service des Grandes Endémies, Ministère de la Santé Publique en République Centrafricaine; des médecins en chefs et des responsables des cinq régions sanitaires, ainsi que le Corps de la Paix des Etats-Unis. Les premières versions de ce manuscrit ont été revues par Danielle M. Olivola, Ronald Waldman, Stanley Foster, Andrew Vernon, Judy Chwalow, Virginia Sturwold et David Gittelman. Une version antérieure de cet article a été présenté à la réunion triennale de l'International Union for Health Education [Union Internationale de l'Education pour la Santé], à Helsinki, Finlande, en juin 1991.

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

copies supplémentaires en anglais (catalog # 099-4026) ou en francais (099-4004) sont disponibles à

ACSI-CCCD Technical Coordinator
International Health Program Office
nters for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia • 30333
FAX (404) 639-0277

PN-ABR-178

Renforcement de l'éducation des patients pour les services de TRO dans République Centrafricaine

Joseph F. Naimoli[1], Scott Endsley[3], Jean Baptiste Roungou[2], Kathleen A. Parker[1], Jennifer Bryce[1], Ruth Doutizonga[2], Michel Gbadjamo[2]

[1] Social and Behavioral Sciences Branch, Technical Support Division, International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, Department of Health and Human Services, Atlanta, Georgia

[2] Département de la Médecine Préventive et du Service des Grandes Endémies, Ministère de la Santé Publique en République Centrafricaine

[3] PRITECH, Washington, D.C. USA

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

Précis

Ce document décrit l'impact d'un programme de formation des agents de santé à la prise en charge des cas de diarrhée sur l'éducation des patients dans les centres de santé de la République Centrafricaine (RCA). En 1989, une évaluation des prestations des agents de santé en centres de santé dans le cadre de la prise en charge des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans a mis en évidence de graves insuffisances dans l'éducation des patients. Sur la base de ces résultats, le Ministère de la santé a conçu un programme de recyclage pour préconiser l'éducation pour la santé en tant que composante intégrale des soins curatifs. Ce programme de formation a été mis en place dans les cinq régions de santé du pays. Une évaluation de l'impact de cette formation sur l'éducation donnée aux patients a indiqué une augmentation importante du nombre de messages communiqués par les agents curatifs aux mères. Cette expérience a démontré que l'éducation des patients peut être améliorée grâce à un recyclage qui réunit à la fois l'enseignement des compétences cliniques et de communication. Il faudra réaliser des études supplémentaires en RCA (1) pour améliorer davantage la qualité de l'éducation des patients contre la diarrhée et d'autres maladies transmissibles de l'enfance, (2) pour déterminer l'impact de l'éducation des patients sur les soins assurés par les mères à domicile après une visite au centre de santé, et (3) pour évaluer comment une recherche opérationnelle peut être réalisée dans le cadre des contraintes imposées par les programmes de formation sur le tas et les travaux quotidiens du centre de santé.

Introduction

La prise en charge efficace des cas de maladie est la clé de voute de la stratégie globale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte contre les maladies diarrhéiques chez les enfants.[1] La prise en charge des cas à domicile et dans le centre de santé représente une part importante d'un programme global de contrôle des maladies diarrhéiques.[2] Pour que la prise en charge des cas dans les centre de santé soit efficace, il faut que les agents de santé soient en possession d'un stock adéquat et constant de sels de réhydratation par voie orale (SRO), ainsi que d'autres produits et fournitures, pour pouvoir assurer la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO). Les agents de santé doivent pouvoir également faire un diagnostic correct et soigner un enfant atteint de diarrhée, ou encore en cas de besoin recommander des traitements plus poussés. Finalement, les agents de santé doivent apprendre à la mère* quand elle se trouve au centre de santé comment soigner l'enfant à domicile, et ce qu'il faut faire à la prochaine crise de diarrhée. Le recyclage et la supervision des agents de santé sont des éléments importants de la prise en charge efficace des cas de maladie au niveau du centre de santé.[3,4,5]

L'expérience des programmes de survie de l'enfant en Afrique ces dix dernières années suggère, cependant, que la formation et la supervision des agents de santé ne se sont pas suffisamment penchées sur l'aspect d'éducation de la prise en charge des cas de maladie. Les évaluations sur le terrain des prestations fournies par les agents de santé dans un grand nombre de pays africains indiquent que les mères reçoivent très peu d'informations, de conseils ou d'instructions des agents de santé en ce qui concerne la TRO durant une visite médicale.[5,6,7] Quand les agents de santé donnent des instructions, ils ne vérifient rarement la compréhension de la mère quant aux suivis à assurer.[7] Ainsi, les mères ne possèdent ni la connaissance ni les compétences pour suivre le traitement recommandé ou pour agir d'une manière appropriée lors d'une prochaine crise diarrhéique.[8] D'après notre expérience dans les pays en voie de développement, nous savons que les patients ont autant besoin de compétences que de ressources, une fois de retour dans leur environnement familier, pour adopter le comportement recommandé par les agents de santé.[3] On sait peu de chose des relations de cause à effet entre ces facteurs et le comportement d'observance des mères en Afrique.

Malgré la preuve rapportée des défaillances, l'éducation des patients restent une faiblesse majeure des services de TRO dans beaucoup de pays.[7] Plusieurs explications sont possibles, dont: (1) un manque de données expliquant une mauvaise communication lors des visites médicales, (2) un manque de conscience parmi les directeurs de programme et les agents de santé de l'importance de l'éducation des patients, (3) un manque de preuve quant à la

* Le terme «mère» est utilisé ici et dans cette présentation pour désigner la personne qui accompagne l'enfant au centre de santé et assure le suivi des soins à domicile.

compréhension et à l'accord accrus parmi les mères résultant de l'éducation des patients, (4) un manque de conviction parmi les agents de santé que les patients suivront leurs conseils, (5) un manque de directives et de compétences pour la mise en place d'une éducation efficace des patients, et (6) un manque de reconnaissance et de renforcement de la surveillance des efforts d'éducation des patients de la part des agents de santé. Ce rapport décrit les efforts de la République Centrafricaine (RCA) pour développer les directives et les compétences qui permettront l'amélioration de l'éducation des patients dans le cadre de la thérapie de réhydratation par voie orale à travers le pays.

