



MINISTRE DE LA SANTE, DE
L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE
COMMUNAUTAIRE
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



DSCPS
www.dsccom-ci.org

MANUEL DE REFERENCE POUR LA FORMATION EN PROMOTION DE LA SANTE EN COTE D'IVOIRE

2023



Organisation
mondiale de la Santé

REMERCIEMENTS

Ce manuel de formation en Promotion de la Santé a été conçu par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP CMU) à travers la Direction de la santé Communautaire. Il a été élaboré avec l'appui technique des structures du MSHPCMU, des autres ministères et des PTF.

Pour tous les efforts conjugués dans le but d'améliorer la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé, nos remerciements les plus sincères vont à l'endroit des partenaires techniques et financiers, notamment :

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour son appui financier et méthodologique qui a facilité l'harmonisation du contenu du présent guide avec les évolutions du domaine de la promotion de la santé (PS).
- Les membres du Groupe Technique de Travail (GTT), qui ont pris une part active à la finalisation des documents de base produits par l'AT
- Les Représentants des ministères des secteurs non sanitaires et Intervenants des différentes entités impliquées dans la Promotion de la Santé qui ont participé activement à la validation du guide et qui en seront les principaux utilisateurs.

La Directrice de la Santé Communautaire



Dr KADJA Adjoba F. épouse GOULIN

AVANT-PROPOS

Le manuel de référence pour la formation en promotion de la santé est un document qui n'est pas figé. Il s'agit en effet d'une première version. Les contraintes de temps et de ressources ont fait qu'il n'a pas pu passer toutes les étapes de la conception d'un tel outil, notamment les essais terrain indispensables pour l'adapter aux contraintes du milieu. Toutefois, les observations pendant la formation et le recueil des remarques des utilisateurs faciliteront la préparation d'une édition améliorée du manuel.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	0
AVANT-PROPOS	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
PRESENTATION GENERALE DU GUIDE	6
1. Pourquoi ce guide ?	6
2. A qui s'adresse ce guide ?	6
3. Comment ce guide a-t-il été conçu ?	6
4. Que contient ce guide ?	8
5. Comment utiliser le guide ?	8
Module 1 : COMPRENDRE LA PROMOTION DE LA SANTE	9
Première partie : INTRODUCTION	10
I. Objectifs d'apprentissage	10
II. Guide pédagogique	10
III. Pré/post-test	11
Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU	13
Séance 1 : LA SANTE ET SES DETERMINANTS	13
Séance 2 : LA PROMOTION DE LA SANTE (PS)	23
Troisième partie : RESUME DU MODULE 1	36
Module 2 : AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE	38
Première partie : INTRODUCTION	39
I. Objectifs d'apprentissage	39
II. Guide pédagogique	39
Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU	40
Séance 1 : LES FONDAMENTAUX DE LA PROMOTION DE LA SANTE	40
Séance 2 : POLITIQUE ET PLAN D'ACTION EN PROMOTION DE LA SANTE	48
Séance 3 : SYSTEME DE SANTE ET ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE	50
Troisième partie : RESUME DU MODULE 2	52
EXERCICES PRATIQUES	52
Module 3 : COMMUNICATION SUR LES RISQUES ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE (CREC)	53
Première partie : INTRODUCTION	54
I. Objectifs d'apprentissage	54
II. Guide pédagogique	54

Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU	56
Séance 1 : GENERALITES SUR LA CREC	56
Séance 2 : LE SYSTEME CREC	59
Séance 3 : COMMUNICATION & COORDINATION INTERNE ET AVEC LES PARTENAIRES	62
Séance 4 : COMMUNICATION PUBLIQUE	67
Séance 5 : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	72
Séance 6 : GESTION DES RUMEURS ET PERCEPTION	79
Troisième partie : RESUME DU MODULE 3	83
EXERCICES PRATIQUES	86
Module 4 : RECHERCHE – ACTION EN SANTE	87
Première partie : INTRODUCTION	88
I. Objectifs d'apprentissage	88
II. Guide pédagogique	88
Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU	89
Séance 1 : RECHERCHE POUR LA SANTE ET EN PROMOTION DE LA SANTE (PS)	89
Séance 2 : RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE (RAP) A BASE COMMUNAUTAIRE	92
Troisième partie : RESUME DU MODULE 4	96
EXERCICE PRATIQUE	97
Module 5 : ELEMENTS DE BASE DU SUIVI-EVALUATION (S&E) EN PROMOTION DE LA SANTE (PS)	98
Première partie : INTRODUCTION	99
I. Objectifs d'apprentissage	99
II. Guide pédagogique	99
Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU	100
Séance 1 : ELEMENTS DE BASE DU S&E EN PS	100
Séance 2 : MODALITES ET PROCEDURE DE S&E D'UNE ACTION PROMOTRICE DE SANTE	110
Troisième partie : RESUME DU MODULE 5	125

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC : Agent de Santé Communautaire

AT : Assistance Technique

C4D : Communication Pour le Développement

CCSC : Communication pour le Changement Social et Comportemental

CHR : Centre Hospitalier Régional

COP : Conférence des Parties

CREC : Communication sur les Risques et Engagement Communautaire

CRU : Communication des Risques d'Urgence

Diapo : Diapositive

DSCPS : Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé

DSS : Déterminants Sociaux de la Santé

DTP3 : vaccin Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

ESCom : Etablissements de Santé à base Communautaire

FFOM/SWOT : Forces- Faiblesses -Opportunités -Menaces/ Stregths-Weaknesses-Opportunities-Threats

GTT : Groupe Technique de Travail

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MNT : Maladies Non Transmissibles

MT : Maladies Transmissibles

NPO : Normes et Procédures Opérationnelles

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OSC : Organisation de la Société Civile

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PS : Promotion de la Santé

RA : Recherche-Action

RAP : Recherche-Action Participative

RH : Ressources Humaines

RO : Recherche Opérationnelle

RSI : Règlement Sanitaire International

RSS : Recherche sur les Systèmes de Santé

S&E : Suivi et Evaluation

SODECI : Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire

UCP-FM : Unité de Coordination des Projets Fonds Mondial

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise

PRESENTATION GENERALE DU MANUEL

1. Pourquoi ce manuel ?

Ce manuel est un outil pédagogique harmonisé et adapté aux besoins et niveau des cibles. Il vise à développer les savoirs, savoirs faire et savoir être qui permettront d'améliorer les pratiques des acteurs impliqués dans des actions promotrices de santé.

Il clarifie les concepts, méthodes et outils d'intervention inhérents à la promotion de la santé afin de faciliter leur compréhension et d'éviter les confusions.

Ce guide de formation a pour objectif général de fournir du matériel d'apprentissage/enseignement pour la formation initiale des acteurs impliqués dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions promotrices de santé.

De façon spécifique, il aidera les cibles à :

- Comprendre les principaux concepts, théories et modèles constituant les bases méthodologiques du champ de la promotion de la santé;
- Se familiariser avec les techniques et stratégies utilisées en promotion de la santé ;
- Savoir comment assurer la collecte organisée des données et informations provenant de la communauté et leur utilisation adéquate pour la prise de décisions.

2. A qui s'adresse ce manuel?

La formation en promotion de la santé concerne une multiplicité d'acteurs intervenant dans différents secteurs et à différents niveaux (central et périphérique). Le présent guide de formation en promotion de la santé cible tous les acteurs des différents secteurs, à l'exception des acteurs communautaires tels que les ASC qui disposent d'un manuel de formation prenant en compte leurs spécificités.

Le guide pourra être utilisé quel que soit le service, le processus, la fonction et la zone géographique.

3. Comment ce manuel a-t-il été conçu ?

- a) L'ensemble des **compétences essentielles** pour promouvoir la santé a été identifié, à partir de l'analyse du paquet d'activités à mener par les acteurs cibles du guide. Elles sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Tableau A : Identification des compétences essentielles

ACTIVITES A MENER	COMPÉTENCES ESSENTIELLES <i>Connaissances, habiletés et attitudes nécessaires pour la mise en œuvre efficace</i>
1. Faciliter l'information/sensibilisation et la mobilisation des communautés pour l'adoption de comportements promoteurs de la santé et du bien être	<ul style="list-style-type: none">▪ Connaissance des concepts et notions clés de santé communautaire et de mobilisation communautaire▪ Maîtrise des techniques et technologies de communication culturellement adaptées pour le changement social et comportemental (CCSC)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance des stratégies de mobilisation communautaire ▪ Habiletés de construction de réseau partenarial durable (mobilisation, négociation, gestion de conflits, etc.)
<p>2. Faciliter la collecte, l'évaluation, l'analyse et la mise en application de l'information (données, faits, concepts théories, etc.) communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maitrise des techniques de repérage et d'analyse participative des problèmes de la communauté ▪ Connaissance des sources d'information fiables et appropriées de la communauté ▪ Maitrise de la conception d'outils de collecte et d'analyse de données communautaires (grille d'entretien, grille d'analyse, etc.) ▪ Connaissance des modalités de diffusion et d'utilisation des données pour la prise de décisions
<p>3. Faciliter le choix des options stratégiques ainsi que la planification</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maitrise des techniques participatives de priorisation ▪ Maitrise de la démarche d'élaboration d'un plan d'actions communautaire
<p>4. Assurer la mobilisation et la gestion adéquate des ressources au bénéfice de l'action promotrice de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compréhension des principes de base de la mobilisation de ressources ▪ Maitrise des techniques de mobilisation de ressources ▪ Maitrise du mode d'organisation d'une table ronde de mobilisation de ressources ▪ Connaissance des modes de gestion transparente des ressources mobilisées
<p>5. Assurer l'éducation financière, entrepreneuriale et coopérative de la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compréhension des notions clés liées à l'éducation financière et à l'entrepreneuriat ▪ Maitrise de la démarche d'élaboration d'un plan d'affaire (entreprise individuelles, coopératives) ▪ Connaissance des modes de gestion d'association villageoise d'épargne et de crédit (AVEC), d'activité génératrice de revenus (AGR) et de groupement d'intérêt économique (GIE).
<p>6. Faire l'évaluation et la recherche pour déterminer la portée, l'impact et l'efficacité de l'action promotrice de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives ▪ Maitrise des dix (10) étapes de la Recherche Action participative à base communautaire (RAP/CBPR). ▪ Maitrise des modes de diffusion et capitalisation des résultats de processus d'évaluation et de recherche

b) Des thématiques de formation ont été identifiées au vu des compétences essentielles à avoir pour mener à bien le paquet d'activités promotrices de santé. Ces thématiques concernent notamment :

- ☛ La compréhension de la promotion de la santé
- ☛ L'action sur les déterminants sociaux de la santé
- ☛ La communication sur les risques et engagement communautaire (CREC)
- ☛ La recherche-action participative à base communautaire
- ☛ Les éléments de base du suivi-évaluation (S&E) d'action promotrice de santé

- c) Les thématiques identifiées ont fait l'objet d'**analyse** afin d'en cerner les principales caractéristiques, notamment :
- ☛ Une brève description du thème à développer pour mieux le comprendre
 - ☛ Une description des connaissances et compétences à acquérir autour de ce thème (**Objectifs d'apprentissage**)
 - ☛ Une description des techniques et approches d'enseignement, ainsi que de toute la préparation nécessaire (**Guide pédagogique**)
 - ☛ L'identification des éléments majeurs à retenir sur le sujet traité

4. Que contient ce manuel ?

Le guide de formation en promotion de la santé constitue le **Tome 1** du guide de formation en santé communautaire et promotion de la santé. Il contient essentiellement les modules de formation en promotion de la santé suivants :

- ☛ **Module 1 : Comprendre la Promotion de la santé**
- ☛ **Module 2 : Agir sur les déterminants sociaux de la santé**
- ☛ **Module 3 : Communication sur les Risques et Engagement Communautaire (CREC)**
- ☛ **Module 4 : Recherche-action en santé**
- ☛ **Module 5 : Eléments de base du suivi-évaluation (S&E) d'action promotrice de santé**

NB : les modules 4 et 5 sont communs aux Tome 1 (guide de formation en promotion de la santé) et Tome 2 (guide de formation en santé communautaire).

5. Comment utiliser le guide ?

Le présent Guide n'est pas un programme fait sur mesure susceptible d'être utilisé partout sans adaptation. Il ne s'agit que d'un guide, d'un outil de référence et doit être considéré comme une base de travail. Son objectif est de fournir des orientations et de donner des idées aux personnes concernées par la conception et le développement de programme de formation en promotion de la santé. Il doit donc être utilisé, en particulier, pour :

- ☛ Etablir les objectifs généraux des programmes de formation ;
- ☛ Etablir les qualifications nécessaires pour participer aux programmes de formation ;
- ☛ Analyser les besoins de formation ;
- ☛ Choisir les sujets/thèmes à inclure dans les programmes de formation ;
- ☛ Définir les objectifs et les contenus des cours de formation ;
- ☛ Choisir les méthodes de formation ;
- ☛ Faire un plan général des cours et déterminer la durée des cours

Module 1 :

COMPRENDRE

LA PROMOTION

DE LA SANTE

Première partie : INTRODUCTION

Expliquer aux participants que ce module fournit des **orientations sur les éléments de base de la santé et ses déterminants**, notamment les déterminants sociaux de la santé (DSS) à l'origine des inégalités sociales de santé (ISS), ainsi que les approches et stratégies pour agir sur ceux-ci.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les objectifs d'apprentissage et le guide pédagogique du module 1** comme indiqués dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 0-M1*)

I. Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les participants seront en mesure de :

1. Définir les concepts de **Santé, Déterminants sociaux de la santé (DSS), Inégalités sociales de santé (ISS) et Promotion de la santé (PS)** ;
2. Décrire les **Modèles de santé** à l'origine des choix et modalités d'intervention pour promouvoir la santé des populations ;
3. Décrire les **caractéristiques de la Promotion de la santé** qui la différencie des autres approches telles que la prévention de la maladie, l'éducation pour la santé ;
4. Décrire les **fondements, stratégies, approches, méthodes et niveaux d'action** de la Promotion de la santé.

