

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

**COLLABORATION COMMUNAUTAIRE POUR
AUGMENTER L'UTILISATION DES SERVICES
DE SANTE: UNE EXPERIENCE PROVENANT
DU TOGO, AFRIQUE DE L'OUEST**

**EDUCATION POUR
LA 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



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 # 698/042, Washington, D.C.

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

Les responsables médicaux du district togolais et leurs équipes d'hygiène ont mis en pratique ce projet fondé sur les communautés. Le Service National de l'Hygiène a fourni au district des équipes ayant suivi une formation et bien supervisées. L'UNICEF, l'Agence Américaine pour le Développement International et le U.S. Peace Corps [Corps de la Paix Américain] ont fourni les ressources financières et matérielles pour la réalisation des opérations concernant le projet. Le U.S. Peace Corps et les Centres Épidémiologiques et de Prévention Américains ont fourni l'assistance technique au Ministère de la Santé. Ce sont les efforts combinés du Ministère de la Santé et de ces diverses agences qui ont conduit à la réussite de ce projet. Nous remercions particulièrement les personnes suivantes pour leur contributions: le docteur Komlan Siamevi et le personnel du Service National de l'Hygiène; Bill Piatt, Robert Nicholas et Marc Dagnobvi du U.S. Peace Corps/Togo; Colleen Conroy du U.S. Peace Corps/Washington; Peter Delahaye de l'UNICEF/Togo; Kevin Murphy, CDC; et Eugénia Eng de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill. Nous remercions également Stan Foster, George Stroh, Virginia Sturwold, Melinda Moore, Andy Vernon, Jean Roy, Michael Deming et Jo Birckmayer pour leurs commentaires sur les premières versions de cet article.

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 (catalog # 099 4037) ou en français (099 4038) 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

Collaboration communautaire pour augmenter l'utilisation des services de santé: une experience provenant du Togo, afrique de l'ouest

Joseph F. Naimoli¹, Anani Gbekley², Tchao Bamaze³, Kathleen A. Parker¹,
Jennifer Bryce¹, Gail C. Naimoli⁴

Author Affiliation:

- 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 Ministry of Health, Togo.
- 3 U.S. Peace Corps, Togo.
- 4 Instructional design consultant, Atlanta, Georgia.

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

Au Togo, en Afrique de l'ouest, un projet a démontré que des équipes de santé qualifiées et motivées au niveau des districts peuvent accroître le rôle de la communauté dans la promotion d'un comportement sanitaire adéquat. Des comités de santé ainsi que des villageois bénévoles, des assistants médico-sociaux et des agents itinérants de santé, en même temps que des instituteurs d'école ont collaboré avec le personnel de santé des districts pour augmenter l'utilisation des services de santé, destinés aux enfants de moins de cinq ans. Le projet a également démontré que dans les endroits où les services de santé sont accessibles, les villages peuvent atteindre un degré d'utilisation élevé en combinant des stratégies de communication individuelle et de groupe. Des programmes d'information dans les villages, comprenant la diffusion par le théâtre, les contes, l'éducation des patients aux centres de santé, ainsi que par les activités l'enfant pour l'enfant dans les écoles ont tous contribué à améliorer la couverture vaccinale chez les enfants âgés de 12 à 23 mois, et ce en moins d'un an après la mise en place de l'éducation pour la santé. Les principaux facteurs qui ont contribué au succès du projet sont résumés, et les problèmes relatifs à la répétition et à la diffusion du projet sont soulevés.

Introduction

Un but important des programmes de «survie de l'enfant» en Afrique dans les années 80 était de réduire la morbidité et la mortalité infantiles en améliorant l'accès à des services de santé de haute qualité.¹ Une disponibilité accrue de tels services n'engendrait cependant pas une plus grande utilisation.² L'éducation pour la santé de la communauté, par le biais des mass media ainsi que par des voies de communication interpersonnelle, a servi dans bien des pays en voie de développement à augmenter l'utilisation des services curatifs et préventifs.^{3,4} Le défi constant que rencontrent les programmes d'éducation pour la santé de la communauté est de porter au maximum la participation de la communauté au développement de la santé.⁵ Dans les années 80 le manque d'équipes de santé qualifiées et motivées au niveau des districts a été identifié comme une faiblesse majeure des efforts visant à l'augmentation de la participation communautaire aux programmes sanitaires.⁶

Un groupe d'études de l'Organisation mondiale de la santé a identifié cinq «stratégies» qui facilitent la participation communautaire dans le domaine de la santé. Ces mécanismes sont: 1) comités de santé de village, 2) assistants médico-sociaux communautaires, 3) campagnes de santé, 4) discussions et réunions locales, ainsi que 5) pièces de théâtre, danses, fêtes, oeuvres d'art et chants.⁵ Entre 1986 et 1990, au Togo, en Afrique de l'ouest, nous avons mis au point et mis en oeuvre un projet au niveau des villages qui a repris ces cinq stratégies, pour encourager les communautés à augmenter leur utilisation des services de santé pédiatriques sélectifs. Le projet repose exclusivement sur les réseaux de communication interpersonnelle et a été exécuté par les bénévoles communautaires formés et soutenus par le personnel de santé du district. L'emploi des coordinateurs d'éducation pour la santé au niveau des districts par le Ministère de la santé (MS), était une stratégie visant à contribuer à la décentralisation des services d'éducation pour la santé et au développement des ressources humaines à tous les niveaux du système de santé: le centre, les districts et les villages.