Pour renforcer les capacités des agents de santé afin qu'ils puissent mieux éduquer les mères durant une visite médicale, les directeurs de programmes de la RCA ont mis au point un programme de formation qui préconise l'éducation des patients en tant que composante intégrale des soins curatifs. Nous décrirons les quatre composantes du programme de formation, en portant une attention particulière sur l'éducation des patients. Le Ministère de la santé (MS) de la RCA a évalué l'effet de la formation sur la qualité de la prise en charge des cas de maladie, ainsi que les services d'éducation des patients, grâce à une observation systématique des prestations fournies par les agents de santé avant la formation et six mois après. Nous présenterons les résultats de ces études. Finalement, nous résumerons les principaux résultats de l'expérience en RCA, proposerons plusieurs options pour améliorer l'approche, enfin nous suggérerons d'autres domaines d'études.

Le Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques en RCA

En 1987, la RCA a établi une politique nationale pour la lutte contre les maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de moins de 5 ans. La politique préconise l'emploi des SRO dans les centres de santé et à domicile. Entre 1987 et 1989, un coordinateur national a été nommé pour le programme et formé à la prise en charge des cas de diarrhée. Des unités thérapeutiques de réhydratation par voie orale ont été établies dans quatre services de consultation externes à Bangui, la capitale du pays, ainsi que dans les cinq hôpitaux régionaux. Au mois de novembre 1989, le Ministère de la santé a organisé le premier Symposium national sur la TRO pour les médecins Centrafricains. Suite à ce symposium, beaucoup de ces médecins, en association avec les cinq équipes régionales de supervision, ont exécuté un programme intensif de formation sur le terrain pour la prise en charge des cas de maladie diarrhéique. Un principe important de cette formation était: savoir communiquer d'une manière efficace avec la mère lors d'une consultation avait la même importance que de savoir comment diagnostiquer, traiter et éventuellement orienter l'enfant diarrhéique devant l'autorité compétente. Ainsi, l'enseignement des compétences de communication a été combiné avec l'apprentissage des compétences cliniques. Le Ministère de la santé espérait une amélioration immédiate dans la diffusion de l'éducation des patients, qui entrainerait une connaissance et une efficacité parmi les mères, donnant lieu à un meilleur suivi des soins à domicile.

Le Programme de formation

Le Département de la médecine préventive et des grandes endémies (DMPGE) s'est chargé de l'organisation et de la gestion du programme de formation. Le DMPGE a appliqué les théories de l'apprentissage des adultes et les principes d'un système de concept de formation au développement du programme à quatre composantes (9, 10). Les quatre composantes étaient (1) l'évaluation des besoins, (2) la conception de la formation, (3) l'application de la formation, et (4) l'évaluation du programme. Nous porterons notre attention surtout sur les aspects *d'éducation des patients* dans chacune de ces composantes.

Identification des besoins de formation

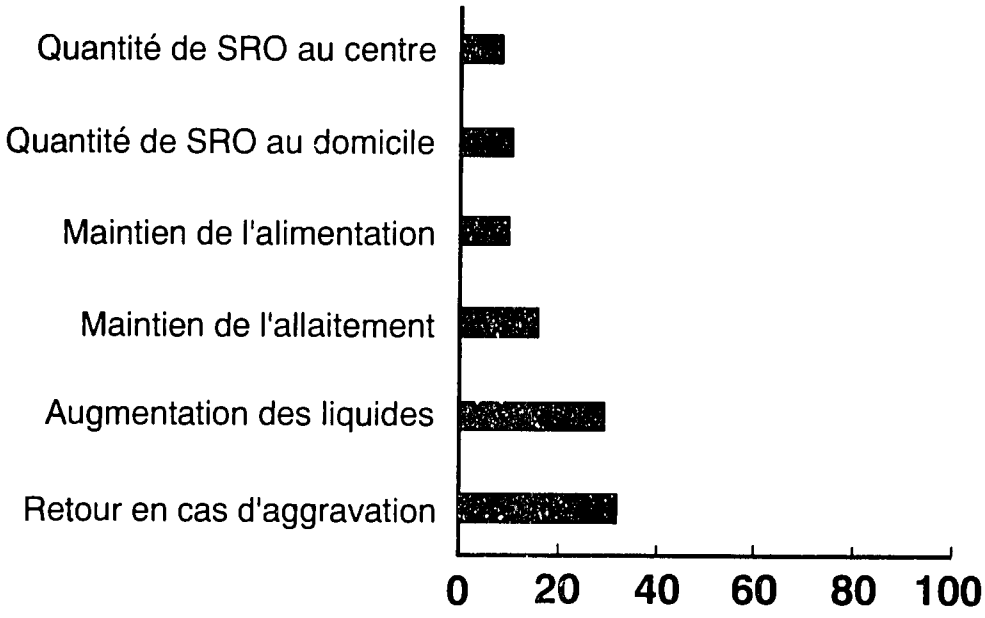
En 1989, le DMPGE, en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a évalué les besoins de formation des agents de santé dans les centres de santé possédant déjà des approvisionnements adéquats de SRO. Dans chacune des cinq régions de santé, le DMPGE a d'abord classifié ces centres par emplacement géographique (urbain, semi-urbain, rural) avant de choisir des échantillons, 50 % de chaque catégorie, prélevés au hasard. Tous les enfants présentant des symptômes aigus de diarrhée pendant une journée d'observation ont été inclus dans l'échantillonnage. L'échantillonnage total de l'étude comprenait 144 enfants soignés pour la diarrhée dans 79 centres de santé.