II. Guide pédagogique

Durée	Sous-thème	Méthode d'enseignement
35 mn	INTRODUCTION	
5 mn	Objectifs d'apprentissage du module 1	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
5 mn	Présentation du guide pédagogique	Brève description par le Formateur/Facilitateur
25 mn	Pré-test	Questionnaire
150 mn	Séance 1 : LA SANTE ET SES DETERMINANTS	
15 mn	Définition de la santé	Brainstorming ou remue-méninges Exposé et discussions
20 mn	Les modèles de santé	Exposé et discussions
60 mn	Les déterminants de la santé	Exposé et discussions Exercices
10 mn	Les inégalités sociales de santé (ISS)	Exposé et discussions
45 mn	Tester les connaissances	Exercices
75 mn	Séance 2 : LA PROMOTION DE LA SANTE (PS)	

15 mn	Définition de la promotion de la santé (PS)	Exposé et discussions
10 mn	Les grands jalons de la promotion de la santé	Lecture par le participant et explications du Formateur/Facilitateur (si nécessaire)
5 mn	Les fondements de la promotion de la santé	Question – Réponse Exposé et discussions
15 mn	Principes et valeurs de la promotion de la santé	Exposé et discussions Exercice
30 mn	Stratégies, approches et niveau d'action en promotion de la santé	Exposé, discussions et démonstrations
15 mn	RESUME DU MODULE 1	Exposé
25 mn	Post-test	Questionnaire
Durée du module 1 = 300 mn (5H)		

III. Pré/post-test



25 minutes

Répondre par « Vrai » ou par « Faux » aux énoncés suivants :

Enoncé	Vrai	Faux
(1) La santé se définit comme l'absence de maladie ou d'incapacité		
(2) Il est impossible d'améliorer considérablement la santé des populations, car les principaux facteurs qui agissent sur la santé sont difficilement modifiables, tels que les facteurs environnementaux ou les caractéristiques biologiques et génétiques		
(3) Les facteurs sociaux qui influencent la santé sont méconnus, car ils ont un impact relativement minime sur la santé des individus et des collectivités		
(4) La santé d'une population est surtout influencée par sa capacité d'accès à des services de santé ainsi que par la qualité de ces derniers		
(5) Les écarts de santé s'observent surtout entre les pays riches et les pays pauvres		
(6) Les écarts de santé entre des sous-groupes d'une même population sont naturels, normaux et définitifs		
(7) On parle peu des actions pour réduire les écarts de santé parce que celles-ci sont généralement trop coûteuses et impossibles à soutenir à long terme		
(8) Pour améliorer la santé des individus et des collectivités, les intervenants du réseau de la santé doivent s'attarder davantage aux caractéristiques individuelles comme, par exemple, les antécédents héréditaires ou biologiques, les connaissances sur la santé ou les compétences personnelles		

Réponse : Faux pour toutes les questions

Bon à savoir

Plus de 4 « vrai »

Allez vite consulter cette séance elle vous permettra de vous familiariser avec les facteurs qui influencent la santé, dont les déterminants sociaux de la santé. En tant qu'intervenant ou futur intervenant, il est primordial d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer la santé des individus et des populations.

Entre 1 et 4 « vrai »

Impressionnant ! Il est toutefois encore possible d'approfondir vos connaissances en consultant cette séance sur les déterminants sociaux de la santé. En tant qu'intervenant ou futur intervenant, il est primordial d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer la santé des individus et des populations.

Aucun « vrai »

Félicitations ! Vous avez une excellente connaissance des facteurs qui influencent la santé, dont les déterminants sociaux de la santé. Mais que faites-vous en tant qu'intervenant ou futur intervenant pour appliquer ces connaissances dans vos actions quotidiennes ? Amorcez votre réflexion en consultant le guide de promotion de la santé.

Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU

Séance 1 : LA SANTE ET SES DETERMINANTS

1. La santé : qu'est-ce que c'est ?

Faire, pendant 3 à 5 minutes, un remue-méninges (brainstorming) de la définition que les participants donnent de la santé. Ressortir, pour chaque définition proposée, le(s) mot(s) clés et les noter sur le tableau.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les définitions de la santé comme indiqué sur la diapositive. (*Présenter la Diapo 1-M1*)

La santé c'est ...

« Un état de complet bien-être physique, mental, social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quel que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (Préambule de la Constitution de l'OMS, 1946).

« La possibilité pour un individu ou un groupe, d'une part, de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins et, d'autre part, de changer ou de maîtriser son environnement » (WHO Euro, 1984).

« ... Une ressource pour la vie quotidienne, et non l'objectif de la vie. ... Un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, aussi bien que les capacités physiques » (WHO/Charte d'Ottawa, 1986).

C'est donc un sujet à la fois individuel (état de santé d'un individu) et collectif (état de santé d'une population).

Laisser les participants (pendant 3 à 5 minutes) partager leur compréhension de la « Santé », notamment les liens qu'ils font avec leur pratique après la lecture de ces définitions de la santé puis expliquer ce qui suit :

- *La santé ne se définit pas uniquement en opposition à la maladie/incapacité, c'est-à-dire un problème organique, diagnostiqué et traité par des médecins. Bien au contraire, il s'agit d'une ressource de la vie quotidienne qui permet aux personnes de poursuivre des objectifs de vie et de jouer leur rôle dans la société.*
- *La santé englobe donc deux aspects : (1) le Bien-être social et (2) l'Absence de maladies. Cela nécessite une approche plus ouverte du concept, en intégrant les dimensions socio-économiques, socio-politiques, environnementales, etc., dans la compréhension de l'état de santé d'un individu et d'une population.*
- *Le paradigme, c'est-à-dire la façon de se représenter la santé permet de distinguer différents modèles de santé*

2. Les Modèles de Santé

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la description des modèles de santé comme indiquée sur la diapositive. (*Présenter la Diapo 2-M1*)

On distingue globalement cinq modèles de santé, dont les trois principaux¹ sont :

- Le **modèle biomédical** pour lequel la santé rime avec **absence de maladies ou désordres physiques**.
- Le **modèle de comportements sains** qui définit la santé comme le produit des **choix sains** face à la santé.
- Le **modèle Biopsychosocial ou écologique ou socio-environnemental** qui définit la santé d'après les **déterminants sociaux, économiques et environnementaux** qui sous-tendent les avantages et obstacles à la santé des individus et de la communauté.

Le tableau 1 ci-après décrit les caractéristiques comparatives des deux extrêmes que sont les modèles biomédical et biopsychosocial.

Présenter le tableau comparatif des modèles de santé (biomédical Vs biopsychosocial).

Tableau 1 : Tableau comparatif des modèles de santé

Modèle Biomédical	Modèle Biopsychosocial
Un modèle fermé	Un modèle ouvert
La maladie est principalement organique	La maladie résulte de facteurs complexes : organiques, humains et sociaux
Affecte l' individu	Affecte l' individu, la famille et l'environnement
Elle doit être diagnostiquée et traitée (approche curative)	Elle fait appel à une approche continue sur les facteurs organiques, psychologiques et sociaux
Gérée par les praticiens de la médecine (médecins, infirmiers, etc.)	Gérée par les praticiens de la médecine en collaboration avec d'autres professionnels et avec la participation des acteurs eux même
Dans un système autonome centré sur les hôpitaux dirigés par des médecins.	Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Le modèle biomédical est un **modèle fermé** dans lequel la maladie, qui **affecte l'individu**, est **principalement organique** et doit être **diagnostiquée et traitée** (approche curative) par des **praticiens de la médecine** (médecins, infirmiers, etc.) dans un système autonome, centré sur les hôpitaux.*

¹ Houéto et Laverack, 2014

- *Le modèle Biopsychosocial est un **modèle ouvert** dans lequel la maladie affectant un individu, touche également la famille et l'environnement et résulte de l'interaction de facteurs complexes : organiques, humains et sociaux qui doivent être gérés par les praticiens de la médecine (médecins, infirmiers, etc.) en collaboration avec d'autres professionnels et avec la participation des acteurs eux même, dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.*

Utiliser l'exemple (causes des cardiopathies, c'est-à-dire les maladies du cœur) ci-dessous comme illustration des différents modèles de santé :

- *Selon le **modèle Biomédical**, la survenue de cardiopathies (maladies du cœur) est principalement attribuée à des facteurs organiques tels que : l'hypertension artérielle, l'historique génétique de l'individu, l'excès de cholestérol, accumulation de plaquettes, etc. et va nécessiter un traitement et une diète (régime) basse en sel et cholestérol.*
- *Selon le **modèle Biopsychosocial**, la survenue de cardiopathies (maladies du cœur) est attribuée à des facteurs complexes, aussi bien organiques, humains (stress, tabagisme, abus de l'alcool, inactivité physique, alimentation trop riche en sucre et en graisse, etc.) que sociaux (pauvreté, chômage, isolement social, etc.). La prise en charge associera au traitement et à la diète, l'éducation à la santé, la mobilisation communautaire et le plaidoyer pour des politiques publiques favorables à la santé (interdiction de fumer dans les lieux publics par exemple).*
- *Selon le **modèle de Comportements sains**, la survenue de cardiopathies (maladies du cœur) est principalement attribuée au mode de vie, le tabagisme, la diète (régime) élevée en matières grasses, le niveau d'activité physique inférieur à la moyenne et un niveau de stress élevé. La prise en charge des cardiopathies nécessite l'éducation pour la santé, la communication pour la santé (CCSC, CREC, C4D), l'aide pour usage autonome ou mutuel, le plaidoyer pour les politiques favorisant la santé et les choix des modes de vie sains (Ex. : interdiction de fumer sur les lieux publics).*

Expliquer enfin aux participants que c'est la combinaison de l'ensemble de ces modèles de manière simultanée qui aidera à bien prendre en charge les cardiopathies (maladies du cœur) en mettant en place les conditions nécessaires pour leur prévention et contrôle.

3. Les Déterminants de la Santé

Poser la question suivante aux participants :

Pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé et d'autres non ?

Laisser les participants échanger pendant 3 à 5 minutes et noter les éléments clé de réponses données sur le tableau.

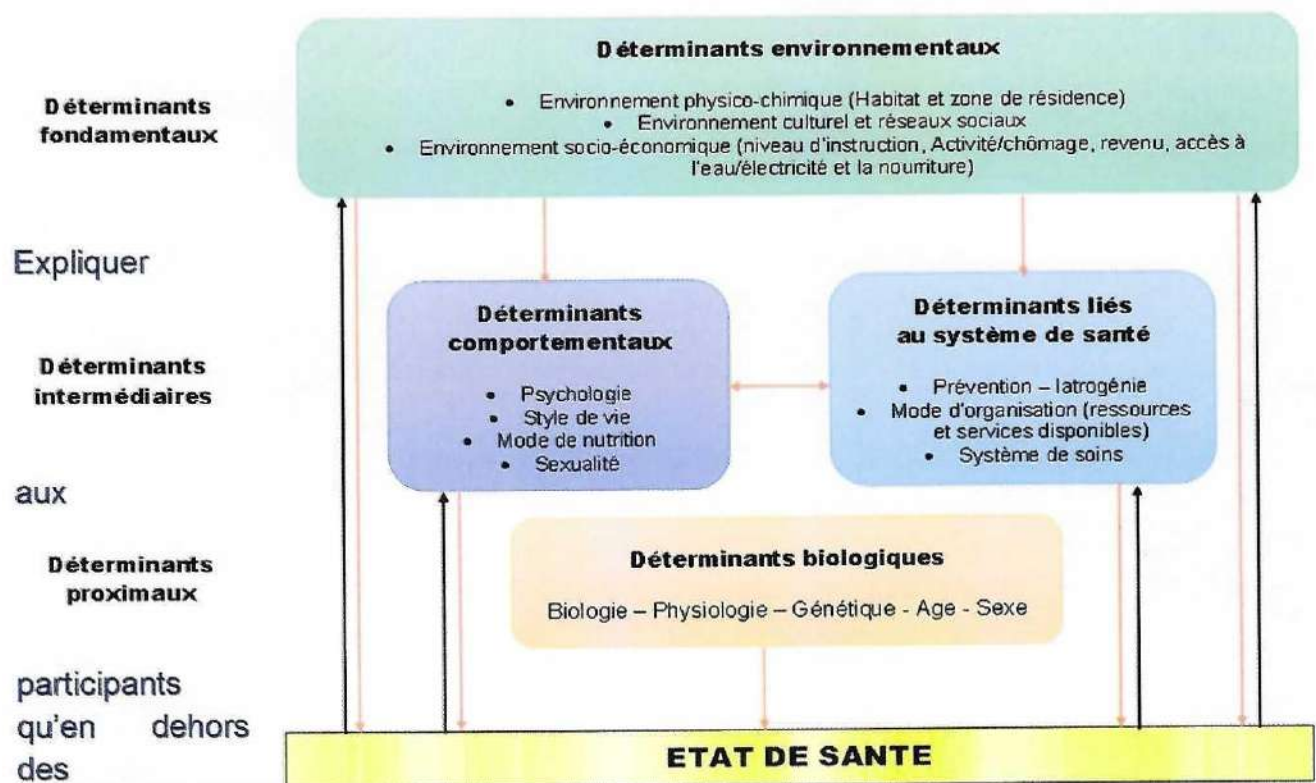
Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **définition des déterminants de la santé** comme indiqué sur la diapositive. (*Présenter la Diapo 3-M1*)

Les **Déterminants de la santé** sont les facteurs **physiques, biologiques, psychologiques, comportementaux ou gestionnaires**, susceptibles d'expliquer l'existence ou de favoriser la survenue d'un phénomène de santé (*d'Almeida, 2000*).

L'état de santé des individus est influencé par quatre (04) types de déterminants de la santé que sont :

- (1) **Les déterminants biologiques**, c'est-à-dire les caractéristiques individuelles tels que la biologie, la physiologie, le patrimoine génétique, l'âge (croissance, vieillissement), le sexe, etc.
- (2) **Les déterminants comportementaux**, notamment la psychologie, le style de vie (habitudes d'hygiène, consommation de drogues, sédentarité, etc.), le mode de nutrition (habitudes alimentaires), les comportements sexuels, etc.
- (3) **Les déterminants liés au système de santé**, notamment son organisation en termes de ressources et services disponibles, la iatrogénie², le système de soins, etc.
- (4) **Les déterminants environnementaux**, notamment l'environnement physique (habitat, zone de résidence), environnement socio-économique (éducation, activité/chômage, revenu, accès à l'eau/électricité, etc.) et culturel

Présenter le schéma illustratif ci-dessous



déterminants biologiques, les trois autres types, notamment les déterminants comportementaux, environnementaux et liés au Système de santé, ont une dimension

² Ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé.

sociale. Cela veut dire qu'ils résultent de la façon dont les sociétés sont organisées. Ils constituent ce qu'on appelle les **Déterminants sociaux de la santé (DSS)**.

Les **DSS** sont les **conditions dans lesquelles les individus sont conçus, naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les mécanismes mis en place pour faire face à la maladie** (adaptée de l'OMS, 2008).

Demander aux participants de se référer au tableau ci-dessous pour comprendre le lien entre certains déterminants sociaux et la santé.