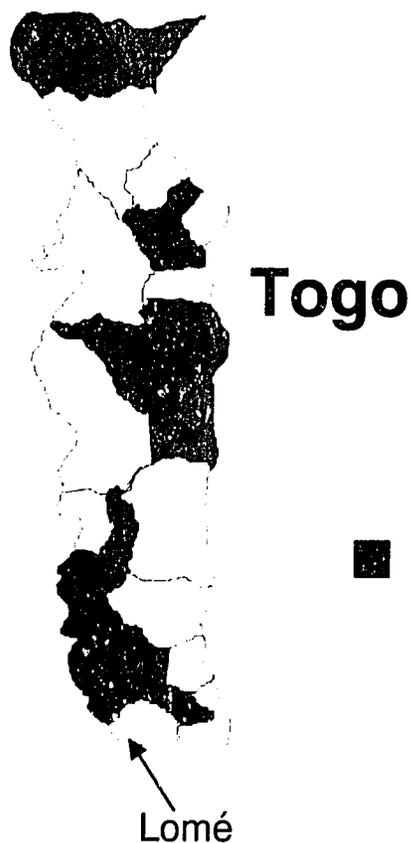
Dans la section suivante nous présentons une vue d'ensemble rapide du projet (1986-1990). Ensuite, nous décrivons la conception, l'exécution et l'évaluation dans neuf villages du volet de vaccination de la première phase du projet (1986-1990). Nous présentons également les résultats de cette première phase du projet, en analysons les facteurs déterminants majeurs et traitons de plusieurs problèmes relatifs à la répétition potentielle et à la diffusion en masse du projet.

Vue d'ensemble: éducation pour la santé de la communauté pour la survie de l'enfant

Le Service national de l'éducation pour la santé (SNES) au sein du Ministère de la santé, des Affaires sociales et de la Condition des femmes dans la capitale Lomé, est chargé de la coordination des activités d'éducation pour la santé au Togo. Le SNES, en collaboration avec le Peace Corps (Corps de la Paix), a conçu le projet d'éducation pour la santé de la communauté pour la survie de l'enfant, entre les mois de juin et de septembre 1986. Le but ultime du projet était de réduire la morbidité et la mortalité associées aux maladies infantiles telles que la diarrhée, le paludisme ainsi que celles pouvant être prévenues par la vaccination. De ce point de vue, le projet visait au renforcement des compétences d'éducation pour la santé de la communauté à tous les niveaux du système de santé togolais, tout en augmentant l'emploi des services sanitaires existants par ceux en mesure d'y accéder, dans approximativement 42 villages dans 21 districts sanitaires, situés dans cinq régions économiques du pays.

Le plan du SNES envisageait la mise en oeuvre du projet par étapes, en commençant par les neuf districts sanitaires, puis en y intégrant plus tard les 21 districts restants (Figure 1). Le

Figure 1
Districts de santé participant à l'éducation pour la santé de la communauté dans le cadre du projet de survie de l'enfant au Togo, 1986 (n=9)



■ Districts de santé participants

SNES a choisi les neuf districts primaires selon les critères suivants: leur accessibilité par la route de Lomé pour pouvoir assurer une supervision adéquate des activités, la probabilité de la participation active à l'exécution des activités du projet de chaque médecin-chef, dans chaque district conformément à l'intention du personnel du SNES, ainsi que la représentation de chacune des cinq régions économiques du pays.

Sur la demande du SNES et du Corps de la Paix, le médecin-chef de chaque district a formé une équipe de coordination d'éducation pour la santé, constituée de deux assistants médico-sociaux cadre moyen (agents de santé, techniciens/techniciennes de

santé ou agents de l'hygiène et de l'environnement) et un volontaire du Corps de la Paix. Les équipes de santé de district ont choisi des villages cibles parmi ceux se trouvant dans un rayon de dix kilomètres de la capitale du district et dans un rayon de cinq kilomètres d'un centre de santé fixe de vaccination. Les deux premières stratégies du projet étaient *la formation sur le tas* au niveau du centre, du district et du village dans le but de développer les compétences d'éducation pour la santé communautaire, ainsi que *l'éducation communautaire* dans les villages cibles pour améliorer l'utilisation des services de santé par la population.

A partir du mois de novembre 1986 le personnel du SNES a assuré *la formation sur le tas* des équipes de district. Cette formation a été cyclique. Une séance de travail d'une durée d'environ six jours présentait des concepts nouveaux aux participants et leur permettait de développer les compétences et les matériels d'éducation nécessaires à la formation d'autre personnel pour la réalisation des activités sur le terrain. Les formateurs rentraient à leurs districts pour former leurs homologues locaux et pour aider dans l'exécution des prestations. Les équipes de district se sont réunies périodiquement pour partager leurs expériences et pour faire l'apprentissage de nouveaux concepts et compétences. Tous les membres de l'équipe ont participé aux cycles de formation portant (1) sur la méthode de sondage pour la collecte et l'analyse des données de pratiques à domicile, (2) sur la conduite des groupes focaux ainsi que sur l'utilisation des données concernant la conception des interventions d'éducation pour la santé dans les villages, (3) sur l'organisation des villages ainsi que sur le développement et l'emploi des méthodes et techniques de communication interpersonnelle pour l'éducation des communautés sur les maladies infantiles transmissibles. Les maladies pouvant être prévenues par la vaccination, la diarrhée et le paludisme étaient les trois cibles prioritaires du projet définies par le Ministère de la santé.

L'éducation communautaire au niveau du village, appelée une «mini-campagne de santé»* dans chaque localité, a été commencée en 1987. Les équipes de district ont travaillé avec les représentants de chaque village cible pour programmer une campagne de trois mois dans laquelle on éduquait les familles sur l'importance de la prévention et du traitement des maladies infantiles. Cette éducation intensive a eu lieu à peu près simultanément dans chacun des villages ciblés. Trois «mini-campagnes» ont été réalisées dans chaque village, correspondant à une campagne pour chacun des trois domaines d'intervention de maladie dans le cadre du projet. La figure 2 présente les activités de formation et d'éducation communautaire de la première phase du projet.