Une commission composée de médecins, d'infirmiers et de personnel technique du DMPGE et des CDC a développé un protocole d'évaluation ainsi qu'une liste de contrôle du comportement normalisée sur la base de l'expérience clinique des unités thérapeutiques de réhydratation par voie orale à la RCA, ainsi que sur la base de protocoles d'observations semblables venant d'autres pays d'Afrique. Au moyen de la liste de contrôle normalisée, les directeurs de programes centraux et régionaux ont effectué des observations rationnelles sur les agents de santé alors qu'ils soignaient des enfants atteints de diarrhée aiguë. À la fin de l'évaluation, les directeurs de programme ont reportés par écrit les données collectées dans les régions. Les directeurs de programmes centraux et régionaux ont discuté les résultats et de leurs conséquence sur la formation.

Certains résultats sélectionnés de cette étude (Figure 1) signalent des défaillances importantes de la part des agents de santé dans la communication aux mères des conseils TRO essentielles. Ces conseils comprennent des recommandations sur les comportements durant et après la visite médicale.

Les agents de santé ont appris à environ une mère sur dix quelle quantité de SRO à donner à leur enfant pendant qu'elles se trouvaient dans l'établissement de santé (12/144), quelle quantité à donner à leur enfant lorsqu'elles sont rentrées chez elles (14/144), et l'importance de continuer à alimenter leur enfant (13/144). On a demandé à seulement 16 % (23/144) des mères d'allaiter leur enfant durant l'épisode de diarrhée, et moins d'un tiers a été tenu au courant du besoin d'augmenter la prise de liquides durant la diarrhée. Les agents de santé

Figure 1
Pratiques d'éducation des patients: sondage avant la formation au niveau des centres de santé en République Centrafricaine, 1989



N=144 observations dans 79 centres

ont demandé à environ un tiers (46/144) des meres de revenir au centre de santé au cas où l'état général de l'enfant s'aggraverait.

Conception du programme de formation

Suite à la discussion des résultats de l'étude dans chaque région, le DMPGE a convoqué une équipe interdisciplinaire des professionnels de santé, en provenance de Bangui, et des CDC pour revoir les données, souligner les priorités importantes de la formation et de la supervision future, ainsi que pour mettre au point du matériel de formation et un calendrier de formation. Dans le cadre de l'éducation des patients, l'équipe de conception a arrêté un accord général (1) sur les compétences de communication interpersonnelle à enseigner, (2) sur les instructions spécifiques à communiquer aux mères à différents moments de la consultation, et (3) sur la méthode d'incorporer l'éducation des patients dans le matériel de formation. Voilà un sommaire de ces activités:

> *Sélection des compétences de communication interpersonnelle.* L'équipe de conception à accordé la plus grande importance à l'enseignement des cinq compétences suivantes aux agents de santé: (1) *obtention* des renseignements sur la maladie de l'enfant; (2) *informations* sur la maladie et les démarches à suivre; (3) *démonstration* des pratiques de traitement et explication de leur importance; (4)

encouragement des mères pour qu'elles demandent des précisions et posent des questions; et (5) *vérification* de la compréhension par les mères ainsi que leur maîtrise de la pratique nécessaire, avant leur départ du centre de santé. Cependant que le cursus insistait sur l'importance de la communication orale entre individus, les formateurs ont également appris aux agents de santé comment démontrer la préparation de la solution de SRO dans le cadre d'un groupe.

Sélection des instructions. La liste de contrôle du comportement utilisée dans l'étude de base, a servi de guide pour l'équipe de conception de la formation dans son choix d'un nombre limité de courts messages à communiquer à chaque mère. Ces messages portaient sur trois types de comportement:(1) traitement de l'enfant dans l'établissement de santé, (2) observance du traitement recommandé à la suite d'une consultation, et (3) usage ultérieur des services de santé. Les directeurs de programme et d'autre personnel du Ministère de la santé ont défini les étapes de la prise en charge des cas de maladie, durant lesquelles les instructions peuvent être communiquées par les agents de santé afin que les mères les assimilent. Ces décisions étaient basées sur des études, des sondages, et d'un matériel de formation d'autres pays africains, sur des discussions approfondies, et sur l'expérience clinique dans certaines unités de consultation externes à Bangui. La grille à la Figure 2 énumère les consignes désirées dans les centres de santé pendant le suivi de traitement à assurer par les mères, ainsi que les meilleurs moments pendant le procédé de la prise en charge des cas, durant lesquels l'éducation de la mère peut être faite par l'agent de santé.

Développement de matériels de formation. Certains membres sélectionnés de l'équipe de conception de la formation ont établi un manuel de formation pour la prise en charge des cas. Le manuel comprenait neuf plans de leçons, chacun conçu de façon à ce que les participants puissent:

- rechercher pourquoi ils ont besoin de maîtriser certaines compétences
- faire leur apprentissage de différentes manières
- développer ce qu'ils ont appris, et
- proposer leurs idées sur leurs performances et obtenir les observations des autres.

Dans les plans à trois leçons portant exclusivement sur les procédures dans un établissement de santé («Antécédents médicaux et examen physique», «Prescription du traitement», et «Contrôle du traitement»), l'équipe de conception (1) a incorporé des objectifs de compétence en communication, dans ceux de l'apprentissage de chaque leçon, (2) a rédigé les directives d'instruction des patients de façon à les inclure dans les aides à la formation technique aux endroits appropriés dans le processus des établissements de santé, et (3) a rédigé les directives d'instruction aux patients de façon à les inclure dans les listes de contrôle d'évaluations par ses pairs, utilisées dans l'évaluation de la réalisation des tâches telles que spécifiées dans les aides à la formation.