Tableau 1-M1 : Lien entre déterminants sociaux et la santé

Déterminants sociaux de la santé (DSS)	Lien avec la santé
Déterminants Environnementaux	
Environnement physico-chimique	
Habitat et zone de résidence → environnement physico-chimique	<i>La santé et la sécurité commencent par l'air que nous respirons. Cela renvoie, entre autres aux aspects matériels de l'habitation, à l'état des ouvrages d'assainissement (les canalisations vétustes avec fuite d'eaux usées, les regards sans couverture métallique, l'obstruction des canaux de canalisation entraînant des remontées d'odeurs nauséabondes), etc.</i>
Environnement culturel et réseaux sociaux	
Culture et croyances définissant les valeurs des communautés et groupes sociaux	<i>La culture et les croyances influencent la santé et la prise en charge de la maladie. Ils peuvent influencer par exemple, l'étiologie donnée à une maladie, la participation à certaines activités de promotion de la santé, la consultation sur différents problèmes de santé, ainsi que le suivi ou non des options thérapeutiques.</i>
Réseaux sociaux	<i>L'appartenance à un réseau social donne aux gens le sentiment d'être pris en charge, aimés, estimés et valorisés. Cela a un effet protecteur puissant sur la santé.</i>
Environnement socio-économique	
Education & niveau d'étude	<i>La capacité précoce d'apprentissage durant les années préscolaires, la réussite des études secondaires et la participation au marché du travail sont tous des prédicteurs d'une bonne santé. Une population qui bénéficie d'une éducation de qualité, par exemple, est prédisposée à éviter des pratiques susceptibles d'influencer négativement sa santé.</i>

Emploi/activité & chômage	<p><i>Il est bon pour la santé de travailler car le revenu que confère l'emploi détermine les conditions de vie.</i></p> <p><i>Les données recueillies dans un certain nombre de pays montrent que, même en tenant compte d'autres facteurs, les chômeurs et leur famille courent un risque sensiblement accru de décès prématuré.</i></p>
Condition de travail	<p><i>Il est prouvé que le stress au travail joue un rôle important en contribuant aux grandes différences de statut social en matière de santé, d'absence pour maladie et de décès prématuré.</i></p>
Revenu	<p><i>Le revenu détermine la capacité à se loger en sécurité, à se nourrir convenablement et à disposer de ressources éducatives, qui sont tous des éléments essentiels pour la santé et le développement. Ainsi, les personnes à faible revenu courent un plus grand risque de présenter un mauvais état de santé.</i></p>
Accès à l'eau et à la nourriture	<p><i>La santé et la sécurité commencent par l'eau que nous buvons et les aliments que nous mangeons.</i></p> <p><i>L'insécurité alimentaire et le manque d'eau salubre peuvent être à l'origine de la transmission de maladies telles que la malnutrition, la diarrhée, le choléra, etc.</i></p>
Déterminants Comportementaux	
Psychologie	<p><i>Un soutien affectif insuffisant augmente le risque de mauvaise santé physique au cours de la vie et réduisent le fonctionnement physique, cognitif et affectif à l'âge adulte</i></p> <p><i>L'anxiété permanente, l'insécurité, la faible estime de soi, l'isolement social et le manque de contrôle sur la vie professionnelle et familiale ont des effets puissants sur la santé.</i></p>
Style de vie	<p><i>La combinaison de facteurs associés à un style de vie sain tels que l'exercice régulier d'une activité physique, l'adoption d'un régime alimentaire sain, ne pas fumer, etc. réduit le risque de maladies chroniques les plus courantes et les plus mortelles.</i></p> <p><i>Le tabagisme, par exemple, pèse lourdement sur les revenus des personnes pauvres et constitue une cause importante de mauvaise santé et de décès prématuré.</i></p>

	<i>Le vélo, la marche et l'utilisation des transports publics favorisent la santé par la réalisation d'exercice physique, l'augmentation des contacts sociaux et la réduction de la pollution atmosphérique</i>
Mode de nutrition	<i>Une pénurie de nourriture et un manque de variété provoquent la malnutrition et les maladies de carence. Une consommation excessive contribue aux maladies cardio-vasculaires (MCV), au diabète, au cancer, aux maladies oculaires dégénératives, à l'obésité et aux caries dentaires.</i>
Déterminants liés au système de santé	
Accès aux soins	<i>Les individus, les familles et les communautés doivent avoir accès à un vaste éventail d'infrastructures de base pour être en bonne santé.</i>

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Les DSS relèvent des écarts de santé qui s'observent à différents niveaux (mondial, national, régional et local) entre différents groupes sociaux à partir de divers critères tels que : le genre, la scolarité, le revenu, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, le lieu de résidence, etc.*
- *Les DSS expliquent la plus grande partie des différences d'état de santé, c'est-à-dire les **inégalités sociales de santé (ISS)**.*

4. Les inégalités sociales de santé (ISS)³

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *On observe des différences dans l'état de santé des individus ou des groupes au sein de toutes les populations à travers le monde. Par exemple :*
 - ☛ *Un enfant, selon l'endroit où il naîtra, aura une espérance de vie extrêmement variable. Au Japon ou en Suède, il peut espérer vivre plus de 80 ans ; au Brésil, 72 ans ; en Inde, 63 ans ; en Côte d'Ivoire, 57 ans et dans plusieurs pays africains, moins de 50 ans.*
 - ☛ *En Suède, le risque pour une femme de décéder pendant une grossesse ou lors d'un accouchement est de 1 pour 17 400, alors qu'en Côte d'Ivoire, il est de 1 pour 317 (EDS, 2021).*

En Côte d'Ivoire :

³ Pour plus d'information, consulter la ressource « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé ».

- ☛ *Les enfants des zones rurales sont moins déclarés à l'état-civil (66 %) que les enfants des zones urbaines (90 %). Il en est de même en ce qui concerne la possession d'un acte de naissance (48 % contre 84 %).*
- ☛ *La mortalité infanto-juvénile (enfant de moins de 5 ans) est plus élevée en milieu rural (108‰) qu'en milieu r (78‰).⁴*
- ☛ *Le taux d'alphabétisation est de 53,3 % chez les hommes contre 36,3 % chez les femmes⁵.*
- *Ces différences dans l'état de santé des individus ou des groupes observées au sein de toutes les populations à travers le monde n'ont aucune explication biologique. Elles sont dues à l'environnement social dans lequel les gens sont conçus, naissent, vivent, grandissent, travaillent et vieillissent. Elles se définissent sous deux angles : **les inégalités de santé et les inégalités sociales de santé.***

Demander aux participants d'échanger pendant 3 à 5 minutes sur la différence significative entre les **inégalités de santé** et les **inégalités sociales de santé**. Noter les éléments clés de ces échanges sur le tableau.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les définitions sur les inégalités** comme indiqué sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 4-M1*)

- **Les inégalités de santé** sont des différences dans l'état de santé des individus ou des groupes résultant de causes qui ne peuvent être qualifiées d'injustes et évitables telles que le bagage génétique de chaque individu ou le processus naturel du vieillissement.
- **Les inégalités sociales de santé (ISS)**, font référence à des écarts systématiques de santé, jugés injustes et évitables par des mesures judicieuses, observés entre des groupes sociaux, selon leur position sociale (CSDH, 2008).

Contrairement aux inégalités de santé, les inégalités sociales de santé sont :

- **Systematiques**, puisque les différences observées sont réparties dans la population selon un gradient social.

Le gradient social de santé est l'augmentation régulière de la fréquence d'un problème de santé des catégories les plus favorisées vers celles les moins favorisées. Cela signifie que « ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en dessous d'eux et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite ».

- **Injustes**, parce qu'elles proviennent de circonstances généralement indépendantes de la responsabilité des personnes.

⁴ MICS 2016

⁵ Statistiques Scolaires de Poche 2018-2019 (MENETFP/DSPS)

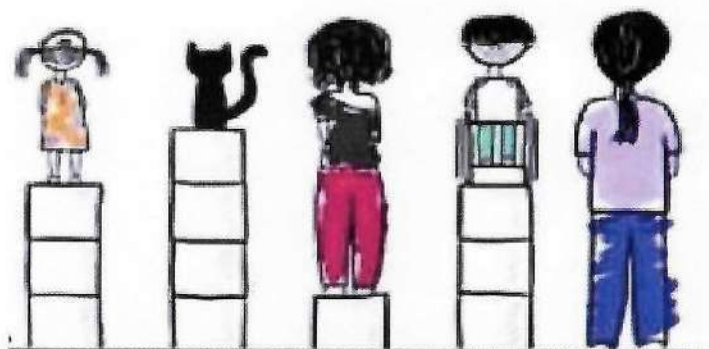
- **Évitables** puisqu'elles découlent de processus sociaux (normes, pratiques et politiques sociales et économiques locales, régionales, nationales et mondiales) sur lesquels il est possible d'agir.

On peut agir sur les **ISS** afin de les réduire et de parvenir à **l'équité en santé**.

L'**équité en santé** qui renvoie à la **théorie de la justice sociale**, est l'**absence de différences évitables ou remédiables** entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. Elle est réalisée par toute politique soucieuse de créer, pour différentes populations, des **opportunités égales pour la santé**.

Image illustrative →

- ☛ L'égalité serait d'avoir deux plots chacun et de ne pas avoir la même vue.
- ☛ L'équité est d'avoir le nombre de plots nécessaire à chacun pour avoir la même vue.



Expliquer aux participants que pour parvenir à l'Équité en santé, c'est-à-dire réduire les inégalités sociales de santé, les différents secteurs (public, privé, OSC) doivent, dans une démarche cohérente et complémentaire, agir sur les déterminants sociaux de la santé (DSS). Cette action sur les DSS est appelée Promotion de la santé.



45 minutes

Tester les connaissances des participants à partir des exercices suivants :

Exercice 1 (réflexion pendant 10 minutes)

Identifier les principaux déterminants de la santé en cause dans l'énoncé suivant :

Sylvie souffre d'épisodes dépressifs depuis plusieurs années et elle a récemment plongé dans une dépression. En analysant les événements qui ont précédé l'apparition des problèmes de santé de Sylvie, on réalise que celle-ci vit beaucoup de stress à la suite de sa récente perte d'emploi et qu'elle n'a pas facilement accès à l'aide dont elle a besoin.

Réponse

Principaux déterminants sociaux de la santé en cause :

- Mise à pied due à un **ralentissement économique**
- Manque de **sécurité d'emploi**
- Faible **scolarité**
- Pas d'accès à un **médecin de famille**
- Faible **réseau social**

Exercice 2 (réflexion pendant 25 minutes)

Mme Bamba Assétou dont la grossesse est à terme se rend au centre de santé de Koukro – Mafélé situé à 15 km de son village. A son arrivée, elle est prise rapidement en charge par l'infirmier, la sage-femme étant en congé de maternité. L'accouchement étant dystocique, l'infirmier décide de l'évacuer au CHR d'Odienné. Malheureusement, le centre de santé se trouve à 48 km du district d'Odienné, ne possède ni d'ambulance d'évacuation, ni de réseau de communication. Elle sera donc évacuée par son époux sur sa moto sur une piste rocailleuse et décèdera dès son arrivée au CHR sans que le personnel soignant n'ait eu le temps de la prendre en charge.

- 1) Quels sont les principaux déterminants de la santé en cause dans le décès de Mme Bamba ?
- 2) Quels sont les acteurs impliqués dans la résolution du problème

Exercice 3 (réflexion pendant 10 minutes)

Analyser cette citation de l'ancien Secrétaire général de l'Organisation des Nations unies, Kofi Annan

« Nous ne vaincrons ni le Sida, ni la tuberculose, ni le paludisme, ni aucune autre maladie infectieuse qui frappe les pays en développement, avant d'avoir gagné le combat de l'eau potable, de l'assainissement et des soins de santé de base. »

Séance 2 : LA PROMOTION DE LA SANTE (PS)

1. Définition de la PS

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les définitions de la PS** comme indiquées sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 5-M1*)

La *Charte d'Ottawa* qui institue la promotion de la santé la définit comme « **un processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci** » (OMS, 1986).

Se référant à la définition de la santé, on peut définir la PS comme « Un processus d'optimisation, tout au long de l'existence, du bien-être physique, social et psychique, au-delà de l'absence de la maladie ou d'infirmité. » (OMS, 2001).

En clair, pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir :

- Identifier et réaliser ses ambitions,
- Satisfaire ses besoins, et
- Evoluer avec son milieu ou s'y adapter.

Laisser les participants, pendant 5 à 10 minutes, partager leur compréhension de la PS et comment ces définitions les guident dans leur pratique.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables. L'individu doit pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable, etc.*
- *La PS est un ensemble d'actions (processus) visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus à changer leur situation sociale, environnementale et économique ayant des effets négatifs sur leur santé. Ainsi, la PS permet aux individus de mieux maîtriser les déterminants de leur santé et de l'améliorer.*

2. Les grands jalons de la promotion de la santé (PS)

Expliquer aux participants l'importance de connaître l'évolution du concept de promotion de la santé en leur décrivant les événements significatifs dans l'histoire du monde qui ont contribué au développement de celle-ci.

Présenter, aux participants, les diapositives (**Diapo 6M1**) sur les **grandes Conférences internationales** qui ont confirmé l'importance du développement social, économique et environnemental dans la promotion de la santé tant pour les pays en développement que pour les pays développés.

Ces événements partent de la Charte d'Ottawa (1986) à la Charte de Genève pour le bien-être (2021).

- **1^{ère} Conférence internationale sur la PS → Charte d'Ottawa (1986) → Diapo 6a-M1**

Elle a institué les principes fondateurs de la PS. Selon cette Charte la réalisation de l'objectif de la « Santé pour tous en l'an 2000 et au-delà » ne peut se faire qu'à travers l'action sur les déterminants de la santé, particulièrement les déterminants sociaux de la santé (DSS).

Elle établit les cinq (05) domaines d'action prioritaires pour influencer sur la santé. Il s'agit de :

(1) Elaborer une politique publique saine → Interpeller le politique (gouvernement, élus locaux) pour l'établissement de législation, mesures fiscales, taxation et changements organisationnels favorables à la santé.

Par exemple : prendre une loi visant à limiter et à contrôler l'usage des pesticides

(2) Créer des milieux favorables → Intervenir sur le milieu, l'environnement concret, quotidien pour promouvoir un milieu de vie sain. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention particulière. Les conditions de vie, de loisirs, de travail sont aussi essentielles.

Par exemple :

- *Aménager un terrain désaffecté en aire de jeux*
- *Améliorer les lieux de travail par la mise à disposition de matériel ergonomique.*

(3) Renforcer l'action communautaire → Favoriser l'action collective par la participation effective et concrète des populations à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration des stratégies d'action.

Par exemple : intervenir auprès des riverains contre les dépôts sauvages d'ordures en s'appuyant sur le comité de quartier.

(4) Acquérir des aptitudes individuelles → Aider au développement des aptitudes et moins se braquer sur la modification des comportements dans le « bon » sens. Il s'agit de soutenir le développement individuel et social à travers l'offre d'informations, l'éducation pour la santé et le perfectionnement des aptitudes indispensables à la bonne santé.

Par exemple : développer auprès des élèves des activités permettant la construction d'une image positive de soi.

(5) Réorienter les services de santé → Interpeller les institutions et Responsabiliser la population. Le rôle du système sanitaire ne peut plus se limiter à la seule prestation de soins médicaux, il doit s'ouvrir à des pratiques multisectorielles et favoriser l'adoption par la population de modes de vie sains.

Par exemple : favoriser les collaborations entre services de santé, services sociaux et éducatifs et associations socio-culturelles.

2^e Conférence internationale sur la PS → Recommandations d'Adélaïde (1988) → Diapo 6b-M1

Les recommandations de cette conférence étaient orientées vers la **promotion de politiques publiques saines**. Elles ont rappelé aux gouvernements le droit fondamental et l'excellent investissement social que représente la santé ; d'où la nécessité de la promouvoir en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires.