* Une «campagne de santé» a été définie par un groupe d'études de l'O.M.S. comme un mécanisme par lequel un élément de santé est préconisé au niveau régional ou du district, de manière à intéresser la population afin de s'en assurer la participation future. Des équipes sont mobilisées dans une région pour réaliser une opération d'éducation de masse et pour faire participer la population à l'action de santé proposée" (5), page 17.

Figure 2

Education communautaire pour la survie de l'enfant

Echeionnement des délais des activités du projet
Phase I: Neuf villages pilotes, 1986-1988

1986	
octobre	Formation: Sondage des pratiques—PEV, LMD, paludisme
novembre-décembre	Sondage des foyers: PEV, LMD, paludisme
décembre	Formation: Groupes focaux PEV, LMD, paludisme
1987	
janvier-mars	Conduite des groupes focaux: PEV, LMD, paludisme
avril-mai	Formation pour l'éducation communautaire pour le PEV
juin-août	Education communautaire pour le PEV
juillet	Formation pour l'éducation communautaire contre les LMD
septembre-novembre	Education communautaire contre les LMD
septembre	Formation pour l'éducation communautaire contre le paludisme
novembre	Evaluation du PEV
1988	
janvier-mars	Education communautaire contre le paludisme
juin-juillet	Evaluation des LMD et du paludisme

Dans la section suivante, nous résumerons le Programme élargi de vaccination (PEV) au Togo. Ensuite, nous décrirons comment le volet de vaccination de la première phase du projet a été réalisé dans neuf districts.

Augmentation de l'utilisation des services de vaccination

Le PEV au Togo

Le Programme élargi de vaccination (PEV) a commencé au Togo en 1980. En 1986, le Togo possédait déjà une infrastructure bien développée pour la prestation des services PEV.⁷ Le but principal du volet de vaccination de ce projet était d'atteindre, avant 1990, un niveau de couverture vaccinale des antigènes PEV de 80 % pour les enfants âgés de 12 à 23 mois. Les vaccinations des enfants en dessous de deux ans, ainsi que des femmes en âge de procréer, sont gratuites, et effectuées par les centres de santé fixes de vaccination ou par des équipes mobiles se déplaçant jusqu'aux villages situés à plus de cinq kilomètres d'un centre de santé fixe. La politique nationale recommande que l'historique de vaccination de chaque enfant soit reporté sur une carte fournie par le gouvernement et conservée par la mère de l'enfant ou par un parent quelconque. Des sondages de couverture vaccinale nationale effectués en 1987⁷ et en 1988⁸ ont rapporté qu'environ 43 % (1987) et 93 % (1988) des enfants âgés de 12 à 23 mois possédaient des cartes de vaccination. Néanmoins, les cinq contacts programmés conformément aux taux de couverture vaccinale restaient inachevés. En 1987, on estimait que seulement 32 % d'enfants togolais âgés de 12 à 23 mois avaient reçu tous les antigènes recommandés par le PEV (couverture vaccinale complète).⁷

Évaluation de base des niveaux de couverture vaccinale du PEV dans les neuf villages du projet

Au mois d'octobre 1986, les équipes de santé des districts ont participé au premier atelier du cycle de recyclage. Cet atelier a été conçu de façon à augmenter les capacités des membres des équipes de collecter et analyser des données de pratiques à domicile. Après l'achèvement de l'atelier (en Novembre 1986), les équipes de santé par district ont formé, puis ont collaboré avec des bénévoles au niveau des villages, pour interviewer les mères dont les enfants avaient moins de cinq ans, et ce dans chacun des neuf villages cibles. Une formule sélective de recensement a été appliquée dans chaque village: toutes les mères d'enfants âgés de moins de cinq ans ont été sondées. Le sondage a relevé une large gamme de pratiques liées à la vaccination d'enfants âgés de moins de deux ans, ainsi que la lutte contre la diarrhée et la fièvre au foyer de tous les enfants en dessous de cinq ans. Pour le sondage sur les vaccinations, les équipes ont demandé aux mères de montrer la carte de vaccination de chaque enfant, ont noté les renseignements sur un questionnaire familial, et ont enregistré les données par famille en se servant d'une fiche de pointage préparée à l'avance. Les données de base étaient disponibles pour sept des neuf villages. Un village n'a pas suivi le protocole de sondage et un autre a perdu les données collectées sur le terrain.

Des 307 enfants âgés de 12 à 23 mois dans les sept villages pour lesquels des données complètes étaient disponibles, 60 % possédaient des cartes de vaccination (184/307). Le niveau de couverture vaccinale enregistré sur cartes pour les enfants en dessous de deux ans a été calculé pour les 307 enfants des sept villages. Cinqante-neuf pour cent (181/307) et 36 % (110/307) des enfants avaient reçu les vaccins DTCoq 1 et DTCoq 3, respectivement.

Quarante-cinq pour cent (138/307) des enfants avaient été inoculés contre la rougeole et seulement 32 % (98/307) avaient reçu tous les vaccins. La proportion d'enfants ayant été complètement vaccinée variait selon le village de 10 et 82%. Le taux de couverture vaccinale le plus élevé a été relevé dans le village de Ténéga, dans le district de Kozah: résultat attribué par le personnel du SNES aux activités d'éducation à long terme du fonctionnaire de coordination de santé du district, il s'agissait d'un infirmier résident à Ténéga travaillant dans un centre de santé fixe de vaccination.