Figure 2: Consignes à observer par les mères

Phase Clinique	Consignes à appliquer en établissement de santé	Consignes à appliquer à domicile
Historique	Description de la durée et de la consistance de la diarrhée Description du traitement précédant la visite médicale Description d'autres symptômes associés avec la diarrhée	Respect des consignes positives: ¤ Utilisation des services de santé ¤ Administration des liquides ¤ Allaitement ¤ Alimentation
Examen physique	- sans objet -	Retour à l'établissement de santé en cas de: ¤ Évanouissement ¤ Yeux creux ¤ Bouche sèche ¤ Pli cutané ¤ Fontanelle creuse
Préscription du traitement	Lavage des mains avant la préparation SRO Administration de SRO en cuillerées à café Administration lente de SRO Maintien de l'allaitement	- sans objet -
Surveillance des soins	Administration de SRO en cuillerées à café Administration lente de SRO Si l'enfant vomit, arrêter provisoirement Administration de la tasse entière Maintien de l'allaitement Rester jusqu'à ce que l'assistant médico-social achève l'observation	Préparation de SRO après chaque évacuation de selles Quantité correcte de SRO Maintien de l'allaitement Maintien des liquides Maintien de l'alimentation Retour à l'établissement de santé si l'enfant: ¤ Ne se remet pas ¤ Reste fatigué ¤ Arrête de manger et perd du poids ¤ Si la diarrhée persiste
Sortie	Description de la préparation, administration de SRO Description d'autres actions de traitement	- sans objet -

Exécution du programme de formation

En 1990, pendant trois mois, les équipes de supervision régionales ont réalisé cinq ateliers régionaux pour 325 agents de santé, portant sur la prise en charge des cas de diarrhée. Chaque atelier de six jours comprenait la mise en oeuvre des compétences en classe et en clinique, sous surpervision.

Simulations. Durant trois jours de traitement simulé en clinique, les enseignants ont demandé aux participants de réaliser une variété d'exercices interactifs en classe, y compris des études des cas, des jeux de rôles, des démonstrations et des discussions de groupe. Ces simulations avaient pour but de renforcer la confiance des participants dans leur communication avec les mères lors de l'étude, du traitement et de l'évaluation habituels d'un enfant atteint de diarrhée, avant de rencontrer une mère dans les unités thérapeutiques de réhydratation par voie orale (UTRO) à l'hôpital régional. L'évaluation par ses pairs et discussions des observations a fait partie intégrante de ces simulations.

Prestations de soins en établissement de santé. Il y a eu deux opportunités de développer sous surpervision les compétences de communication et les compétences cliniques. La première séance a eu lieu dans une UTRO d'un hôpital régional. Après cette première séance de travail, les enseignants ont partagé leurs observations avec les participants sur leur compétence en communication et ont démontré comment ils pouvaient l'améliorer. Les deux aspects défaillants étaient ceux qui consistaient à encourager les mères à poser des questions et à confirmer leur compréhension des instructions. La deuxième séance de travail, le lendemain, offrait aux participants une possibilité de mise en oeuvre immédiate et appropriée des règles de communication qu'ils n'avaient pas maîtrisés la veille.

Évaluation de l'impact de la formation

Environ six mois après la formation, les chefs régionaux ont répété les études sur les centres de santé, dans le but de savoir si la formation était associée aux changements dans les performances des agents de santé. Ce suivi s'est servi des mêmes instruments et procédures de choix d'échantillonnage que l'étude de base, et a donné lieu à l'observation de 138 enfants dans 87 centres de santé dans cinq régions de santé.*

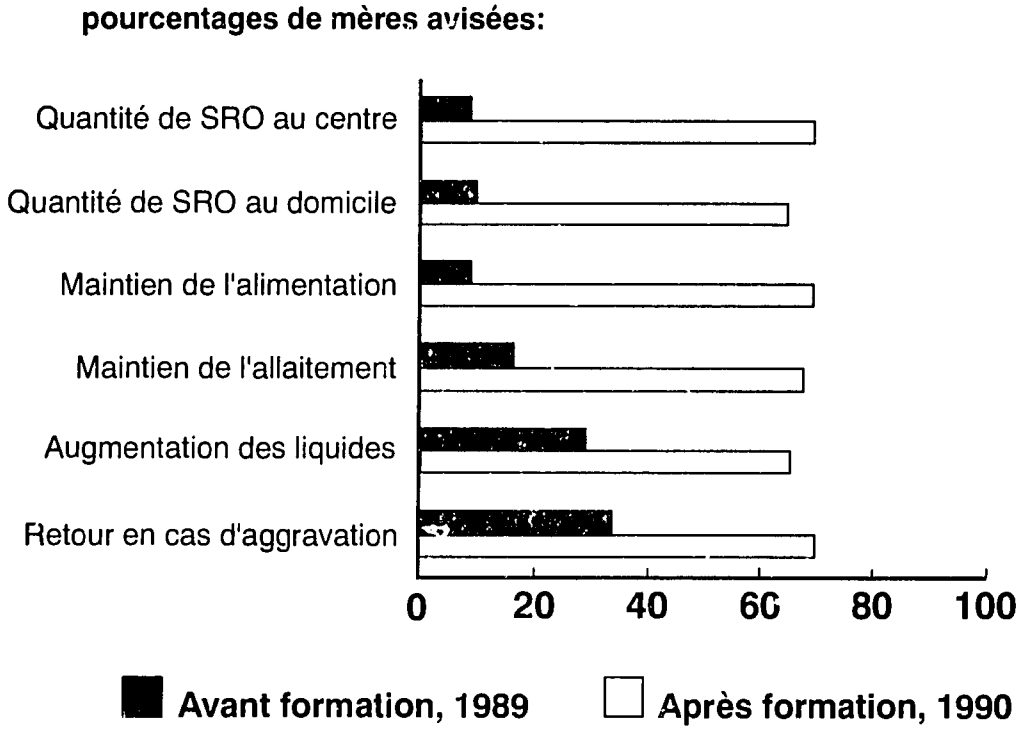
Les résultats des évaluations avant et après la formation dans les centres de santé en ce qui concerne l'éducation aux patients sont présentés à la Figure 3. Il y a eu des augmentations importantes du nombre d'instructions que les agents de santé ont communiqué aux mères et aux enfants atteints de diarrhée.