Priorités d'action :

- **Amélioration de la santé des femmes – qui sont en première ligne pour promouvoir la santé dans le monde ;**
- **Alimentation et nutrition – accès pour tous à des aliments sains en quantités suffisantes ;**
- **Tabac et alcool – deux grands problèmes de santé appelant une action immédiate ;**
- **Mise en place d'environnements favorables à la santé – faire de la santé un centre d'intérêt.**
 - **3^e Conférence internationale sur la PS → Déclaration de Sundsvall (1991) → *Diapo 6c-M1***

Les réflexions ont porté sur la **promotion d'environnements favorables à la santé**. Cette conférence a mis en lumière le lien essentiel entre la santé et l'environnement et souligné l'importance de créer des environnements – physiques, sociaux, économiques et politiques favorables à la santé en misant sur l'action sociale.

Stratégies visant à modifier l'environnement pour favoriser la santé :

- **Renforcer le plaidoyer pour la santé via les groupes communautaires et les groupes de femmes ;**
- **Permettre aux personnes et aux groupes d'exercer un contrôle sur leur santé et leur environnement par l'éducation et la participation ;**
- **Établir des alliances pour la santé et l'environnement ;**
- **Arbitrer les conflits dans le sens d'un accès équitable à un environnement favorable à la santé.**
 - **4^e Conférence internationale sur la PS → Déclaration de Jakarta (1997) → *Diapo 6d-M1***

C'est la première conférence à se dérouler dans un pays en développement. Elle a planché sur **l'adaptation de la PS aux enjeux du 21^e siècle**. L'occasion a été saisie pour réexaminer les déterminants de la santé dans le contexte de la mondialisation, réfléchir sur l'efficacité de la promotion de la santé et définir les orientations et les stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé au 21^e siècle.

Priorités d'action :

- **Promouvoir la responsabilité sociale des décideurs en faveur de la santé ;**
- **Accroître les investissements pour développer la santé ;**
- **Renforcer et élargir les partenariats pour la santé ;**
- **Accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir ;**
- **Mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé.**

- **5^e Conférence internationale sur la PS → Déclaration ministérielle de Mexico (2000) → *Diapo 6e-M1***

Elle a planché sur comment **faire place à l'équité**. Elle a reconnu que l'atteinte du meilleur état de santé possible est un bien précieux pour profiter pleinement de la vie; d'où l'importance d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux afin d'assurer le développement économique et social et l'équité.

Priorités d'action :

- **Inscrire la promotion de la santé comme priorité fondamentale dans les programmes de santé locaux, régionaux, nationaux et internationaux ;**
- **Assurer une participation active de tous les secteurs et de la société civile à la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé ;**
- **Soutenir l'établissement de plans d'action pour la promotion de la santé à l'échelle des pays ;**
- **Mettre en place des réseaux nationaux et internationaux de promotion de la santé ou renforcer ceux qui existent ;**
- **Plaider pour que les institutions des Nations Unies soient tenues de rendre compte de l'impact sur la santé de leur action en faveur du développement.**

- **6^e Conférence internationale sur la PS → Charte de Bangkok (2005) → *Diapo 6f-M1***

Les réflexions ont porté sur **la pratique de la PS à l'heure de la mondialisation**. Elle a confirmé l'importance de la Charte d'Ottawa et élargi ses 5 domaines d'action prioritaires en considérant de nouvelles réalités telles que le développement informatique, le secteur privé, les pays en développement, etc. Ainsi, l'ensemble des décideurs a été appelé à reconnaître la promotion de la santé comme une approche incontournable pour faire face aux défis du 21^e siècle.

Priorités d'action :

- **La promotion de la santé doit être au cœur de l'action de tous les gouvernements ;**
- **La création d'une coopération internationale pour favoriser le développement de la santé dans le cadre de la mondialisation ;**
- **L'encouragement d'une citoyenneté active en faveur de la santé ;**
- **L'utilisation des technologies de l'information pour la promotion de la santé ;**
- **Un financement pérenne pour la promotion de la santé ;**
- **Des nouvelles responsabilités en promotion de la santé.**

- **7^e Conférence internationale sur la PS → Appel à l'action de Nairobi (2009) → *Diapo 6g-M1***

C'est la première conférence à se tenir sur le continent africain. Elle a planché sur **comment réduire le fossé de la mise en œuvre de la PS et le développement**. Elle a analysé le rôle de la PS au regard des défis mondiaux de santé (émergence de nouvelles pathologies, changements climatiques et crise financière internationale). Elle a insisté sur l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, en

s'appuyant sur les recommandations du rapport « Comblé le fossé en une génération » (2008), à travers le partenariat et la collaboration intersectorielle.

L'Appel à l'action de Nairobi s'est donné les cinq (05) responsabilités suivantes :

- Renforcer les capacités de leadership pour la promotion de la santé ;
 - Renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les systèmes de santé, les politiques et les programmes de santé ;
 - Accélérer l'autonomisation des communautés/individus ;
 - Augmenter les processus participatifs ;
 - Créer et appliquer des nouvelles connaissances
- 8^e Conférence internationale sur la PS → Déclaration d'Helsinki (2013) → **Diapo 6h-M1**

Il s'est agi d'un **appel à l'action pour promouvoir la santé dans toutes les politiques**. Elle a analysé la manière de mettre en œuvre l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques au niveau pangouvernemental afin d'aplanir les inégalités sociales de santé et d'améliorer l'efficacité des politiques de santé. Une attention particulière a été accordée au rôle des pouvoirs publics dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), conformément au processus visant à définir le Programme de développement pour l'après-2015. Des recommandations ont été adressées à l'intention des pouvoirs publics et de l'OMS afin qu'ils accordent une place plus importante à la santé, entre diverses priorités concurrentes. Un engagement pangouvernemental envers la promotion de la santé et l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques est essentiel pour garantir la priorité de la santé.

- 9^e Conférence internationale sur la PS → Déclaration de Shanghai (2016) → **Diapo 6i-M1**

Elle a planché sur **comment promouvoir la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030**. Elle a reconnu que la santé et le bien-être sont essentiels pour parvenir au développement durable, qu'il faut la promouvoir en agissant sur l'ensemble des ODD, en faisant des choix politiques audacieux pour la santé et en assurant la bonne gouvernance.

Les pays se sont engagés à :

- Appliquer pleinement les mécanismes dont dispose la puissance publique pour protéger la santé et promouvoir le bien-être au moyen de politiques publiques ;
- Renforcer l'encadrement législatif et réglementaire des produits nocifs pour la santé ainsi que leur taxation ;
- Mettre en œuvre des politiques budgétaires en tant qu'outil puissant pour réaliser de nouveaux investissements dans la santé et le bien-être, notamment au moyen de solides systèmes de santé publique ;
- Instaurer la couverture sanitaire universelle comme moyen efficace d'améliorer la santé et la protection financière ;

- **Garantir la transparence et la responsabilisation sociale et favoriser une vaste mobilisation de la société civile ;**
- **Renforcer la gouvernance mondiale pour s'attaquer plus efficacement aux problèmes de santé transfrontaliers ;**
- **Prendre en compte l'importance croissante et l'intérêt de la médecine traditionnelle, qui pourrait contribuer à améliorer les résultats sanitaires, notamment ceux liés aux ODD.**
- **10^e Conférence internationale sur la PS → Charte de Genève pour le bien-être (2021) → *Diapo 6j-M1***

Elle a montré à quel point il est urgent de bâtir des « sociétés du bien-être » durables, qui s'engagent à garantir l'équité en santé aujourd'hui et pour les générations futures sans dépasser les limites écologiques.

La mise en place de « sociétés du bien-être » nécessite une action coordonnée dans cinq domaines :

- (1) Considérer, respecter et mettre en valeur la terre et ses écosystèmes.
- (2) Concevoir une économie équitable au service du développement humain à l'intérieur des frontières écologiques planétaires et locales.
- (3) Élaborer des politiques publiques saines pour le bien commun.
- (4) Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle.
- (5) Aborder les répercussions de la transformation numérique.

Afin de mettre en place les conditions d'un avenir prospère, il faut :

- Veiller à ce que les personnes et les communautés soient en mesure de prendre le contrôle de leur santé et de mener une vie épanouissante ayant un sens et un but, en harmonie avec la nature, grâce à l'éducation, à des connaissances en matière de santé adaptées à leur culture, à une véritable autonomisation et à une participation.
- Permettre une démarche d'unification en ce qui concerne la mise en place de sociétés du bien-être, et assurer une médiation et un plaidoyer en ce sens en donnant forme aux déterminants de la santé dans tous les contextes.
- Veiller à ce que les services de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs soient de qualité, abordables, accessibles et acceptables et qu'ils soient fournis en fonction des besoins, en particulier pour les personnes qui sont souvent laissées pour compte.

Expliquer, par ailleurs aux participants, qu'en parallèle aux grandes Conférences internationales sur la promotion de la santé, d'autres déclarations et conventions internationales ont été promulguées dans le but d'améliorer les conditions de vie des populations. Elles visent directement ou indirectement l'élimination des inégalités sociales de santé à travers l'atteinte d'objectifs de développement.

Liste des **déclarations et conventions internationales** sur la PS

- *Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (2005)*
http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html
- *Déclaration du Millénaire pour le développement (2008)*
<http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>
- *Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. « Comblent le fossé en une génération. Instaure l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux » (2008)*
- *Appel à l'action de Bamako sur la recherche pour la santé (2008)*
- *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (2010)*
- **Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011)**

3. Fondements de la PS

Tester pendant 3 à 5 minutes les connaissances des participants par un exercice de questions – réponses.

- *Quel est le **fil conducteur** de la PS ?*
- *Quel est **objectif suprême** visé par la PS ?*
- *Quel est le **mécanisme d'action** de la PS ?*

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les **fondements de la PS** comme indiqués sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 7-M1*)

La **PS** est basée sur :

- Un **fil conducteur** unique et important → **Les Déterminants Sociaux de la Santé** ;
- Un **objectif suprême** visé → **La réduction des Inégalités Sociales de Santé** ;
- Un **mécanisme d'action** fondamental → **Faire de tous les secteurs un secteur de santé** ;
- Un **fondement pour l'action** → **La recherche à base communautaire** ;
- Un **fondement pour des résultats durables** → **Considérer autant le processus que les effets/impacts.**

4. Principes et Valeurs de la promotion de la santé (PS)

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les **quatre (04) valeurs clés de la PS** comme indiqué sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 8-M1*)

Les quatre (04) valeurs clés de la PS sont :

- (1) **Le plein pouvoir (autonomisation)** → créer les conditions permettant aux individus de prendre entièrement le contrôle des décisions et actions qui affectent leur santé. Ces conditions reposent sur *les réseaux sociaux* (groupes, associations, familles, etc.), *la participation communautaire* et *les compétences de la communauté* (coaching, soutien).

- (2) **La justice sociale et l'équité** → assurer l'accès universel des individus et groupes aux ressources (nourriture, revenu, emploi, abri, éducation, etc.) nécessaires au maintien d'une bonne santé.
- (3) **L'inclusion** → prendre en compte toutes les parties, notamment les groupes marginalisés de la collectivité qui font face à des obstacles à une bonne santé.
- (4) **Le respect** → tenir compte des points de vue différents, des cultures et perspectives sur la santé et le bien-être.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les cinq (05) principes de la PS qui la différencie des autres approches (prévention de la maladie, action communautaire pour la santé, etc.) comme indiqué sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 9-M1*)

- (1) **Une approche holistique (globale) et positive de la santé** → envisager la santé comme « une ressource pour la vie quotidienne », c'est-à-dire qu'en dehors des aspects éducatifs, préventifs, curatifs, propres au champ sanitaire, elle prend en compte le champ social, économique, environnemental et culturel.
- (2) **Une approche participative dans une démarche de co-construction** → impliquer tous les acteurs (*habitants, professionnels, élus, institutionnels*) à chaque étape du processus (*diagnostic, prise d'initiative, décision, évaluation et évolution*), c'est-à-dire qu'il faut adresser les questions de santé avec ses clients et non pour eux en les aidant à prendre le contrôle des conditions qui affectent leur santé.
- (3) **Une concentration sur les déterminants de la santé** → l'état de santé est affecté par des facteurs sociaux, comportementaux, économiques et environnementaux sur lesquels il faut agir. Il s'agit entre autres du revenu et statut social, des réseaux de soutien social, de l'éducation et alphabétisation, de l'emploi et des conditions de travail, des environnements sociaux, des environnements physiques, des habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle, du développement de la petite enfance, du patrimoine biologique et génétique, des services de santé, du sexe/genre, de la culture, etc.
- (4) **Concentration sur les forces et avantages au lieu d'adresser uniquement les problèmes et déficits** → la santé est envisagée comme un concept positif qui met l'accent sur les programmes et services qui existent déjà, les leaders communautaires, les réseaux sociaux établis, ou les organismes et événements dans la collectivité qui mobilisent.
- (5) **Utilisation de multiples stratégies complémentaires afin de promouvoir la santé au niveau de l'individu et de la collectivité.** Il s'agit notamment de la communication pour la santé, l'éducation pour la santé, l'auto-assistance, l'entraide (aide mutuelle), le développement communautaire et mobilisation, le plaidoyer, l'élaboration de politique, la collaboration intersectorielle, etc.