Conception de la recherche formatrices et de l'intervention

Au mois de décembre 1986, les équipes de santé de district ont participé à un deuxième atelier de recyclage. Le but de cette formation était de renforcer les compétences des membres d'équipe quant à la réalisation et à l'utilisation de la recherche formatrice, notamment des méthodes de travail en groupes d'études (groupes focaux) ciblées, pour servir de base à la conception des interventions d'éducation pour la santé. Après l'achèvement de l'atelier, chaque équipe de santé de district, soutenue par le personnel du SNES, a mis au point trois groupes d'études spécialisées visant chacune des maladies cibles conjointement avec les mères des enfants âgés de moins de cinq ans dans leur village pilote. Un total de 324 femmes ont participé dans les travaux des groupes d'études ciblées, comportant en moyenne une douzaine de personnes. Les directives définissant les discussions des groupes d'études ciblées sur le volet de vaccination, portaient sur la compréhension par les mères de l'étiologie et de la sévérité des maladies concernées par le PEV, sur leurs perceptions des avantages et des difficultés d'obtention d'une vaccination pour leurs enfants, ainsi que sur leurs idées pour permettre l'augmentation de la couverture vaccinale.⁹ Des renseignements supplémentaires sur l'utilisation des groupes d'études ciblées dans le cadre du projet sont disponibles par ailleurs.^{9,10}

Education communautaire

1. Matériels d'éducation et formation des formateurs

L'équipe SNES a utilisé les résultats du sondage de base ainsi que du sondage des groupes d'études ciblées pour la conception des manuels de formation, adaptés et utilisés par les équipes de district pour former les bénévoles et les autres représentants du village pour la mise en oeuvre de diverses activités d'éducation. Du matériel de soutien visuel, d'éducation et de publicité a également été conçu pour accompagner chaque manuel. Durant le troisième atelier de recyclage, l'équipe centrale du SNES a appris aux équipes de district comment adapter et utiliser ces manuels et ce matériel.

2. Formation au niveau des villages

Les équipes de santé de district ont travaillé avec les comités de santé, les bénévoles villageois, les assistants des centres médico-sociaux de vaccination proches des villages, les agents itinérants de santé dans les villages, et les instituteurs d'écoles primaires avoisinantes, pour la mise en oeuvre des activités d'éducation. *Les comités de santé*

villageois étaient composés de personnes respectées par la communauté. Les équipes de santé de district ont formé les comités villageois (1) pour organiser et faciliter des réunions et discussions sur l'organisation et l'exécution des mini-campagnes au niveau des villages, (2) pour aider les assistants médico-sociaux durant les séances de vaccination, et (3) pour assurer le suivi et le soutien des bénévoles et instituteurs d'école dans leurs efforts à inciter les familles à bénéficier des services de vaccination.

Des femmes possédant de l'influence dans la communauté («les femmes leaders»), des fermiers, des instituteurs d'école, des élèves et des membres des comités de santé villageois ont offert leur temps pour travailler dans les mini-campagnes. La formation de ces *villageois bénévoles* portait surtout sur les méthodes de communications orales entre individus, telles que la narration des contes, le théâtre populaire, ainsi que le partage d'informations. Les formateurs ont démontré l'emploi de lignes de contes typiques, de fables et de récits, en suggérant cependant que les bénévoles les adaptent aux conditions locales. À la fin du stage de formation, les encadreurs ont donné aux villageois bénévoles des T-Shirts pour les encourager, engendrer un esprit de corps et les identifier comme sources de renseignements crédibles dans la communauté.

Les équipes de district ont formé *le personnel de santé* pour assurer une diffusion continue des messages de la campagne dans les centres de santé avoisinants. Cette approche éducative basée dans les centres de santé et adoptée pour la campagne s'est fait connaître sous le nom de «chaîne de chaleur», par opposition à la «chaîne de froid» pour la conservation des vaccins. La «chaîne de chaleur» comporte une série de rencontres d'éducation entre un agent de santé (aidé par un ou plusieurs villageois bénévoles) et une mère, à des moments stratégiques de la séance de vaccination. Le but était d'attirer l'attention et la participation de la mère depuis son entrée dans le centre jusqu'à sa sortie.

Les équipes de santé de district ont présenté des activités l'enfant pour l'enfant¹¹ à des *instituteurs d'école* primaire pour les encourager à incorporer ces activités dans l'enseignement normal sur la santé. De telles activités, présentées sous la forme de plans de leçons prototypes, comportaient pour les élèves des exercices à faire en classe ainsi qu'à la maison.

3. Activités d'éducation au niveau des villages

Les mini-campagnes ont débuté dans chaque village pendant des réunions communautaires générales appelées par le chef local. Les leaders politiques, administratifs, de santé et traditionnels, ainsi que les membres de la communauté ont assisté à ces réunions. La plupart des réunions commencent par des chants et danses des villageois; toutes les réunions ont inclus la cérémonie de vaccination du premier enfant de la campagne, par l'administrateur du district. Les bénévoles de village ont présenté et démontré les activités d'éducation qu'ils avaient préparées. Dans certains cas, le matériel de publicité a été distribué parmi les villageois bénévoles et les articles publiés dans la presse locale ont souvent été repris avec photographies, par le journal national du Togo.

Quoi que les mini-campagnes dans tous les villages comportaient des activités semblables, leur contenu, leur mise en séquence ainsi que leur intensité variaient de village en village, conformément aux exigences et circonstances locales. Les villageois bénévoles ont présenté en permanence leurs scènes de théâtre lors des rassemblements populaires, et ont raconté des contes à de grands et petits groupes à divers endroits du village. La pièce de théâtre, dramatisant la réunion annuelle des six maladies du PEV, et la fable (de la souris qui a sauvé les enfants du village en leur montrant le pouvoir de protection des vaccins) ont été interprétées de façon créative par les bénévoles. Dans certains villages, les bénévoles ont organisé des visites aux foyers pour évaluer l'état de vaccination, dans d'autres, ils ont accompagné les mères et enfants aux centres de santé de vaccination locaux. Des drapeaux spéciaux et des T-shirts identifiaient les villageois bénévoles comme sources de renseignements sur la vaccination. Des étendards ont servi à désigner les lieux des activités d'éducation portant sur la vaccination.