* La différence dans le nombre de centres de santé entre ceux de l'étude de base et ceux de l'étude de suivi est due à l'augmentation du nombre total de centres approvisionnés en SRO, au moment de la deuxième étude. À cause de cette modification de profil de centres suffisamment approvisionnés, de nouveaux échantillons ont été choisis au hasard.

La différence entre le niveau d'éducation des mères avant et après le stage de formation était en moyenne 49,2 % pour les mères ayant reçu chacune des instructions, avec un écart allant de 35,9% à 59,7 %. Après la formation, chacun des six messages prioritaires avait été délivré à un minimum de six mères sur dix.

Bien que l'évaluation était fondée sur une conception «avant/après», sans groupe témoin, il est probable que la plupart des améliorations importantes dans l'éducation des patients sont attribuables au programme de formation. Il n'y a pas eu d'activités de formation parallèle pour ces professionnels de santé. Des évaluations répétées des centres de santé dans d'autres pays d'Afrique n'ont pas prouvé d'améliorations dans l'éducation des patients en l'absence des programmes de formation,[7] et les participants ont témoigné que d'une manière générale ce programme a amélioré leurs compétences.

Figure 3
Consignes d'instruction des patients: sondage avant et après la formation au niveau des centres de santé en République Centrafricaine, 1989 et 1990



1989: N=144 observations dans 79 centres
1990: N=138 observations dans 87 centres

Résultats

Bien que chaque pays soit unique et ait des besoins différents, il semble qu'il y ait au moins quatre «résultats» sur l'effort de deux ans en République Centrafricaine qui pourraient guider la continuation de nos efforts pour améliorer la qualité de l'éducation des patients en Afrique.

(1) *Des décisions concernant la qualité de l'éducation des patients et la conception de celle-ci peuvent être et doivent être basées sur des études observationnelles des consignes appliquées par les agents de santé, avant et après la formation.*

L'expérience en RCA suggère que les données d'observations représenteraient un outil puissant pour aider les directeurs de programmes nationaux à reconnaître des divergences entre les performances souhaitées et les performances réalisées. Le fait d'admettre ceci peut donner lieu à des décisions justifiées quant à la place correcte de l'éducation des patients dans le programme de formation de la prise en charge des cas de maladie. Cette évaluation fondée sur les centres de santé, a reporté les occasions multiples manquées pour éduquer les mères en TRO durant une consultation médicale sur la diarrhée. Ainsi, les directeurs de programmes ont accordé suffisamment de temps dans le cursus à l'éducation des patients et ont donné une importance égale au diagnostic, au traitement et à la renvoi des enfants atteints de diarrhée sur un autre établissement.

(2) *Le personnel de santé et leurs clients sont bien servis quand les programmes de formation choisissent les compétences les plus importantes pour accroître le répertoire du prestataire de soins, et ce en fonction de besoins reportés et d'exigences raisonnables.*

Dans son article traitant des éléments de la qualité des services de planning familial, Bruce distingue entre le rôle de «fournisseur d'informations» et le rôle «affectif ou de conseiller» des agents de santé.[11] En même temps, elle insiste sur le fait que ces rôles se complètent, ainsi que sur l'importance d'assurer des soins de très haute qualité. Prenant en considération les données en provenance de la RCA et d'autres pays indiquant une interaction minime entre les agents de santé et les mères,[6] le Ministère de la santé a choisi d'insister sur l'importance des rapports entre les fournisseurs des services de santé, ainsi que sur leur développement progressif, en commençant par renforcer le rôle de «fournisseur d'informations» des agents de santé. La première étape était d'assurer le développement des compétences de l'agent de santé pour la communication d'informations essentielles avec la mère à des moments opportuns, et demander à cette dernière de répéter les instructions pour vérifier qu'elles peut en assurer le suivi de retour à son domicile. Il était également important, tout en considérant les ressources disponibles, que cet effort minimum soit évalué avant de savoir si l'éducation des patients est liée aux changements au niveau des connaissances, des compétences et de la coopération des mères.

La composante du programme de formation en la prise en charge des cas de maladies, concernant l'éducation des patients a porté sur cinq compétences. Il est suffisamment facile d'enseigner, d'apprendre et de travailler en classe ainsi qu'en établissement de santé. Bien que la maîtrise et l'application de cet ensemble de compétences bien définies et limitées, soient sans doute nécessaires, elles ne sont pas suffisantes pour engendrer une transformation du comportement des mères. Le Ministère de la santé a considéré ceci comme étant le critère minimum pour combler le manque de communication entre les agents de santé et leurs patients. Les normes, convictions, et traditions culturelles de l'Afrique indiquent que c'est l'agent de santé qui doit prendre l'initiative de promouvoir la communication avec les mères.[12, 13] L'expérience dans les pays en voie de développement a démontré qu'une interaction plus efficace entre agents de santé et patients peut améliorer la guérison des patients.[3] En gardant les choses simples, le Ministère de la santé espérait que les agents de santé seraient plus susceptibles d'appliquer immédiatement après la formation, ces compétences essentielles de communication, sur le terrain, ainsi que de leur apprendre plus tard une plus grande gamme de compétences en relation entre individus.