30 minutes

Tester les connaissances des participants à partir des exercices suivants :

Exercice 4 (réflexion pendant 5 minutes)

Faire correspondre les valeurs aux définitions données :

Définitions	Valeur
1. Une organisation communautaire invite les membres de la communauté à exprimer leurs opinions sur le manque d'accès à des aliments sains dans leur quartier.	A. Respect
2. Un centre de santé local adapte ses services pour répondre aux besoins linguistiques et culturels de la population croissante libérienne dans la communauté	B. Inclusion
3. Une clinique de santé favorise l'acceptation de différentes perspectives, points de vue et modes de vie	C. Plein pouvoir (Autonomisation)
4. Une équipe de santé publique tient compte des 12 déterminants de la santé dans la planification des prestations de services de santé accessibles.	D. Justice sociale et équité

Réponse : 1C – 2D – 3B – 4A

Exercice 5 (réflexion pendant 25 minutes)

Identifier la/les différence(s) entre la **promotion de la santé (PS)** et la Prévention en complétant le tableau suivant :

Caractéristiques	Promotion de la santé	Prévention
Cible		
Finalité		
But		
Objectif		
Stratégie		

Identifier la/les différence(s) entre la **promotion de la santé (PS)** et l'Éducation pour la santé en complétant le tableau suivant :

Caractéristiques	Promotion de la santé	Éducation pour la santé
Cible		
Finalité		
But		
Objectif		
Stratégie		

Réponse

Caractéristiques	Prévention	PS	Éducation pour la santé
Cible	Population à risque	Population générale	Population participante
Finalité	Maintenir et conserver	Rechercher un	Favoriser une auto

	sa santé	niveau optimal de bien-être	responsabilisation et une autogestion de sa santé
But	Agir sur les facteurs de risques	Agir sur les déterminants de la santé	Agir sur les connaissances et comportements
Objectif	Prévenir l'apparition d'une maladie, son aggravation et sa réadaptation	Améliorer la qualité de vie et réduire les inégalités sociales de santé	Favoriser l'autonomie par l'acquisition de compétences pratiques pour l'adoption de saines habitudes de vie
Stratégie	Rôle majeur des professionnels de santé qui proposent des actions telles que la vaccination, le dépistage, etc.	Combinaison d'actions politiques, législatives, éducatives et organisationnelles impliquant les professionnels de différents secteurs	Création délibérée de possibilités d'apprentissage

5. Stratégies, niveau d'action et approches en promotion de la santé

5.1. Principales stratégies utilisées en PS

Expliquer aux participants que La PS utilise de multiples stratégies complémentaires afin de promouvoir la santé au niveau de l'individu et de la collectivité.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les **principales stratégies de la PS** comme indiqué sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 10-M1*)

Il y a trois grandes stratégies en promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986), à savoir :

- (1) **La participation & l'autonomisation/Empowerment** → **Donner à tous, les moyens de livrer la pleine mesure de leurs capacités en matière de santé.** Elle consiste au renforcement des connaissances et aptitudes par des approches participatives combinées, favoriser l'appropriation, la reproductibilité et ainsi la durabilité de l'action, dans la prévention des maladies, la promotion de bonnes pratiques de santé et la protection des pratiques et comportements qui sont favorables à la santé.
- (2) **La médiation** → **Conciliation des différents intérêts de la société en faveur de la santé.** Elle consiste à faciliter le rapprochement des différents secteurs (public, privé, OSC) de manière à promouvoir et à protéger la santé.
- (3) **Le plaidoyer pour la création de conditions nécessaires à la santé.** Elle consiste à mener une combinaison d'actions individuelles et sociales en direction des décideurs et leaders à tous les niveaux pour créer les conditions favorables à la mise en œuvre d'une action d'intérêt social donné.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La recherche indique que les programmes de promotion de la santé qui utilisent des stratégies multiples sont plus efficaces.*

- *Lors de l'application de ces stratégies, il est important qu'elles soient complémentaires aux approches utilisées pour le changement. Ces approches peuvent être utilisées de façon simultanée et être adaptées en fonction des situations et des contextes d'intervention indépendamment de la discipline ou de la profession de l'intervenant.*

5.2. Niveaux d'action ou piliers de la PS

Les activités de la PS doivent systématiquement viser des niveaux bien déterminés afin d'espérer obtenir de résultats tangibles et durables (Charte d'Ottawa, 1986).

- (1) **Elaboration de politiques publiques favorables à la santé** → faciliter l'élaboration de mesures législatives ou régulatrices qui protègent la santé de l'individu et de la collectivité et qui facilite la prise de décision pour des choix sains chez les individus.
- (2) **Création d'environnements favorables à la santé** → c'est la mise en place de conditions nécessaires facilitant l'adoption de comportements favorables à la santé.
- (3) **Renforcement de l'action communautaire** → accroître la participation de la communauté dans une perspective leur permettant d'avoir le contrôle des interventions visant l'amélioration de leur santé et s'intégrant dans une approche d'édification globale de leur contexte.
- (4) **Développement d'aptitudes personnelles** → perfectionner les aptitudes et les capacités personnelles, affectives et sociales des non-professionnels et des professionnels afin qu'ils optimisent leur propre santé et développent la capacité de promouvoir la santé pour les personnes qui les entourent.
- (5) **Réorientation des services de santé** → accroître les actions de prévention et de promotion dans le système de soin, mettre en place l'initiative des centres de santé (hôpitaux) promoteurs de la santé ainsi qu'un système permettant de répondre aux problèmes spécifiques de santé de la communauté, et accroître le dialogue entre les professionnels de la santé et les utilisateurs des services de santé.

5.3. Approches en PS

Les approches en PS sont multiples à cause de la diversité des concepts, de la multiplicité des déterminants et des influences sur la santé ainsi que la multiplicité de manières de mesurer la santé. On peut toutefois les repartir en deux groupes : **1) les approches stratégiques** et **2) les approches d'action sur les déterminants sociaux de la santé (DSS)**

5.3.1. Les approches stratégiques

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les cinq (05) approches stratégiques de PS** comme indiqué sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 11-M1*)

- (1) **Les approches Médicales** → elles visent à réduire la mortalité, la morbidité et le risque professionnel. Les actions ciblent la population générale ou les groupes à risque. Elles cherchent à accroître les interventions médicales qui préviennent les maladies et les décès prématurés.

- (2) **Les approches Comportementales** → elles encouragent l'individu à adopter des comportements sains. Elles se basent sur la prémisse que l'individu peut améliorer de façon significative sa santé en choisissant un style de vie sain.
- (3) **Les approches Educatives** → elles fournissent l'information et développent les habiletés nécessaires pour que la personne soit capable de faire des choix éclairés face à son comportement socio-sanitaire. Il s'agit de créer des opportunités d'apprentissage qui améliorent les connaissances de la santé et le développement d'habiletés en faveur de la santé chez l'individu et la collectivité.
- (4) **Les approches d'Autonomisation (Empowerment)** → elles aident l'individu ou la communauté à identifier ses besoins et les habiletés nécessaires afin qu'il/elle développe une confiance dans ses actions.
- (5) **Les approches de Changement social** → elles encouragent un changement radical en faveur des environnements socio-économiques. Par exemple, un choix d'aliments sains est offert mais pour que l'option soit réaliste pour tous, il faut un changement du coût, de la disponibilité et de l'accessibilité. Il s'agit de créer des environnements qui soutiendront des choix sains à l'intérieur d'organismes tels que quartiers et les villages, les écoles, les universités, les milieux de travail, les hôpitaux, etc.

5.3.2. Les approches d'action sur les DSS

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les cinq (05) approches d'action sur les DSS** comme indiqué sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 12-M1*)

- (1) **Approches des milieux** → Quatre grands milieux sont à investir par les interventions de santé afin de mettre l'individu et la communauté dans une perspective d'action systématiquement en faveur de la santé. Il s'agit des quartiers/villes/villages, les écoles/universités, les lieux de travail et, les hôpitaux/formations sanitaires.
- (2) **Décentralisation administrative et territoriale** → impliquant un véritable pouvoir de décision exercé par des structures dotées de personnalité juridique et évoluant dans un cadre légal, avec les ressources financières nécessaires, l'Etat central assurant une redistribution équitable du revenu global et déléguant des responsabilités en matière fiscale, ainsi que des mécanismes de participation populaire clairs et équitables : procédures électorales bien définies, représentation équilibrée dans les organes politico-administratifs, ...
- (3) **Décentralisation du système sanitaire** → Peut être de type vertical, si l'autorité directe reste au niveau central ou à un niveau supérieur, c'est le cas par exemple des programmes PEV, planning familial, programme contre lèpre et tuberculose, ... ou de type horizontal intégré si le niveau périphérique détient le pouvoir de coordination et l'autorité immédiate sur les activités et les ressources, le niveau central ne gardant alors qu'une autorité technique.

- (4) **La santé dans toutes les politiques - Action à travers les secteurs** → Il s'agit de travailler ensemble pour atteindre les objectifs et les politiques des autres secteurs de manière à protéger ou à promouvoir la santé.
- (5) **La promotion de la santé et lutte contre la maladie (maladies transmissibles, non-transmissibles)** → Impliquant de considérer que toute maladie a deux causes (pathologique et politique) qu'il faut prendre systématiquement en charge pour une action efficace et durable de lutte.

Troisième partie : RESUME DU MODULE 1

Objectif 1 : Définir les concepts de Santé, Déterminants sociaux de la santé, Inégalités sociales de santé et Promotion de la santé

La **Santé** (OMS, 1946) est « un état de complet bien-être physique, mental, social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle englobe deux aspects clés : (1) le Bien-être social et (2) l'Absence de maladies.

Les **Déterminants Sociaux de la Santé (DSS)** sont les conditions dans lesquelles les individus sont conçus, naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les mécanismes mis en place pour faire face à la maladie. (*Adaptée de l'OMS, 2008*)

Il s'agit :

- (1) **Des Habitudes de vie et comportements**, notamment : les *habitudes d'hygiène*, les *habitudes alimentaires*, la *consommation de drogues*, la *sédentarité*, les *comportements sexuels*
- (2) **Des Environnements**, à savoir : l'*environnement physique (extérieur et intérieur)*, l'*environnement socio-économique*
- (3) **Du Système de santé**, notamment : les *ressources et services disponibles*, l'*iatrogénie*, le *système de santé et système de soins*

Les **Inégalités Sociales de Santé (ISS)** sont des écarts systematiques de santé, jugés injustes et évitables par des mesures judicieuses, observés entre des groupes sociaux, selon leur position sociale ((CSDH), 2008). Elles suivent un **gradient social**, c'est-à-dire que « ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite ».

L'absence d'**ISS** entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques aboutit à **L'équité en santé**.

La **Promotion de la Santé** est selon la Charte d'Ottawa (1986) « un processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Elle aide l'individu, ou le groupe à identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter

Objectif 2 : Différencier les Modèles de la santé, à l'origine des choix et modalités d'intervention pour promouvoir la santé des populations.

On distingue **trois (03) principaux** modèles de santé :

- Le **modèle biomédical** qui est un modèle fermé dans lequel la maladie, qui affecte l'individu, est principalement organique et doit être diagnostiquée et traitée (approche curative) par des médecins, dans un système autonome, centré autour des hôpitaux.
- Le **modèle de comportements sains** qui définit la santé comme le produit des choix sains face à la santé.
- Le **modèle Biopsychosocial** qui est un modèle ouvert dans lequel la maladie, qui

affecte l'individu, la famille et l'environnement, résulte de l'interaction de facteurs complexes, organiques, humains, sociaux qui doivent être gérés par des professionnels en collaboration avec d'autres praticiens avec la participation des acteurs, dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

Objectif 3 : Connaître les caractéristiques de la Promotion de la santé (PS) qui La différencie des autres approches telles que la prévention de la maladie, l'éducation pour la santé.

La PS agit sur les déterminants de la santé, grâce à une combinaison d'actions politiques, législatives, éducatives et organisationnelles impliquant les professionnels de différents secteurs en vue d'améliorer la qualité de vie et réduire les inégalités sociales de santé.

Tandis que :

La prévention mobilise des professionnels de santé pour agir sur les facteurs de risques afin de prévenir l'apparition d'une maladie, son aggravation et sa réadaptation dans l'optique de maintenir et conserver la santé des populations à risque.

L'éducation pour la santé, crée délibérément des possibilités d'apprentissage en vue d'agir sur les connaissances et comportements des populations participantes pour favoriser une auto responsabilisation et une autogestion de leur santé.

Objectifs 4 : Connaître les stratégies, approches, méthodes et niveaux d'action de la Promotion de la santé (PS)

Les cinq (05) domaines d'action prioritaires ou piliers de la PS sont :

- (1) **Elaborer des politiques publiques favorables à la santé** utilisant comme stratégie le *Plaidoyer (advocacy)*, le *Développement de politiques*, etc.
- (2) **Créer des milieux favorables** utilisant comme stratégies : le *Développement de politique*, la *Médiation*, etc.
- (3) **Renforcer l'action communautaire** utilisant comme stratégies : la *Communication pour la santé*, le *Développement et mobilisation communautaire*, le *Marketing social*, la *Communication de masse*, etc.
- (4) **Acquérir des aptitudes individuelles** utilisant comme stratégies : l'*éducation pour la santé*, les *Soins de soi ou mutuels*, le *Renforcement des capacités des individus ou des groupes*.
- (5) **Réorienter les services de santé** utilisant comme stratégies : le *Changement organisationnel*, les *Soins de soi ou mutuels*, etc.

Réaliser le post-test

Module 2 : AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Première partie : INTRODUCTION

Expliquer aux participants que ce module les aidera à se familiariser avec le mode d'utilisation des approches d'action sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) pour planifier une intervention promotrice de la santé.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les objectifs d'apprentissage du module 2** comme indiqués dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 0-M2*)

I. Objectifs d'apprentissage

A la fin de ce module, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les approches ainsi que la structuration du système de santé pour l'action sur les DSS ;
2. Définir les grandes lignes de la politique et d'un plan d'action de promotion de la santé (PS).

II. Guide pédagogique

Durée	Sous-thème	Méthode d'enseignement
10 mn	INTRODUCTION	
5 mn	Objectifs pédagogiques du module 2	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
5 mn	Présentation du guide pédagogique	Brève description par le Formateur/Facilitateur
45 mn	Séance 1 : LES FONDAMENTAUX DE LA PS	
5 mn	Rappel des fondements de la PS	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
40 mn	Approches d'action sur les DSS	Exposé et discussions
35 mn	Séance 2 : POLITIQUE ET PLAN D'ACTION EN PS	
20 mn	Politique et plan stratégique de promotion de la santé	Exposé et discussions
15 mn	Ressources nécessaires à l'action promotrice de santé	Exposé et discussions
30 mn	Séance 3 : SYSTEME DE SANTE ET ACTION SUR LES DSS	
15 mn	Ressources Humaines (RH) pour la PS	Exposé et discussions
15 mn	Structuration du Ministère en charge de la santé pour l'action sur les DSS	Exposé et discussions
15 mn	RESUME DU MODULE 2	Exposé
45 mn	EXERCICES PRATIQUES	Travaux de groupe et discussions en plénière
Durée du module 2 = 180 mn (3H)		

Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU

Séance 1 : LES FONDAMENTAUX DE LA PROMOTION DE LA SANTE

1. Rappel des fondements de la PS

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe le **rappel des fondements de la PS** développés dans le **module 1**. (*Présenter la Diapo 7-M1*)

- *Un fil conducteur unique et important* → **Déterminants Sociaux de la Santé**
- *Un objectif suprême visé* → **Réduction des Inégalités Sociales de Santé**
- *Un mécanisme d'action fondamental* → **Faire de tous les secteurs un secteur de santé**
- *Un fondement pour l'action* → **La recherche à base communautaire**
- *Un fondement pour des résultats durables* → **Considérer autant le processus que les effets/impacts**

2. Les approches d'action sur les DSS

Rappeler aux participants que **les cinq (5) principales approches** ci-dessous sont utilisées pour agir sur les DSS :

- **Approche des milieux ;**
- **Décentralisation administrative et territoriale ;**
- **Décentralisation du système sanitaire ;**
- **Santé dans toutes les politiques ;**
- **Contrôle de la maladie par la Promotion de la Santé.**

Passer en revue chaque approche et expliquer en les éléments essentiels.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les caractéristiques de l'**approche des milieux dans l'action sur les DSS** comme indiqué sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 1-M2*)

(1) Approche des milieux

Présenter la **Diapo 1-M2-intro**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le milieu ou cadre de vie comme étant « l'endroit ou le contexte social dans lequel les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être.⁶ ».