Des assistants médico-sociaux ont assuré les activités d'éducation des patients durant les séances de vaccination, conformément à la méthodologie de la «chaîne de chaleur», décrite ci-dessus. Les mères ont reçu différents messages aux cours des étapes de la vaccination. Par exemple, pendant que les mères attendaient l'enregistrement de leurs enfants, un assistant médico-social se servait d'une boîte à images pour transmettre les cinq messages clés de cette campagne de vaccination. Pendant l'administration du vaccin, un assistant médico-social rassurait la mère que le malaise éprouvé par l'enfant provoqué par l'injection n'était que temporaire. À la sortie, les assistants médico-sociaux s'assuraient de la compréhension par chaque mère du suivi nécessaire à assurer au domicile.

Les instituteurs enseignaient un programme de leçons l'enfant pour l'enfant dans les écoles. Ces leçons encourageaient les enfants à évaluer le statut vaccinal de leurs petits frères et soeurs, et de mettre au courant leurs parents quant aux démarches à suivre le cas échéant, afin de compléter la vaccination de ceux-là, ainsi que de partager leurs expériences et activités avec leurs pairs et instituteurs à l'école.

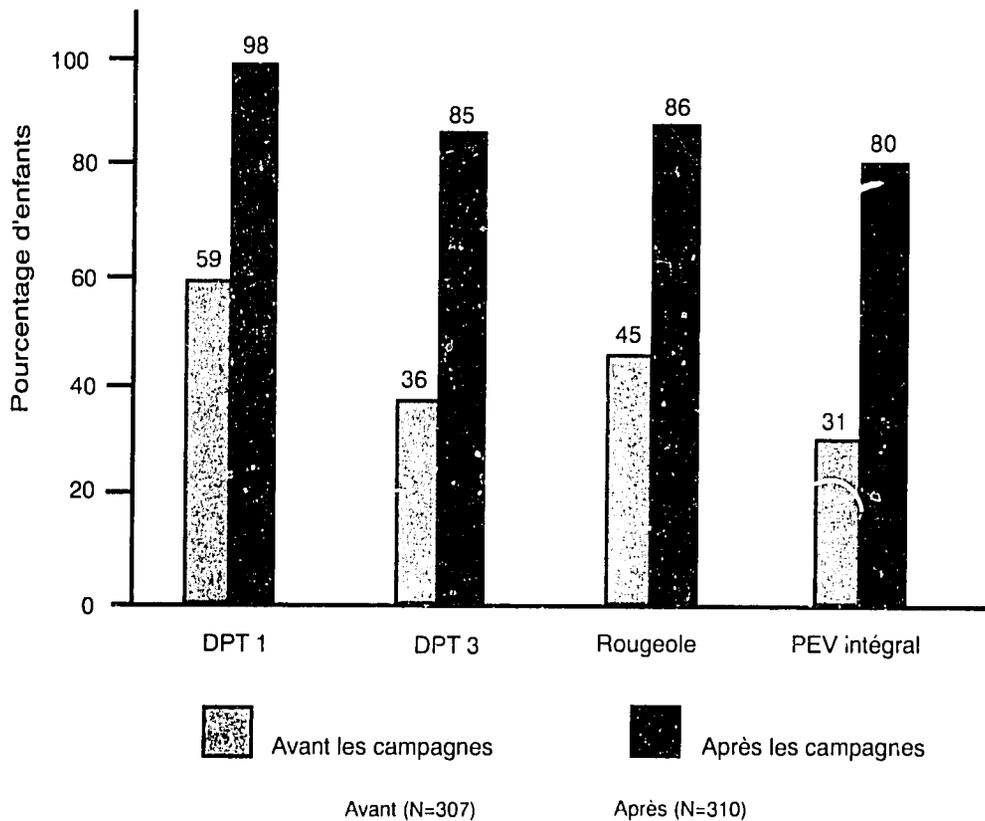
4. Soutien de l'équipe de district

Les équipes de district ont soutenu les villageois bénévoles par un programme de visites régulières. Durant ces visites, le personnel du district a évalué les performances des bénévoles qui ont bénéficiés des observations sur leurs prestations, d'encouragement et de soutien, ainsi que des réponses aux difficultés rencontrées dans l'exécution de la campagne.

Évaluation

Les résultats immédiats de la campagne étaient évalués par la ré-administration du sondage de base au mois de décembre 1987, environ trois mois après la fin de la période de campagne formelle. Les méthodes et procédures de ce sondage étaient identiques à celles pratiquées pour déterminer les données de base. Sept villages ont rapporté leurs niveaux de couverture documentée sur carte, pour 310 enfants âgés de 12 à 23 mois. Une comparaison des niveaux de couverture d'antigènes sélectionnés avant et après la campagne, ainsi que la couverture par tous les antigènes du PEV pour tous les villages sont présentées à la Figure 3. La proportion de tous les enfants ayant reçu le DTCoq 1, le DTCoq 3, et les