Les exigences raisonnables de l'équipe de conception de la formation s'exprimaient par le nombre limité de messages sur la prévention de la diarrhée dans le programme de la RCA. Bien qu'on porte une attention accrue sur l'inclusion des messages de prévention dans les programmes d'éducation des patients pour pouvoir contrôler les maladies diarrhéiques,[14] le Ministère de la santé pensait que le programme avait atteint sa capacité d'absorption dans le domaine seul de la prise en charge des cas de maladie. L'équipe de conception de la formation a cru que si on demandait aux agents de santé de fournir trop d'informations, ils risquaient de ne pas le faire, et les mères risquaient ne pas s'en souvenir.[15] Vers la fin, le programme a préconisé (1) le renforcement par les agents de santé, de comportements positifs reportés par les mères comme applications de l'éducation reçues , tels que l'alimentation, l'allaitement, le maintien ou l'augmentation des liquides, et (2) démonstration de l'importance du lavage des mains durant la démonstration des SRO.

(3) *Chaque agent de santé est un enseignant potentiel de patients; il faut donc que l'éducation des patients fasse partie intégrante de la formation du personnel de santé.*

L'approche utilisée par le programme de formation de la RCA a démontré que les agents de santé peuvent fournir des instructions simples aux mères durant le traitement habituel des cas de maladie, et qu'ils peuvent s'exprimer d'une manière concise, claire et précise. L'«approche intégrée» de la RCA est différente de la formation sur le tas dans l'éducation des patients, la communication et les méthodes de conseils pratiquées en Afrique, ce qui pourrait, sans le vouloir, renforcer la ségrégation de l'éducation à l'égard de la «pratique médicale essentielle». Des cours spécialisés immédiatement après ou indépendants de la formation «technique» exigent du temps et de l'argent supplémentaires, ainsi que des modules ou des unités d'enseignements séparés.[16,17] Alors qu'une formation complémentaire comportant un sujet spécialisé sur l'enseignement pourrait être plus efficace qu'un programme de formation technique qui l'exclurait--en termes de la qualité du traitement et de coopération des patients[18]--des cours et matériels séparés sont plus coûteux en main-d'oeuvre et en financements. Aussi, ce genre de cours risque de donner l'idée aux

agents de santé que l'éducation comporte une composante séparée qui ne fait pas partie essentielle de la prise en charge des cas de maladie. En principe, le lien qui relie l'éducation aux diagnostic, traitement, et procédures de référence de la prise en charge des cas de maladie, assurent une meilleure distribution des instructions par les agents de santé, et l'assimilation de celles-ci par les mères.

(4) *Le travail et les observations continus sont des composantes essentielles de la formation dans le domaine de l'éducation des patients.*

Une leçon importante confirmée par l'exécution du programme de formation dans les cinq régions de santé de le RCA, est que la mise en pratique continuelle des compétences de communication en classe et en établissements de soins, renforcée par des observations ponctuelles et continues, est directement associée aux pratiques positives des agents de santé. Par exemple, vers la fin de la phase de simulation en classe, la plupart des enseignants étaient d'accord sur le fait que la majorité des agents de santé démontraient une habilité acceptable dans l'éducation des patients durant l'interprétation des rôles. Dans un établissement de soins, cependant, ces gains apparents disparaissaient: les agents de santé oubliaient complètement, ou portaient une attention minime à l'éducation des patients. De même, la plupart des enseignants portaient plus d'attention sur la correction des agents de santé dans le domaine des procédures de diagnostic, de traitement et de référence. L'emploi de l'observation pour assurer la transmission des compétences de l'environnement des classes à l'environnement de travail comportaient un jalon important tant pour les participants que pour les enseignants.

Orientations futures

La méthode d'application de l'éducation des patients variera entre les pays africains, ainsi qu'à l'intérieur des pays selon les différences ethniques et culturelles. Dans la mesure où ces réalités ne nous permettent pas d'utiliser une approche standard pour l'amélioration des compétences des agents de santé, il faut que chaque directeur du programme prépare avec soin une stratégie d'éducation pratique pouvant être appliquée dans le cadre des centres de santé. Malheureusement, en Afrique les interventions d'éducation pour la santé au niveau des communautés et des centres de santé ont été trop souvent mal préparées.[19] La prédominance de l'approche «causerie de santé» dans le domaine de l'éducation, indique l'étendue du manque d'une planification adéquate. Quand ces causeries ont lieu durant les visites des patients, elles sont données dans les salles d'attente des hôpitaux et des établissements de soins, en s'adressant à des groupes de mères avant, durant ou après le traitement Des nombreuses anecdotes suggèrent que ces causeries (1) sont généralement programmées selon la convenance du personnel de l'établissement de soins, (2) peuvent ignorer les besoins des mères ayant des enfants patients, (3) ne traitent que rarement de l'impératif de la consultation médicale, (4) sont d'une qualité variable, et (5) offrent peu de possibilité d'établir une communication utile. Alors que l'impact des présentations didactiques en groupe n'a pas fait l'objet d'une recherche opérationnelle dans le milieu africain, l'expérience avec ce genre d'éducation dans d'autres environnements d'établissements de soins suggèrent l'adoption de stratégies plus interactives.[20]

A la différence des «causeries de santé», l'approche de la RCA représente une alternative prometteuse dans le domaine de l'éducation des patients. Pour améliorer davantage la qualité des services d'éducation des patients dans la RCA et pour *élargir* le champ de notre compréhension de son impact potentiel, il serait nécessaire d'effectuer des études rigoureuses dans au moins quatre domaines.