Demander aux participants de citer les milieux ou cadres de vie qu'ils connaissent.

Réponse attendue

⁶ OMS. Healthy Settings. Organisation mondiale de la Santé, 2013 [visité le 10 déc. 2013]. Disponible au (anglais seulement) : http://www.who.int/healthy_settings/en/.

Quatre grands milieux : Ecole/Université, lieu de travail/marché, hôpital, village/ville

Expliquer aux participants qu'on peut utiliser ces différents milieux ou cadres de vie pour mener une action de promotion de la santé en atteignant les individus ou groupe qui y travaillent ou en les utilisant pour obtenir un accès à des services, de même qu'à travers l'interaction des différents cadres de vie avec la communauté dans son ensemble.

Présenter le tableau de répartition des approches pour le contrôle des problèmes de santé en fonction des **quatre (4) grands milieux** identifiés par la santé publique.

Milieux	Approches
Villes/Villages	Villes/Villages -Santé
Ecoles/Universités	Ecoles/Universités promotrices de la santé
Lieux de travail/marchés	PS sur les lieux de travail/marchés
Hôpitaux/Formations sanitaires	Hôpitaux/Formations sanitaires promoteurs de la santé

L'adoption d'une approche en fonction du milieu emmène à définir l'environnement physique, social et organisationnel du milieu.

- **L'environnement physique** englobe les **composantes naturelles** (l'air extérieur, le sol, le climat, les ressources naturelles et les autres caractéristiques géographiques) et les **composantes aménagées** (les infrastructures bâties par l'homme, les matériaux utilisés pour leur construction et leur contenu, y compris l'air intérieur, sa qualité et sa ventilation, ainsi que l'accès à l'eau pour la consommation et l'hygiène).
- **L'environnement social** inclut les **activités** et les **relations des personnes** dans le milieu, ainsi que les **influences sur leurs interactions**.
- **L'environnement organisationnel** englobe les **règlements**, les **politiques** et les **procédures**, en plus des **règles et postulats implicites** (non écrits), ou encore des **normes** et des **valeurs socioculturelles** qui constituent le cadre social.

On distingue **cinq (05) principes** clés des approches qui sont applicables à l'ensemble des milieux et qui sont :

- **La flexibilité**, le milieu étant un système complexe, dynamique et interconnecté avec d'autres systèmes, comportant une diversité de participants avec des tensions inhérentes et nécessitant une capacité d'adaptation aux éléments porteurs de succès.
- **La participation communautaire**, avec la mobilisation des intervenants de la collectivité à tous les niveaux afin de s'entendre sur l'ensemble du processus et d'assurer la pertinence, l'engagement et la durabilité des interventions dans le milieu en question.
- **Le partenariat**, essentiels pour fournir les ressources et les compétences nécessaires afin de mener à bien le travail.
- **La responsabilisation** caractérisée par la liberté de faire des choix et d'en accepter les responsabilités.
- **L'équité** qui a pour principe de lutter contre les disparités en donnant à chaque individu les mêmes chances et la capacité d'atteindre son plein potentiel.

Expliquer aux participants que les activités dans les milieux visant la promotion de la santé doivent favoriser la création d'un environnement de travail et de vie sains en intégrant la PS dans les activités quotidiennes du milieu et en créant les conditions pour entrer en partenariat avec la communauté.

Principales caractéristiques des approches des milieux :

- **Un modèle écologique de la santé**

Expliquer aux participants que les approches des milieux sont conformes à une vision écologique de la santé, c'est-à-dire qui s'intéresse aux déterminants environnementaux (physique, social et organisationnel).

- **Une perspective systémique**

Expliquer aux participants que les approches des milieux tiennent compte du fait que la santé est dépendante de l'interaction entre les individus et les sous-systèmes de l'écosystème. Elles offrent donc la possibilité de façonner ces éléments pour maximiser le gain de santé.

- **Un accent mis sur le développement et le changement organisationnels de tout le système.**

Expliquer aux participants que les approches des milieux déplacent les objectifs de changement de comportement spécifique vers la création des conditions qui sont favorables à la santé et au bien-être d'une manière plus générale. L'accent est donc mis sur le changement organisationnel, plutôt que sur les activités en faveur des facteurs de risque et les groupes de population.

Le changement organisationnel sera durable, car on n'aura pas besoin de réinventer la roue avec chaque nouvelle génération de travailleurs, enseignants, professionnels de la santé.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **le descriptif des différentes approches des milieux** comme indiquées sur la diapositive de formation.

Villes/villages-santé (Présenter la Diapo 1a-M2)

C'est une ville/village qui crée et améliore en permanence les environnements physiques et sociaux et développe les ressources communautaires qui permettent aux individus de se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et réaliser pleinement leur potentiel.

Expliquer aux participants que le programme Villes-santé de l'OMS est un programme de développement à long terme qui vise à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations des villes du monde entier et à constituer un mouvement en faveur de la santé publique au niveau local. L'idée de villes-santé s'élargit à d'autres formes d'habitat, en particulier les villages-santé et les municipalités-santé.

Ecoles/universités promotrices de la santé (Ecoles/universités-santé) (Présenter la Diapo 1b-M2)

L'école/université est l'un des endroits les plus importants pour le développement physique, émotionnel et intellectuel. C'est également le milieu de travail des enseignants et des administrateurs. Le temps qu'on y passe en fait un milieu essentiel pour des interventions en santé publique ainsi que pour le suivi et la surveillance de la santé.

L'OMS définit une école/université-santé comme étant une école « dans laquelle tous les membres du milieu scolaire/universitaire travaillent conjointement afin d'offrir un environnement sain et valorisant pour les enfants, les enseignants, les autres membres du personnel, de même que les parents, destiné à favoriser la santé et l'apprentissage ».

Une école/université-santé met en œuvre des politiques, des pratiques et d'autres mesures propices à l'estime de soi des individus, offre de multiples possibilités de succès et tient dûment compte des efforts et des bonnes intentions, ainsi que des réalisations personnelles. Elle

s'emploie à améliorer non seulement la santé des élèves, mais aussi celle du personnel scolaire, des familles et des membres de la communauté (les aide à comprendre comment la communauté contribue à la santé et à l'instruction).

Expliquer aux participants que l'initiative mondiale Écoles-santé de l'OMS vise à aider toutes les écoles à devenir des écoles promotrices de la santé, par exemple en encourageant et en soutenant des réseaux internationaux, nationaux et locaux d'écoles-santé et en contribuant à renforcer les capacités nationales de promotion de la santé à l'école.

Promotion de la santé sur les lieux de travail et les marchés (Présenter la *Diapo 1c-M2*)

Les écoles, les lieux de travail, les marchés, les prisons, les hôpitaux, les communautés ne sont pas que des lieux où des services de santé et d'éducation peuvent être offerts. Ce sont des endroits où la santé peut être favorisée. Ils sont souvent le siège de beaucoup de stress qui sont nuisibles à la santé des individus et de ce fait nécessitent une attention particulière dans un processus global de promotion de la santé.

Hôpitaux promoteurs de la santé (Présenter la *Diapo 1d-M2*)

Les Hôpitaux promoteurs de la santé agissent pour promouvoir la santé de leurs patients, de leur personnel et de la population de la localité dans laquelle ils sont implantés. Ils s'emploient activement à devenir des « organisations saines ».

L'initiative « Hôpitaux promoteurs de la santé » est mise en œuvre depuis 1988. Il existe un réseau international chargé de promouvoir l'adoption plus large de cette notion dans les hôpitaux et d'autres cadres de soins.

Expliquer aux participants qu'un hôpital promoteur de la santé :

- *Offre des services médicaux et infirmiers complets de haute qualité ;*
- *Crée une image de marque englobant les buts de la promotion de la santé ;*
- *Met en place une structure et une culture organisationnelles favorables à la santé (notamment en donnant des rôles actifs et participatifs aux patients et à tous les membres du personnel) ;*
- *Devient un environnement physique favorable à la santé et coopère activement avec sa communauté.*

(2) La décentralisation administrative et territoriale

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **description de la décentralisation administrative** comme indiquée sur la diapositive de formation. (Présenter la *Diapo 2-M2*)

La **décentralisation** peut être définie comme « l'accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central ».

Il s'agit de processus variés, qui peuvent revêtir d'autres formes que le transfert de compétences à des collectivités territoriales (ce que désigne au sens juridique strict le terme décentralisation).

On distingue trois (03) principales formes de décentralisation :

- **La déconcentration** → Transfert de responsabilité à des niveaux territoriaux plus bas sans autonomie et/ou personnalité morale. Cela signifie que le niveau central garde ses pouvoirs et responsabilités pour une fonction spécifique, mais fait exercer/exécuter cette fonction par des antennes/bureaux de l'administration situés au niveau périphérique. Elle a uniquement pour but de réduire les lenteurs et lourdeurs administratives inhérents à tout système centralisé.

En Côte d'Ivoire, l'administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées que sont : les districts, les régions, les départements, les sous-préfectures et les villages.

Exemple de déconcentration : directions régionales/départementales de ministères

- **La délégation** → Transfert de responsabilités de gestion étendues, dans un domaine et pour des fonctions spécifiques à des organisations agissant en marge de la structure administrative centrale. Cela signifie que la structure administrative garde ses responsabilités et compétences, mais délègue la prestation et la gestion du service à une entité ayant les capacités requises.

Exemple : en Côte d'Ivoire la délégation de services publics est assurée dans le cadre du service de fourniture d'eau potable par la SODECI, du service de soins par les établissements de santé à base communautaire (ESCom), etc.

- **La dévolution** → Transfert de pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes.

En Côte d'Ivoire, la dévolution administrative est assurée dans le cadre de collectivités territoriales que sont : les districts autonomes, les conseils régionaux et les communes

Expliquer aux participants que le processus de décentralisation est vu comme un levier pour améliorer l'efficacité et la réactivité des systèmes, mieux adapter les réponses aux besoins en rapprochant les décisions des populations et favoriser l'implication et la participation citoyennes.

(3) La décentralisation du système sanitaire

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **la description de la décentralisation du système sanitaire** comme indiquée sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 3-M2*)

La décentralisation du système sanitaire est régie par les déclarations de l'OMS (Harare 1987) et du COP⁷ (Dakar, 2013). Elle doit être totale, en confiant le rôle de leadership pour la santé aux entités locales (ex. les conseils régionaux, les mairies, etc.).

Le District sanitaire, qui en est l'unité opérationnelle doit devenir une véritable plateforme sanitaire locale dotée d'une autonomie (prise de décisions stratégiques, gestion de ressources, mobilisation et gestion d'agents travaillant au niveau communautaire sur les DSS, etc.) afin de pouvoir agir sur les DSS au niveau local.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Depuis le 1^{er} janvier 1997, des textes portant sur la décentralisation (suite au décret d'application 96-1135 du 27 décembre 1996), ont défini les modalités de transfert de compétences en matière de santé aux régions, communes et communautés rurales.*
- *La mise en œuvre de la première phase du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2002, avait déjà marqué la collaboration étroite entre le Ministère en charge de la Santé et la fédération des élus locaux pour créer des synergies entre les deux entités.*
- *L'appropriation de la politique de décentralisation en matière de santé et la clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs de la décentralisation dans le secteur de la santé demeure un défi pour agir efficacement sur les DSS.*

⁷ Community of Practice

(4) La santé dans toutes les politiques

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les orientations pour intégrer la santé dans toutes les politiques** comme indiquées sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 4-M2*)

Une politique des pouvoirs publics favorable à la santé se caractérise par une préoccupation pour la santé et l'équité dans tous les domaines et par une responsabilité pour les effets sur la santé.

La santé dans toutes les politiques est une approche collaborative qui intègre et articule les considérations de la santé dans l'élaboration des politiques dans tous les secteurs, et à tous les niveaux, pour améliorer la santé de toutes les communautés et des personnes.

Le but principal d'une politique des pouvoirs publics favorable à la santé est de créer un environnement qui permette aux individus de mener une vie saine. Grâce à une telle politique, il est possible ou plus facile pour les citoyens de faire des choix sains. Il s'agit de travailler ensemble pour atteindre les objectifs et les politiques des autres secteurs de manière à protéger ou à promouvoir la santé.

Elle a pour effet que les environnements sociaux et physiques améliorent la santé.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La Charte d'Ottawa a mis en évidence le fait que l'action de promotion de la santé va au-delà du secteur des soins de santé, en soulignant que la santé doit constituer un sujet de préoccupation dans tous les secteurs (Multisectorialité) et à tous les niveaux des pouvoirs publics.*
- *Les gouvernements sont responsables devant les citoyens des conséquences sanitaires de leurs politiques ou de leur absence de politique.*
- *Un gouvernement soucieux de mettre en œuvre des politiques favorables à la santé doit mesurer ses investissements pour la santé, les résultats de ces derniers en matière de santé et les résultats intermédiaires en matière de santé de ces investissements et politiques. Il doit également faire rapport à ce sujet sous une forme que tous les groupes de la société comprennent aisément. La stratégie d'investissement pour la santé est étroitement liée à la notion de politique des pouvoirs publics favorable à la santé, qui relève du domaine de la promotion de la santé.*
- *Par exemple, les mesures visant à réduire les dommages corporels résultant des accidents de la circulation doivent être prises dans une coopération intersectorielle entre les secteurs : sanitaire, de la sécurité et des transports.*

(5) Le contrôle de la maladie par la Promotion de la Santé

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les orientations pour le contrôle de la maladie par la PS** comme indiquées sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 5-M2*)

Comme discuté précédemment dans le module 1, la maladie quelle qu'elle soit, suit un gradient social. La lutte contre la maladie devra alors systématiquement en tenir compte pour des résultats efficaces et durables.

Comme l'affirme R. Virchow (1848), "*Toute maladie a deux causes, une pathologique et l'autre, politique*". C'est dire toute la nécessité de prendre en compte ces deux causes à la fois dans les programmes de contrôle de la maladie et non se cantonner à la gestion directe de la cause pathologique. Comme le signale Louis Pasteur (1857), il faut reconsidérer le tandem Santé-

Maladie, car : *“La bactérie n'est rien, le terrain est tout”*, donnant ainsi toute la priorité à la cause politique.

Expliquer aux participants ce qui suit :

La maladie est causée par des facteurs qui sont dus à l'organisation de la société dans laquelle elle intervient. Ce sont les conditions dans lesquelles les gens sont conçus, naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent et qui ne sont pas du ressort du secteur de la santé.

L'amélioration de ces conditions dépend de l'organisation socio-politique qui positionne les individus sur l'échelle sociale à travers l'instruction, la formation professionnelle et l'emploi, le revenu et le soutien social.

La cause profonde à attaquer serait donc l'amélioration de ces conditions de vie de manière à donner la possibilité aux gens de se positionner à un niveau de l'échelle sociale qui leur donner une meilleure santé.

De ce fait le système sanitaire aura bien la possibilité de concentrer ses moyens sur le peu de problèmes de santé qui se poseront aux populations avec plus de possibilités de s'en sortir efficacement (CPSH, 2006).