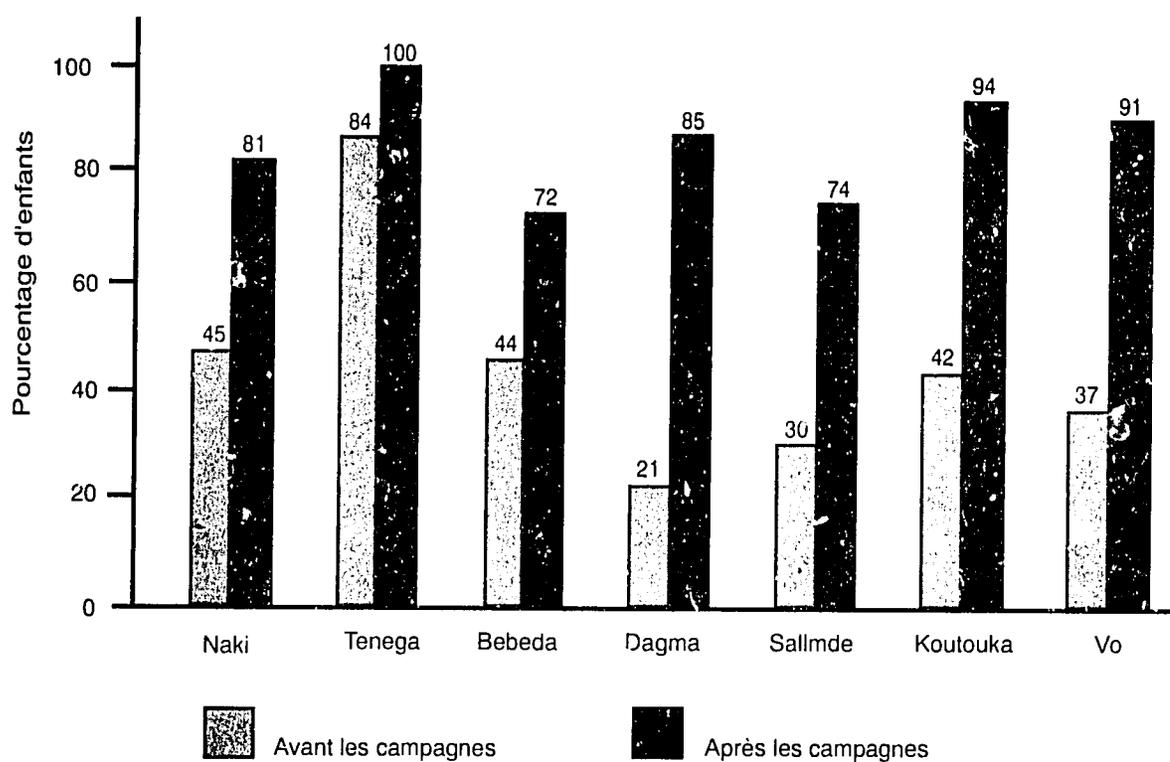
Figure 3
Niveaux de couverture vaccinale documentés par carnets de vaccination chez les enfants âgés de 12 à 23 mois dans 7 villages du Togo avant (n=307) et après (n=310) les mini-campagnes



antigènes de la rougeole a augmenté respectivement de 59, 36 et 45 % à 98, 85 et 86%. La proportion de tous les enfants ayant complété le programme entier du PEV est monté de 31 % avant les mini-campagnes de vaccination à 80% après celles-ci.

Une couverture accrue a été documentée dans tous les villages, comme illustré par les niveaux de couverture contre la rougeole avant et après les campagnes dans les sept villages (Figure 4). Dans les villages où la couverture était basse avant la mini-campagne, la hausse s'est avérée dramatique. A Ténéga, où la couverture complète était à 82 % avant la mini-campagne, 100 % des enfants avec cartes de vaccination avaient reçu tous les antigènes du PEV après cette intervention.

Figure 4
Niveaux de couverture contre la rougeole documentés par carnets chez les enfants âgés de 12 à 23 mois dans chacun des 7 villages du Togo avant (n=307) et après (n=310) les mini-campagnes



Discussion

Dans les sept villages rapportant les niveaux de couverture après la campagne, des améliorations considérables ont été documentées pour tous les antigènes par suite de l'intervention d'éducation pour la santé. Le but primaire du volet de vaccination du projet, soit des niveaux de couverture de 80 % pour tous les antigènes, a été atteint dans chaque village cible. Une conception de groupe unique prétest-posttest a servi dans chaque village à évaluer les effets de l'intervention. Malgré le fait que la conception aurait pu être renforcée par le truchement d'un groupe témoin, nous sommes confiants que les hausses documentées sont attribuables aux mini-campagnes du PEV, et ce pour les raisons suivantes: d'abord, à notre connaissance, il n'y a eu lieu aucune autre intervention ni d'amélioration en prestation des services durant la période de l'intervention qui saurait expliquer les hausses dans l'utilisation des services de santé, ainsi la couverture du PEV reflète les résultats de cette étude. Deuxièmement, la durée d'un an entre les deux sondages à domicile, éliminent presque la probabilité que les hausses des taux de couverture relèvent uniquement d'une motivation ou d'une conscience plus poussée déclenchée par le sondage de base. Troisièmement, l'intervalle d'un an entre les sondages était suffisamment court pour éliminer l'attribution de la couverture accrue par la vaccination aux changements normaux dans le développement de l'utilisation des services de santé au Togo.

Cette première phase du projet a démontré que des équipes de district motivées et compétentes pouvaient engendrer une grande participation communautaire (1) dans l'évaluation des pratiques à domicile relativement à la santé des enfants, (2) dans l'identification des facteurs déterminants structurels et de conduite de ces pratiques, (3) dans la promotion d'une conduite saine par le truchement d'une intervention systématique par l'éducation, et (4) dans l'évaluation du succès de l'intervention. Il a été également démontré que dans les régions où les services de santé sont accessibles, des niveaux élevés d'utilisation peuvent être atteints dans les villages par une combinaison de stratégies basées sur les méthodes de communication interpersonnelle. Les équipes de santé de district, en collaboration avec chaque communauté, ont identifié tous les canaux de communication crédibles, et ont préconisé l'emploi d'une grande gamme de méthodes d'éducation basée sur les traditions orales de chaque village. Aussi, les cinq messages clés d'éducation diffusés dans les villages utilisant une diversité de méthodes ont été continuellement renforcés par les agents de santé durant les séances de vaccination.