Premièrement, plus de *recherche formatrice* sur le comportement des mères et sur les prestations des agents de santé, ainsi que leurs motivations, auraient été utiles pour définir un programme de formation en RCA. Par exemple, la recherche aurait pu prévoir la collecte de données pour motiver les décisions à prendre sur 1) les questions à poser à une mère afin qu'elle décrive les symptômes de l'enfant et le traitement administré avant sa visite à l'agent de santé, 2) si l'avis de l'agent de santé est conforme ou en conflit avec les croyances ou pratiques de la mère, et 3) les informations adéquates à fournir à la mère, ainsi que comment et quand les diffuser. La possibilité pour les pays n'ayant pas assez de ressources pour collecter ces données pendant le service ou pendant les visites de routine d'un établissement de santé, reste à étudier. L'un des problèmes est que les Ministères de santé subissent des pressions importantes (souvent des bailleurs de fonds) pour rattraper le retard de formation en matiére de soins de santé primaires dispensée à un grand nombre d'agents de santé, sans pour autant posséder le temps ou les ressources adéquates pour mettre en place une telle formation.

Deuxièmement, la RCA doit identifier et mettre en place des stratégies appropriées, efficaces qui puissent être continuées pour une *évaluation du programme de formation.* Pour ce programme, la stratégie principale d'évaluation était fondée sur les évaluations dans les centres de santé. Ce qui représentait un avantage triple: (1) les superviseurs ont recueilli des données à un faible coût et presque sans interruption des services, (2) les données étaient objectives, raisonnablement représentatives, et répondaient aux priorités et soucis des directeurs de programme, et (3) les renseignements dégagés par les sondages étaient extrêmement spécifiques, faciles à comprendre pour les superviseurs et pour le personnel du Ministère de la santé, et utiles au ciblage du programme de formation et à l'évaluation de son impact sur la qualité de la livraison des services. Cependant, l'évaluation globale du programme de formation aurait été renforcée si la conception de l'évaluation avait pris en compte une plus grande variété de méthodes et mesures. Une addition importante dans la conception de l'évaluation future des programmes de formation pourrait être la mesure des taux de changement des niveaux de compétence des participants, depuis leur arrivée au centre de formation jusqu'à leur départ à la fin de l'atelier. Ce type d'évaluation basée sur les compétences développées durant les ateliers, permettraient une meilleure compréhension des résultats des sondages. Par exemple, pourquoi les agents de santé ont-ils communiqué des renseignements critiques qu'à seulement 60 à 70 % des mères après leur formation? Est-ce qu'il leur manquait les compétences de diffusion des informations (parce que cette compétence n'a jamais été acquise) ou est-ce qu'il existe d'autres contraintes dans leur environnement de travail qui décourage la communication entre individus de ce type (même s'ils sont en mesure d'assurer une communication adéquate)? Le programme de la RCA avait pris en compte la mesure de l'acquisition des compétences durant l'atelier, mais il manquait de temps, de ressources et de personnel pour le développement des activités et des instruments. Il faudrait développer des stratégies et outils supplémentaires pour la détection des problèmes et pour l'amélioration de la formation dans le cadre des ressources limitées à la disposition du Ministère de la santé.

Troisièmement, l'identification des raisons pour lesquelles entre 30 à 40 % des mères dans la RCA n'ont pas reçu les informations critiques d'un agent de santé *formé* exige des *recherches complémentaires dans le domaine des services de santé* afin d'améliorer les performances des agents de santé. Une enquête plus poussée pourrait contribuer à identifier les contraintes potentielles rencontrées par les agents de santé durant l'éducation de leurs clients, telles que les normes de performance et des descriptions de travail imprécises, surcharge de patients, l'insuffisance de la surpervision, le manque de systèmes de reconnaissance et de compensation professionnelle pour le développement des carrières, ainsi que d'autres demandes et opportunités préoccupant les agents de santé. Il faudrait également pouvoir déterminer les possibilités de résolution de ces contraintes et effectuer des projets pilotes sur le terrain pour essayer les combinaisons de stratégies considérées prometteuses.

Quatrièmement, l'existence des liens entre l'éducation des patients, la compréhension des mères et l'adoption des comportements recommandés par les prestataires de soins restent sans preuve. La qualité de l'éducation sert-elle à améliorer la capacité de la mére d'observer le traitement recommandé une fois rentrée chez elle? Quelles sont les compétences et

ressources dont elle a besoin pour suivre les ordonnances médicales? Quelles sont les obstacles? Un mois après avoir été instruite par un agent de santé formé, la mère est-elle encore capable d'assurer des soins appropriés? Une meilleure information aux patients engendre-t-elle un comportement sanitaire plus efficace dès qu'une prochaine episode de diarrhée réapparait? *Une recherche opérationnelle* permettra de trouver des réponses à ces questions pour convaincre les directeurs de programmes et les prestataires de soins de l'importance de l'éducation des patients, ainsi que pour améliorer les directives de formation et les programmes de formation en compétences.

Conclusion

Le programme de formation de la RCA a réalisé avec succès son but d'améliorer l'éducation des patients: un changement considérable a été constaté dans le nombre de mères qui ont reçu chaque message, et ce avant et après la formation. Cette expérience a démontrée que des améliorations à court terme dans l'éducation des patients peuvent être réalisées quand la formation en la prise en charge des cas de maladie préconise l'éducation comme une composante essentielle de la visite médicale. Il a également été démontré que le cursus de la formation sur le tas peut devenir plus valable pour les agents de santé quand les performances sont mesurées, les contradictions entre les consignes actuelles et celles souhaitées sont analysées et leurs résultats pris en considération durant la conception de la formation. De plus, nous avons appris qu'il faut poursuivre les nouvelles méthodes d'évaluation incorporant le développement des compétences d'éducation des patients dans le cadre des programmes de formation en prise en charge de cas de maladie. Il est nécessaire d'entreprendre des recherches supplémentaires pour pouvoir déterminer ce qui peut être fait au-delà de la formation pour motiver les agents de santé à faire l'éducation des patients. L'impact de l'éducation des patients sur la compréhension et l'accord de comportement des mères après une consultation médicale dans la RCA n'est pas connu et constitue toujours un problème de recherche à résoudre. Dans ce processus d'amélioration continue, nous faisons face à deux défis. Le premier c'est la conception et l'exécution de la recherche opérationnelle requise pour développer les capacités des directeurs de programme sans détourner le personnel et les ressources limités des travaux quotidiens de gestion des programmes nationaux. Le deuxième, c'est d'encourager et soutenir les agents de santé d'une façon continue pour étayer les accomplissements réalisés par le truchement de la formation sur le tas et la supervision.