3. Les sciences comportementales (Behavioral Insights Sciences)

Expliquer aux participants qu'il s'agit de l'action sur les déterminants comportementaux (Sciences comportementales).

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les orientations pour agir sur les déterminants comportementaux** comme indiquées sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 6-M2*)

On appelle **comportement en matière de santé** toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but⁸.

Les comportements sont un groupe de déterminants qui sous-tendent tout problème de santé d'où la nécessité de les prendre en compte de la meilleure manière pour des résultats effectifs et durables. Les comportements suivent le gradient social, c'est dire tout l'intérêt de leur faire face dans la même procédure d'amélioration des conditions de vie des individus et de la population pour obtenir de ceux-ci des actions favorables à la santé.

Les sciences comportementales montrent le chemin pour aborder avec succès les interventions de changement de comportement à travers un processus en cinq étapes, le tout en étroite collaboration avec la communauté concernée : i) **définir** le comportement, ii) **diagnostiquer** le comportement, iii) **concevoir** les interventions pour le changement, iv) **mettre en œuvre** les interventions et, v) **évaluer** la mise en œuvre.

Les actions ainsi définies sont à entreprendre dans toutes les approches ci-dessus décrites, les comportements étant présents à tous les contextes où l'application de l'une ou l'autre de ces approches est requise.

Expliquer aux participants ce qui suit :

⁸ Glossaire de la PS

- *Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risques, qui sont des comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé.*
- *On définit généralement les comportements à risques sur la base de données épidémiologiques ou d'autres données sociales. La modification des comportements à risques représente un but important de la prévention de la maladie et, traditionnellement, on utilise l'éducation pour la santé à cette fin, le mieux à faire étant l'intégration dans le processus permettant, de commun accord avec la communauté, la définition, le diagnostic, la conception d'interventions, la mise en œuvre et l'évaluation.*
- *Les comportements en matière de santé et les comportements à risques sont souvent liés entre eux dans un ensemble plus complexe de comportements appelés « modes de vie ». Dans le cadre plus large de la promotion de la santé, on peut considérer que le comportement à risques est une réaction à de mauvaises conditions de vie ou un mécanisme visant à faire face à ces dernières.*
- *Pour améliorer la santé en permettant aux individus de modifier leur mode de vie, les mesures prises doivent être orientées non seulement vers l'individu mais également vers la situation sociale et les conditions de vie, qui s'influencent mutuellement pour produire et maintenir ces types de comportement.*

Séance 2 : POLITIQUE ET PLAN D'ACTION EN PROMOTION DE LA SANTE

1. Politique et plan stratégique de Promotion de la Santé

Demander à un participant de lire, à l'intention du groupe, **les orientations sur la politique et plan stratégique de PS** comme indiquées sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 7-M2*)

La politique et plan stratégique de PS sont des processus relevant d'institutions (en particulier le gouvernement), qui définissent des priorités et les paramètres d'action compte tenu des besoins sanitaires, des ressources disponibles et d'autres pressions politiques. La politique sanitaire est souvent adoptée sous la forme d'une législation ou d'autres normes qui définissent des dispositions réglementaires et des incitations permettant d'assurer des services et de mettre en œuvre des programmes sanitaires, et garantissant l'accès à ces services et programmes.

Vision de la stratégie de PS → Tous engagés pour la promotion de la santé

Axes d'intervention :

- Renforcement des milieux sains névralgiques
- Participation et autonomisation des communautés et mobilisation de la société civile.
- Consolidation de la gouvernance et de l'action intersectorielle en vue d'améliorer la santé, le bien-être et agir sur les DSS.
- Renforcement des systèmes et les services sanitaires par l'intégration d'une approche de la promotion de la santé.

Préalables de la réussite des plans d'action nationaux

- La **volonté politique** existe
- La **vision** et les **objectifs** sont **précis**
- Les principaux acteurs ont une **convergence de vues** sur la nécessité de l'élaboration et de la mise en œuvre conjointe
- Les **rôles et les responsabilités** de toutes les **parties prenantes** sont **précisés**
- Les **mécanismes** pour le **suivi, l'évaluation, la documentation et la diffusion des résultats** sont mis en place
- Les **ressources sont allouées** aux programmes de promotion de la santé et les **mécanismes assurant l'obligation de rendre compte**, sont **transparents**
- Le **plaidoyer** et la **mobilisation** sont **permanents**
- Les **réseaux d'institutions et de professionnels** intervenant dans la promotion de la santé sont **renforcés**
- Les **bases factuelles** pour assurer la **diffusion des résultats des recherches et documenter les expériences** existent
- Les **mécanismes de coordination interministérielle** existent au plus haut niveau

Expliquer aux participants que :

- *Les résultats de santé restent alarmants malgré la multiplicité d'actions mises en œuvre parce que les politiques sanitaires n'intègrent pas réellement le principe de la santé dans toutes les politiques. Elles sont trop centrées sur les services et les programmes sanitaires.*

- *Comme c'est le cas de la plupart des politiques, les politiques sanitaires résultent d'un processus systématique d'obtention d'un appui pour des actions de santé publique inspirées de données disponibles complétées par les préférences des communautés, les réalités politiques et la disponibilité de ressources. Ces politiques accompliront à l'avenir des progrès si elles sont définies comme des politiques des pouvoirs publics favorables à la santé.*

2. Ressources nécessaires à l'action promotrice de santé

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les caractéristiques des ressources nécessaires à l'action promotrice de santé** comme indiquées sur la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 8-M2**)

Il s'agit des **ressources humaines et matérielles**, des **structures organisationnelles et administratives**, des **politiques, réglementations et incitations** qui facilitent une action organisée de promotion de la santé en vue de faire face à des questions et défis de santé publique.

Elles peuvent résider dans des structures organisationnelles très diverses, dont des organismes de soins de santé primaires, des pouvoirs publics, du secteur privé et du secteur non gouvernemental, des organisations d'entraide et des organismes et fondations spécialisés dans la promotion de la santé, etc.

La principale **ressource humaine** est constituée par le personnel de santé en général, les travailleurs d'autres secteurs que la santé (par exemple l'enseignement, la protection sociale, etc.) et des non-professionnels qui agissent au sein des communautés.

L'investissement (ressources financières) pour la santé désigne des ressources qui sont affectées spécifiquement à l'obtention de la santé et de progrès en matière de santé. Ces ressources peuvent être investies par des organismes publics et privés, ainsi que par des individus et des groupes.

Pour l'action sur les DSS, les ressources nécessaires sont celles disponibles d'une manière générale dans tous les autres secteurs. Le secteur de la santé devra contribuer, par le biais de l'approche de la santé dans toutes les politiques, à ce que leur utilisation ne compromette pas la santé. Cette étape est fondamentale quant à l'efficacité des ressources spécifiques mises à la disposition du secteur de la santé.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *L'investissement pour la santé ne se limite pas à des ressources consacrées à la prestation et à l'utilisation des services de santé, et peut comprendre, par exemple, des investissements réalisés par des individus et des groupes dans les domaines de l'enseignement, du logement, de l'attribution de moyens d'agir aux femmes ou de l'épanouissement des enfants, etc.*
- *Les stratégies d'investissement pour la santé reposent sur des connaissances relatives aux déterminants de la santé et visent à obtenir un engagement politique en faveur de politiques des pouvoirs publics favorables à la santé.*
- *Un plus grand investissement pour la santé suppose une réaffectation des ressources du secteur sanitaire en direction de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, ainsi qu'une proportion importante des investissements réalisée par des personnes dans le contexte de leur vie quotidienne.*

Séance 3 : SYSTEME DE SANTE ET ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

1. Ressources Humaines (RH) pour la promotion de la santé (PS)

Expliquer aux participants que :

- *Tous sont des professionnels de la santé.*
- *Actuellement, la principale ressource humaine en PS est constituée par le personnel de santé en général, les travailleurs d'autres secteurs que la santé (par exemple l'enseignement, la protection sociale, etc.) et des non-professionnels qui agissent au sein des communautés.*
- *Promouvoir la santé, c'est-à-dire réduire les inégalités sociales de santé, nécessite la formation des acteurs en la matière → **un personnel spécialisé dans la Promotion de la Santé***

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les caractéristiques des RH promotrices de la santé** comme indiquées sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 9-M2*)

Profil du Promoteur de la santé :

- Leadership
- Un bon Manager
- Maîtrise du profil sanitaire
- Connaissance de la culture (sociologie, anthropologie, etc.)
- Connaissance de la législation
- Légitimité sociale
- Capacité de persuasion (un bon communicateur)
- Connaissance des partenaires au développement sanitaire (notamment leur mode de fonctionnement)

Rôles du Promoteur de la santé :

- Contribuer à mettre en évidence les liens de causalité entre la santé et les autres secteurs
- Mettre en valeur les atouts de ses partenaires
- Contribuer à mettre en place les partenariats inter et extra santé
- Contribuer à l'harmonisation des relations entre les différents niveaux (du Gouvernement, jusqu'au niveau périphérique)

Rôles principaux du promoteur de la santé dans le secteur sanitaire

- Contribuer à réduire les résistances au sein du secteur santé
- Mettre en œuvre un agenda de plaidoyer/lobbying en faveur de la PS, en direction des législateurs
- Mettre en valeur les atouts des secteurs partenaires pour la PS
- Contribuer à rendre effectif le partenariat inter-santé
- Contribuer à l'harmonisation des différents niveaux de la santé

Rôles secondaires du Promoteur de la santé :

- Veiller à la cohérence des activités multisectorielles
- Inciter à réaliser des études d'impact sanitaire des projets et actions autres que ceux du

secteur sanitaire.

Expliquer aux participants que :

- *La tâche principale du promoteur de la santé consiste à fournir une orientation technique sur la composante promotion de la santé des programmes sanitaires et programmes connexes ;*
- *Le promoteur de la santé appuie également des secteurs autres que ceux sanitaires afin d'aborder la question des déterminants sociaux de la santé.*

2. Structuration du Ministère en charge de la santé pour l'action sur les DSS

Expliquer aux participants que :

Le système de santé doit avoir des mécanismes favorisant clairement la collaboration multisectorielle et les partenariats en son sein et à différents niveaux de la société. Ainsi, une réforme du système de santé s'impose.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les éléments de la réforme du système de santé** comme indiqués sur la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 10-M2*)

Eléments de la réforme du système de santé

- Réorganisation du niveau central du système
 - Cabinet
 - **Direction nationale de la PS** ≠ l'actuel DSCPS⁹
 - **Direction de la santé dans toutes les politiques**
 - **Direction de la lutte contre la maladie** (Lutte contre les MT et les MNT)
 - **Direction des milieux pour la santé**
 - Villes et villages en santé
 - Ecoles en santé
 - Hôpitaux en santé
 - PS sur les lieux de travail
 - Direction Administration, matériel et RH
 - etc.
- Décentralisation totale du système avec des Districts sanitaires autonomes assurant le rôle de leadership pour la santé au niveau local.

Expliquer aux participants que si l'objectif est d'agir efficacement sur les DSS, il sera nécessaire de considérer cette proposition de restructuration du secteur en charge de la santé pour avoir un système de santé qui réponde à ses prérogatives avec des résultats effectifs et durables d'amélioration de la santé des populations.

⁹ Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé (DSCPS)

Troisième partie : RESUME DU MODULE 2

Objectif 1 : Décrire les approches ainsi que la structuration du système de santé pour l'action sur les DSS

Cinq (05) principales approches :

- (1) **Les approches des milieux** (école, lieu de travail, hôpital, village et ville en santé)
- (2) **La décentralisation administrative** (accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central)
- (3) **La décentralisation du système sanitaire** (District sanitaire collaborant étroitement avec le gouvernement local pour l'action sur les DSS)
- (4) **La santé dans toutes les politiques** (politique des pouvoirs publics favorable à la santé)
- (5) **Le contrôle de la maladie par la PS** (un secteur sanitaire qui vise systématiquement les deux causes de la maladie dans tous les projets programmes visant la santé)

Dans toute l'action sanitaire, tenir compte des déterminants comportementaux, dans un processus bien organisé défini par les sciences comportementales pour le changement des comportements sous-tendant les problèmes de santé.

Éléments clés de la réforme du système de santé :

- Création de directions dédiées à la PS, la santé dans toutes les politiques, la lutte contre la maladie, la gestion des milieux en santé.
- Décentralisation totale du système avec des Districts sanitaires autonomes assurant le rôle de leadership pour la santé au niveau local en étroite collaboration avec le gouvernement local.

Objectif 2 : Définir les grandes lignes de la politique et d'un plan d'action de promotion de la santé (PS)

Les politiques sanitaires accompliront à l'avenir des progrès si elles sont définies comme des politiques des pouvoirs publics favorables à la santé (offrant la possibilité aux citoyens de faire des choix sains).

EXERCICES PRATIQUES



45 minutes

Tester les connaissances des participants à partir de l'exercice suivant :

Analyser quelques PNDS au choix de la région africaine.

1) Identifier l'utilisation des concepts ci-après dans le PNDS étudié :

- ☞ DSS
- ☞ Équité en santé / Inégalités sociales de santé
- ☞ Santé dans toutes les politiques
- ☞ Villes santé
- ☞ Littératie en santé
- ☞ Gouvernance

2) Formuler des propositions d'action pour la réorganisation des PNDS pour une action d'amélioration de la santé des populations.