Malheureusement, les émeutes au Togo depuis 1990, les ressources limitées, ainsi que les nouvelles initiatives dans le secteur de la santé ont tous empêché l'évaluation de l'étendue du maintien des niveaux de couverture dans ces premiers villages et le développement des activités dans des villages supplémentaires dans les neuf districts pilotes. Il existe, cependant, des preuves que cette approche de «boule de neige» visant au développement des capacités qui fait partie du projet, assure des avantages à long terme au-delà d'une utilisation accrue des services. Le programme de formation sur le tas mis en place dans les neuf districts pilotes a servi à développer un cadre de personnel compétent dans les domaines de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes d'éducation

pour la santé. Le développement de ces compétences est beaucoup plus important que les hausses immédiates des niveaux de couverture vaccinale, mais s'avère plus difficile à mesurer. La preuve de l'efficacité du programme de recyclage comprend la diffusion des compétences en «deuxième génération» par voie de formation. Par exemple, les membres des équipes de district d'origine sont devenus à leur tour des instructeurs-maîtres pour le personnel en provenance d'autres districts. En 1988 et 1989, les instructeurs-maîtres ont formé leurs collaborateurs en provenance des 12 districts de santé restants et des neuf sous-districts du Togo, renforçant ainsi le cadre de personnel formé. Les matériels développés et raffinés durant la première phase du projet ont été adaptés et utilisés dans des mini-campagnes successives dans d'autres villages, ainsi qu'au niveau d'une campagne nationale de vaccination.⁸ La pièce de théâtre développée par le SNES a été adaptée et interprétée par la compagnie nationale du théâtre togolais pour la télévision et la radio. Récemment, le Corps de la Paix a produit un film vidéo du projet pour la formation de personnel et pour le recrutement à travers le monde.¹²

Quelques aspects du projet exigent une considération minutieuse avant que cette approche soit reproduite ailleurs sur une plus grande échelle. *D'abord*, les Ministères de la santé voulant choisir ce type d'approche doivent en premier lieu s'assurer qu'il existe une infrastructure capable de répondre de façon adéquate à une demande accrue. Alors que cela ne pose pas de difficultés appréciables pour les projets de faibles envergures, les organisateurs de grands projets visant à une utilisation accrue des services préventifs ou curatifs doivent prudemment planifier et surveiller de près les activités pour assurer des approvisionnements suffisants dans les centres de santé. Par exemple, il faut qu'il y ait suffisamment de vaccins et d'autres fournitures de vaccination dans les centres de santé afin de répondre à la demande accrue pour les services.

Deuxièmement, le Ministère de la santé ainsi que les agences collaboratrices du Togo étaient disposées à soutenir une stratégie systématique et progressive de planification étudiée, de formation sur le tas et de mobilisation au niveau des villages: stratégie qui a donné des résultats importants, mais non pas immédiats. Pour les programmes nationaux, de telles approches progressives nécessitant l'emploi de beaucoup de main-d'œuvre au niveau du district et de la communauté pourraient exiger une planification stratégique et une certaine rééducation des bailleurs de fonds.

Troisièmement, les groupes d'études spécialisées conduits dans les villages du projet ont assuré une opportunité rare et précieuse pour les assistants médico-sociaux et les membres de la communauté de nouer des rapports de communication et d'apprentissage entre eux en dehors de l'environnement formel de santé. Cependant, la collection, l'analyse et l'utilisation des données qualitatives récupérées par le truchement des groupes d'études spécialisées a posé plusieurs défis opérationnels et soulevé certaines questions portant sur la justesse de la méthode et sur la validité des conclusions.⁹ Il faut s'adresser à ces défis avant de répéter cette sorte de recherche formatrice dans d'autres villages. Il faut bien étudier et prendre en compte dans le cadre de tels projets à l'avenir, les progrès effectués depuis 1986 dans l'utilisation des procédures d'évaluation anthropologique rapides.^{10, 13}

Quatrièmement, l'excitation et l'attention intensifiée faisant partie des projets de démonstration,¹⁴ ont probablement renforcé la motivation du personnel de santé national et des districts, ainsi que celle des bénévoles de village et des familles se trouvant dans les villages cibles. En outre, le financement, le personnel et les autres ressources logistiques étaient suffisants pour la première phase du projet. Au fur et à mesure qu'une approche est institutionnalisée, il faut, cependant, porter la plus grande attention sur les motivations de tous ceux qui participent au procédé, ainsi que sur la disponibilité de ressources afin de pouvoir assurer un succès à long terme. Les équipes de district ont travaillé avec un village durant la phase pilote. Si cette approche est appliquée dans le district entier, les médecins-chefs devraient pouvoir y consacrer le temps requis, ainsi que des ressources humaines et financières, afin de pouvoir répondre aux besoins de multiples villages à l'intérieur de chaque district. Par exemple, alors que des frais supplémentaires de formation ne seraient pas requis pour les équipes de district *, il faudrait songer aux frais généraux des campagnes de vaccination dans les nouveaux villages pour les matériels de promotion et d'éducation, ainsi que pour les frais de transport pour la formation des agents de santé de village et pour leur surveillance par le personnel national et du district. Il est possible que les communautés elles-mêmes puissent créer et utiliser des revenus pour payer les frais généraux des activités de projet.

Cinquièmement, le projet à base de village a pu produire un impact prononcé sur la couverture vaccinale grâce à sa capacité de cibler toutes les familles des villages en participation. Pour pouvoir assurer une couverture adéquate de la population cible dans le cadre des vaccinations des enfants sur l'échelle nationale, les programmes d'éducation devraient sans doute diversifier et élargir leurs voies de communication. Par exemple, les mass-media pourraient être utilisés pour compléter la communication interpersonnelle. Une campagne nationale de vaccination exécutée au Togo en 1988, intitulée «Action Vaccination Togo», a tenté de combiner les méthodes d'éducation interpersonnelles avec la communication par les mass-media.⁸ Il faudrait que les résultats de cette approche, ainsi que la capacité du Ministère de la santé pour la soutenir, soient étudiés avec attention par les autres pays avant de lancer des efforts pareils.