Remerciements

Les auteurs reconnaissent l'apport considérable qui a contribué au succès de ce programme de la part du personnel du Département de la médecine préventive et des grandes endemies, Ministère de la Santé, République Centrafricaine, médecins-chefs et des chefs des cinq régions de santé, ainsi que celui du Corps de la Paix. Ces travaux ont été soutenus par l'Agence américaine pour le développement international (A.I.D) et le projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD). (Projet régional d'Afrique no. 698-0421). Les versions antérieures de ce manuscrit ont été revues par Judy Chwalow, Stanley Foster, David Gittelman, Melinda Moore, Eve Nagler, Maye Olivola, Virginia Sturwold, Andrew Vernon et Ronald Waldman. Une première version de ce papier a été présentée à la réunion triennale de l'Union internationale pour l'éducation pour la santé, Helsinki, Finlande, en juin 1991.

Références

1. OMS. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Un manuel pour le traitement de la diarrhée à l'intention des médecins et d'autres hauts fonctionnaires de la Santé. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1990.

2. OMS. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Rapport intérimaire sur le programme. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1993.

3. GREEN LW, KREUTER MW. Health Promotion Planning: An Educational & Environmental Approach (Planification de la promotion de la santé: Une approche pédagogique et de l'environnement). Mountain View, Californie: Mayfield Publishing Company, 1991.

4. BRYCE J, CUTTS F, NAIMOLI JF, BEASLEY M. What have teachers learnt? (Les instituteurs, qu'ont-ils appris?) The Lancet, 1993; 342: 160-161.

5. Ministère de la santé et la faculté de médecine de l'université Eduardo Mondlane, Mozambique. Évaluation de la prise en charge des cas de diarrhée dans les centres de santé au Mozambique. J. Trop Med Hyg, 1988; 91: 61-66.

6. BRYCE J, TOOLE MJ, WALDMAN RJ, VOIGT A. Assessing the quality of facility-based child survival services. (Évaluation de la qualité des services de survie de l'enfant basés sur les prestations des centres de santé). Health & Policy Planning, 1992; 7(2): 155-163.

7. Center for Human Services. Oral Rehydration Therapy in Diarrheal Disease Control: A Review of Experience in Eight Countries (La thérapie de réhydratation par voie orale dans le contrôle des maladies diarrhéique: Une reprise de l'expérience dans huit pays). Bethesda, Maryland: Primary Health Care Operations Research (PRICOR), 1990.

8. Centers for Disease Control and Prevention. Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases, rapport annuel 1989-1990. Atlanta, Géorgie: International Health Program Office, CDC, 1991.

9. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. A Trainer's Guide to Andragogy: Its Concepts, Experience and Application (Un Manuel pour les enseignants d'andragogie: ses concepts, expériences et applications). Washington, D.C.: U.S. Governement Printing Office, mai 1973.

10. BRIGGS LJ (éd.). Instructional Design: Principles and Applications (Conception instructionnelle: principes et applications). Englewood Cliffs, New Jersey: Educational Technology Publications, 1977.

11. BRUCE Judith. Fundamental elements of the quality of care: a sample framework (Éléments fondamentaux de la qualité du traitement: un cadre échantillon.) Studies in Family Planning, 1990; 21,2: 61-91.

12. SMITH Diana. Safe motherhood: listening to women (La maternité sans risque: l'art d'écouter les femmes). Tropical Doctor, janvier 1993; 23(1): 1-2.

13. Maternity Services: the need to communicate with the consumer (Services de maternité: le besoin de communication avec le consommateur). Safe motherhood, novembre 1991-février 1992; n$ 7: 9-10.

14. OMS. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Working Toward Prevention. One volume in the CDD Programme Management Training Course. (Évolution des travaux de prévention. Un module du cursus de formation en gestion des programmes LMD). Genève: Organisation mondiale de la santé (sans date).

15. LEY P, SPELMAN MS. Communications in an out-patient setting (Communications dans l'environnement des services de consultation externes). British Journal of Social and Clinical Psychology, 1965, 4: 116-118.

16. SMITH WA, VERSOZA CC, WHITESELL PH, NORTHRUP RS. Talking with Mothers about Diarrhea: A Workshop for Physicians (Entretiens avec les mères sur la diarrhée: un atelier pour les médecins). Arlington, Virginie: PRITECH (sans date).

17. OMS. Advising mothers on management of diarrhoea in the home (Consultation avec les mères sur la prise en charge de cas de diarrhée à domicile). Programme de lutte contre les maiadies diarrhéiques. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1993.

18. KIM YOUNG MI, RIMON HJ, WINNARD K, CORSO C, MAKO IV, LAWAL S BABALOLA S et HUNTINGTON D. Improving the quality of service delivery in Nigeria (Amélioration de la qualité de prestation des services au Nigéria). Studies in Family Planning, mars-avril 1992; 23(2): 118-127.

19. HUBLEY JH. Barriers to health education in developing countries (Obstacles à l'éducation pour la santé dans les pays en voie de développement). Health Education Research, 1986; 1(4): 234-245.

20. DONOVAN JL, BLAKE DR, FLEMING WG. The patient is not a blank sheet: lay beliefs and their relevance to patient education (Le malade n'est pas une feuille blanche: croyances laïques et leur pertinence à l'éducation des malades). British Journal of Rheumatology, 1989; 28: 58-61.