Sixièmement, l'évaluation du programme serait renforcée (1) par une conception de recherche qui permettrait la comparaison des villages d'intervention avec ceux ne faisant pas l'objet de cette intervention, et (2) par la mesure des effets intermédiaires de l'intervention, tels que des fluctuations en performances de l'équipe de santé du district et de l'assistant médico-social local, ainsi que des modifications des procédés de résolution de problème au niveau de la communauté.

* Le coût du projet (y compris les activités dans les domaines de la diarrhée et du paludisme) étaient d'environ US \$45,000 sur trois ans. Environ US \$36,000 de ce montant, soit 80 %, a servi à la formation des équipes de district.

Conclusion

Le développement systématique des compétences au niveau du village, au niveau du district et au niveau national au Togo devrait permettre la continuation des activités d'éducation pour la santé de la communauté. Notre expérience avec le projet à base de village suggère que diverses formes de stratégie de communication interpersonnelle à voies multiples, en se fondant sur les traditions orales et diffusant des messages cohérents et simples à intensité élevée sur une période de temps limitée ont contribué à la réalisation des niveaux de couverture vaccinale beaucoup plus élevés tout en développant les capacités du système de santé publique. Dans la mesure où beaucoup de contraintes portant sur la santé et la survie infantiles relèvent des problèmes de comportement qui ne peuvent pas être résolus sans accroître la participation de la communauté, les approches soutenant l'adoption par les communautés des comportements favorisant la santé peuvent se manifester comme des facteurs importants contribuant à la réalisation de la santé générale.

Remerciements

Les médecins-chefs des districts au Togo et leurs équipes d'éducation pour la santé ont exécuté le projet à base de communauté. Le Service national pour l'éducation pour la santé a assuré la formation et la supervision des équipes de district. L'UNICEF, l'Agence américaine pour le développement international et le Corps de la Paix ont fourni les ressources financières et matérielles pour l'opération des projets. Le Corps de la Paix et les Centers for Diseases Control and Prevention ont fourni de l'assistance technique au Ministère de la santé. Ce sont les efforts combinés du Ministère de la santé et de diverses agences qui ont assuré le succès du projet. Nous reconnaissons les contributions spéciales des individus suivants : Dr. Komlan Siamevi et le personnel du Service national pour l'éducation pour la santé; Bill Piatt, Robert Nicolas et Marc Dagbovi, Corps de la Paix/Togo; Colleen Conroy, Peace Corps/Washington; Peter Delahaye, UNICEF/Togo; Kevin Murphy, CDC; et Eugenia Eng, University of North Carolina at Chapel Hill. Nous remercions également Stanley Foster, George Stroh, Virginia Sturwold, Melinda Moore, Andy Vernon, Jean Roy, Michael Deming, et Jo Birkmayer pour leurs commentaires sur les versions antérieures de ce papier. La préparation de ce manuscrit a été financée par l'Agence américaine pour le développement international à travers Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD) Project. (Projet régional d'Afrique no. 698-0421).

Références

1. Foster SO, Shepperd J, Davis DH, Agle AN. Working with African nations to improve the health of their children, (Travail avec les pays africains pour l'amélioration de la santé de leurs enfants). JAMA, 1990; 263 (24) : 3303-3305.2.
2. UNICEF : The State of the World's Children, 1988, (L'état des enfants du monde, 1988). Oxford, Oxford University Press, 1988.
3. Favin M, Cebula D, Saidi R, Pryor D. Health Education, (Education pour la santé). Washington, D.C. : World Federation of Public Health Associations, janvier 1986.
4. Rasmuson M. Communications in Child Survival, (Communication pour la survie des enfants). Washington, D.C. Academy for Educational Development, 1988.
5. OMS. Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services, (Participation communautaire au développement de la santé : Défis aux services de santé). Rapport d'un groupe d'études de l'OMS. Série de rapports techniques de l'OMS, 809. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1991.
6. OMS. Report of the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care, (Rapport du comité inter-régional sur le renforcement des systèmes de santé de district basé sur les services de santé primaires), Harare, Zimbabwe, 3-7 août 1987. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1987. (Document inédit no. OMS/SHS/87.13, Rév.1).
7. Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition des Femmes, Togo. Rapport d'évaluation nationale du Programme Elargi de Vaccination, du Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et du Programme de Lutte Contre le Paludisme, Lomé : Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition des Femmes, 1987 : 9.
8. Ministère de la Santé, Togo. Action Vaccination Togo - 1988. Lomé : Ministère de la Santé, 1988 : 40.
9. Eng E., Naimoli J., Naimoli G., Parker K.A., Lowenthal N. The acceptability of childhood immunization to Togolese mothers: a sociobehavioral perspective, (L'acceptation de la vaccination infantile par les mères togolaises : une perspective de comportement social). Health Education Quarterly, 1991; 18(1) : 97-110.
10. Eng E, Glik D, Parker K. Focus-group methods: effects on village-agency collaboration for child survival, (Méthodes de groupes d'études spécialisées : effets sur la collaboration village/agence pour la survie infantile). Health Policy and Planning, 1990; 5(1) : 67-76.

11. Aarons A, Hawes H. (éditeurs). CHILD-to-child, (Enfant pour l'Enfant). CHILD-to-child Programme, London et Basingstoke: MacMillan Press, 1979.
12. «The Road to Lamesen», (La route de Lamesen). Film vidéo réalisé par le Peace Corps.
13. Scrimshaw SCM, Carballo M, Ramos L, Blair BA. The AIDS rapid anthropological assessment procedures: a tool for health education planning and evaluation. (Procédures d'évaluation anthropologique rapides du SIDA: outil pour la planification et l'évaluation de l'éducation pour la santé). Health Education Quarterly, printemps 1991; 18(1): 111-123.
14. Brenzel L, Claquin P, McLellan I, Stansfield S. Rapid Assesement: Senegal's Accelerated Immunization Phase, (Évaluation rapide: Phase de vaccination accélérée du Sénégal). UNICEF, Publication d'évaluation no. 5. New York : UNICEF, 1987.