Module 3 :
COMMUNICATION
SUR LES RISQUES
ET ENGAGEMENT
COMMUNAUTAIRE
(CREC)

Première partie : INTRODUCTION

Expliquer aux participants que ce module fournit des **orientations sur les éléments de base ainsi que les approches et stratégies de la CREC**

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les objectifs d'apprentissage et le guide pédagogique du module 3** comme indiqué dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 0-M3*)

I. Objectifs d'apprentissage

A la fin de ce module, les participants seront en mesure de :

1. Définir et faire la différence entre les notions/concepts de : **Communication, communication interne et externe, communication publique, communication de crise, Engagement Communautaire, perception, rumeur, désinformation, Infodémiologie**
2. Définir les **cinq (05) éléments de base de la communication**
3. Décrire les **quatre (04) éléments clés d'un système CREC**
4. Décrire les **sept (07) étapes de base de la communication et coordination des partenaires**
5. Définir les **sept (07) clés (7C)** de la communication de crise
6. Définir les **quatre (04) catégories d'influenceurs et leur mode de gestion**
7. Définir les **Quatre (04) composantes des approches centrées sur la communauté**
8. Décrire les **cinq (5) étapes de la gestion des rumeurs**

II. Guide pédagogique

Durée	Sous-thème	Méthode d'enseignement
10 mn	INTRODUCTION	
5 mn	Objectifs d'apprentissage du module 3	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
5 mn	Présentation du guide pédagogique	Brève description par le Formateur/Facilitateur
30 mn	Séance 1 : GENERALITES SUR LA CREC	
5 mn	Définition du concept	Exposé et discussions
5 mn	Cadres sanitaires internationaux d'application de la CREC	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
5 mn	Cinq (05) piliers de la CREC	Exposé et discussions
5 mn	Application de la CREC	Exposé et discussions
10 mn	Composantes de la CREC	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
60 mn	Séance 2 : LE SYSTEME CREC	
5 mn	Rappel du modèle intégré de la CREC	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur

55 mn	Principaux éléments d'un système CREC	Exposé et discussions
60 mn	Séance 3 : COMMUNICATION & COORDINATION INTERNE ET AVEC LES PARTENAIRES	
5 mn	Rappel du modèle intégré de la CREC	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
20 mn	Éléments de la communication et coordination	Exposé et discussions
10 mn	Communication et Coordination interne	Exposé et discussions
25 mn	Communication et Coordination des partenaires	Exposé et discussions
60 mn	Séance 4 : COMMUNICATION PUBLIQUE	
5 mn	Rappel du modèle intégré de la CREC	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
20 mn	Éléments de la communication publique	Exposé et discussions
10 mn	Cibles de la communication publique	Exposé et discussions
15 mn	Principes de la communication publique	Exposé et discussions
5 mn	Acteurs de la communication publique	Exposé et discussions
5 mn	Supports/canaux de la communication publique	Exposé et discussions
120 mn	Séance 5 : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE (EC)	
5 mn	Rappel du modèle intégré de la CREC	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
20 mn	Éléments de l'engagement communautaire (EC)	Exposé et discussions
40 mn	Fondamentaux de l'EC	Exposé et discussions
10 mn	Principes/Acteurs de l'EC	Exposé et discussions
45 mn	Importances des sciences sociales / comportementales	Exposé et discussions
60 mn	Séance 6 : PERCEPTION ET GESTION DES RUMEURS	
5 mn	Rappel du modèle intégré de la CREC	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
10 mn	Définition des terminologies	Exposé et discussions
15 mn	Méthodologie de la gestion des rumeurs	Exposé et discussions
15 mn	Veille des sources des rumeurs	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
15 mn	Infodémiologie	Exposé et discussions
25 mn	RESUME DU MODULE 3	
55 mn	EXERCICES PRATIQUES	
		Travaux de groupe et discussions en plénière
Durée du module 3 = 480 mn (8H)		

Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU

Séance 1 : GENERALITES SUR LA CREC

1. Définition du concept

- I. Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **définition de la CREC** comme indiqué dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 1-M3*)

La **CREC** est une composante essentielle d'une réaction efficace aux urgences de santé publique. Elle fait :

- Référence à l'échange d'informations, de conseils et d'opinions en temps réel entre des experts ou des autorités et des personnes confrontées à un danger (une menace) pour leur survie, leur santé ou leur bien-être économique ou social.
- Usage d'une combinaison de stratégies et tactiques de communication et d'engagement, incluant mais sans s'y limiter, médias, réseaux sociaux, campagnes de sensibilisation de masse, promotion de la santé, engagement des parties prenantes, mobilisation sociale et engagement de la communauté.

Expliquer aux participants que le but ultime de la CREC est que toute personne à risque puisse prendre des décisions éclairées pour atténuer les effets de la menace (danger), comme une épidémie, et prendre des mesures de protection et de prévention.

2. Cadres sanitaires internationaux d'application de la CREC

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La santé, comme le stipule la Constitution de l'OMS, est un droit de l'homme et fait partie de la justice sociale. Une opinion informée et une coopération active de la part du public sont de la plus haute importance pour l'amélioration de la santé de la population.*
- *La CREC est l'une des huit capacités de base pour l'atténuation des effets et des résultats des événements sanitaires et les urgences (International Health Regulations, 2005).*
- *La CREC est l'une des cinq stratégies du cadre du Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework.*
- *La CREC est une capacité essentielle du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005) qui prépare tous les secteurs (sanitaires et non sanitaires) à des urgences potentielles par la coordination et le partage d'informations.*

NB : Fournir ce lien : <https://www.paho.org/fr/documents/cd58inf1-mise-oeuvre-du-reglement-sanitaire-international> aux participants qui souhaiteraient avoir plus d'information sur le RSI.

3. Les cinq (05) piliers de la CREC

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les cinq (05) piliers de la CREC** comme indiqué dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 2-M3*)

- La **crédibilité** → repose sur la réputation, l'expertise et les compétences de l'acteur/organisation qui communique.

Expliquer aux participants que la crédibilité peut être entachée si les gens ont l'impression que vous leur mentez ou que vous cachez des informations

- L'**empathie** → manifester de l'intérêt pour le sort des personnes touchées et les respecter dans la façon de présenter l'information. Il s'agit ici surtout de **gestes d'entraide**, c'est-à-dire montrer que nous partageons avec la communauté les mêmes préoccupations et que nous sommes ensemble face à la situation.
- La **confiance** → renforce l'adhésion aux messages
- Les **informations techniques** → basées sur des faits (si possible) et adaptées à la langue et au contexte

Expliquer aux participants que des porte-paroles crédibles (Scientifiques ou leaders d'opinion) peuvent apporter des changements significatifs.

- Les **croyances et les valeurs** des communautés montrent comment elles perçoivent les informations venant des experts ou des officiels

4. Application de la CREC

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Bâtir et maintenir la confiance est fondamentale, car grâce à la confiance, un conseil de santé publique donné lors d'une urgence sera pris au sérieux*
- *Lors des urgences, la CREC se déroule dans un environnement complexe et changeant où l'information est incomplète → contexte d'incertitude*
- *Une Communication interne proactive et la coordination avec les partenaires avant, pendant et après une urgence est cruciale pour s'assurer d'une CREC efficace, cohérent et digne de confiance qui fournit des informations et s'intéresse aux préoccupations du public*
- *Lors des urgences, les activités de CREC allient transparence et rapidité, en prenant en compte ce qui est connu et ce qui ne l'est pas encore.*

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les modalités d'application de la CREC** comme indiqué dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 3-M3*)

- **Etre proactif lors des communications publiques**

Expliquer aux participants que toute communication publique (y compris par les médias et par d'autres canaux privilégiés auprès des populations touchées et des parties prenantes, même si l'information est incomplète) prévient les rumeurs et la désinformation, tout en faisant preuve de transparence et de sincérité.

- **Impliquer et engager les communautés affectées**

Expliquer aux participants que l'engagement communautaire n'est pas optionnel, car les communautés doivent être au cœur de toute réponse lors d'une urgence de santé.

- **Utiliser des approches intégrées**

Expliquer aux participants que toutes les composantes de la communication sur les risques doivent être mises ensemble pour une communication de risques d'urgence efficace (média et réseaux sociaux, mobilisation sociale, promotion de la santé, engagement communautaire).

- **Renforcer les capacités nationales, s'assurer de l'appropriation nationale**

Expliquer aux participants que renforcer les politiques, les plans, former le personnel, les processus, etc., des partenaires clés, les ONG, les journalistes, et autres acteurs nationaux et internationaux est essentiel pour la préparation d'une communication de risques efficace lors des urgences de santé.

5. Composantes de la CREC

Expliquer aux participants que la CREC suit le continuum : Information & Engagement → Décision → Action (réduction du risque).et se développe suivant le modèle ci-dessous (Présenter et expliquer la *diapo 4-M3*) :

Un modèle intégré pour la communication des risques en situation d'urgence

Adapté du nouvel outil d'évaluation RSI – OMS



Séance 2 : LE SYSTEME CREC

1. Rappel du modèle intégré de la CREC

Rappeler le modèle intégré de la CREC en insistant sur l'aspect de ce modèle qui sera traité dans cette séance. (Présenter et expliquer la *Diapo 4a-M3*)

Un modèle intégré pour la communication des risques en situation d'urgence

Adapté du nouvel outil d'évaluation RSI – OMS



2. Principaux éléments d'un système CREC

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les éléments du système CREC comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la *Diapo 5-M3*)

Un système CREC est composé des **quatre (04) éléments clés** suivants :

- **Un cadre institutionnel**
- **Des ressources humaines formées**
- **Un plan doté de ressources financières**
- **Des exercices de simulation et tests**

(1) Le cadre institutionnel de la CREC (Présenter la *Diapo 5a-M3*)

Il s'agit de l'organisation gouvernementale officielle comprenant un plan de communication des risques d'urgence (CRU) multirisques et multisectoriel révisé au cours des 24 derniers mois, y compris les normes et procédures opérationnelles (NPO) pour des communications rapides et transparentes.

Le renforcement du cadre institutionnel de la CREC commencera par l'identification des besoins urgents et des lacunes dans les pays avec l'**outil d'auto-évaluation CRU**.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La mission de cartographie des capacités de la CRU vise à examiner les domaines d'intervention prioritaires de CRU, qui seront traités dans le plan CRU et dans une feuille de route nationale de renforcement des capacités de la CRU.*
- *Les principaux éléments d'appréciation du cadre institutionnel son l'existence ou non : d'un plan CRU, d'une approche multirisque, de protocole pour partager des informations, de listes de distribution non limitées, de normes et procédures opérationnelles (NPO) pour des communications rapides et transparentes, d'un bon mécanisme d'écoute, d'une procédure pour gérer les rumeurs, de canaux de communication efficaces bien identifiés, de test de message et de tets de suivi et d'évaluation.*

(2) Les ressources humaines (Présenter la *Diapo 5b-M3*)

Les catastrophes réunissent de nombreuses personnes avec des formations, des expériences et des parcours différents.

Ces événements peuvent créer un stress qui complique la gestion des ressources humaines.

Un système national CREC pleinement opérationnel est établi avec une équipe centrale dédiée responsable de ce domaine, avec un personnel et des bénévoles raisonnablement qualifiés et/ou formés.

On distingue les **trois (03) types** de formation suivants :

- **Formation CREC régulière** pour le renforcement des capacités dans les structures nationales et locales de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Les formations de l'organisation et des partenaires CREC doivent être menées au moins une fois par an dans le but que les participants connaissent le système, les méthodologies, les rôles et les responsabilités.
- **Formation CREC pour le personnel devant s'occuper des situations d'urgence.** La préparation et la formation du personnel à la communication des risques en cas d'urgence devraient être organisées régulièrement et devraient se concentrer sur la coordination interinstitutionnelle.
- **Formation CREC spécifique** (Engagement communautaire, Porte-parole, Médias, Numéro vert, etc.). Les porte-parole doivent être formés au moins une fois par an et s'exercer régulièrement sur les menaces potentielles pour la santé. Une fois que la capacité de pointe **est** connue (le pic de l'urgence), le personnel doit être formé une fois par an par le biais d'exercices basés sur la pratique.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La formation a l'avantage de réduire l'incertitude et de renforcer la confiance.*
- *Tenir à jour la liste des personnes de communication formées ayant des compétences spécifiques.*
- *Actualiser régulièrement la formation, notamment : la révision et la mise à jour du plan CREC, la discussion sur les rôles, la simulation ou les exercices sur la pratique de communication des risques, la gestion des médias sociaux, etc.*
- *Des guides rapides et des sessions de formation rapides (aux tâches spécifiques de riposte à l'urgence et à la vérification d'éléments tels que les numéros de téléphone, les adresses courrielles et autres contacts à jour, la connaissance des NPO, etc.) doivent être préparés*

pour former le personnel d'urgence au début d'une urgence

(3) Le plan doté de ressources financières (Présenter la *Diapo 5c-M3*)

Le plan CREC nécessite des ressources financières et des mécanismes pour leur intensification, allocation régulière, croissance et entretien.

Le financement est considéré comme un défi majeur, tombant dans l'écart entre les programmes de développement et de secours.

On distingue **deux types de budget** pour le financement d'un système CREC :

- **Budget CREC régulier**, composante de la budgétisation de base pour la préparation, la riposte et le rétablissement en cas d'urgence. Ce budget couvre les lignes de personnel (au moins un responsable du CREC financé parmi le personnel), activités, matériels et formation (renforcement progressif du personnel pour inclure la capacité de stratégie, de suivi et d'évaluation).
- **Budget CREC pour les urgences** qui est consacré aux besoins CREC de la riposte et représente au moins 10% du budget CREC régulier (ajuster en fonction de l'urgence).

(4) L'exercice de simulation et les tests (Présenter la *Diapo 5d-M3*)

Le plan CRU doit être testé au moins une fois tous les deux ans par des exercices de simulation qui peuvent être des exercices sur table ou des tests. Ces exercices (sur table, simulations, tests) se concentrent sur la coordination entre les agences, le renforcement des compétences dans le traitement des médias et la conception de messages sensibles aux besoins et à la compréhension du public.

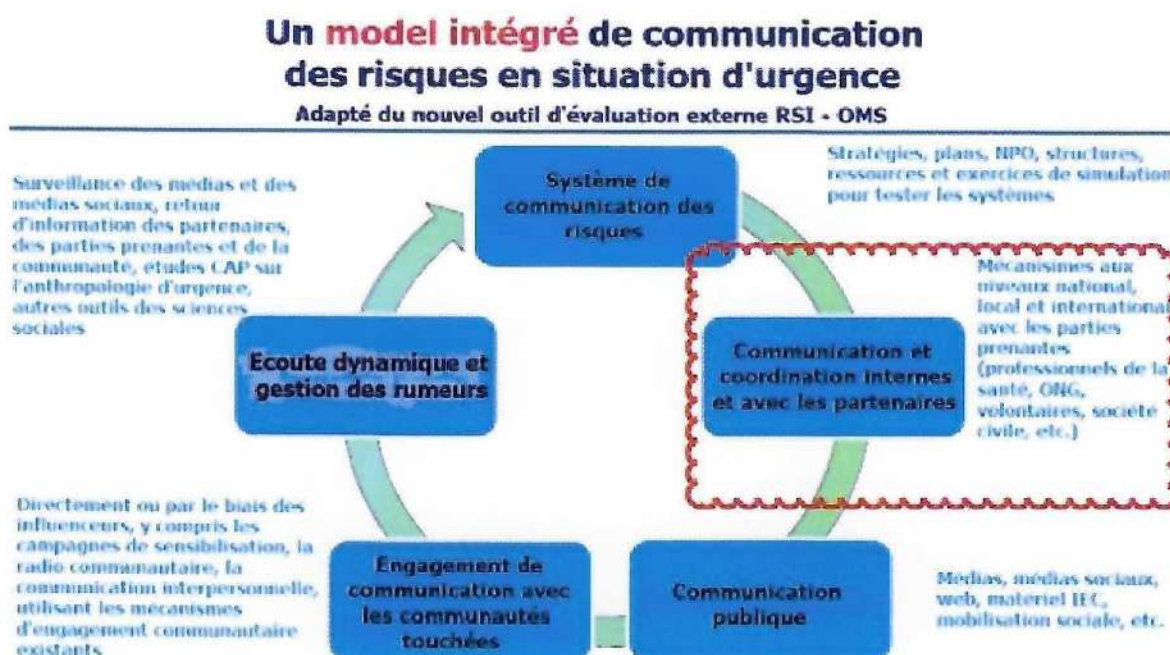
Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Les exercices de simulation sont un instrument permettant d'identifier les forces et les lacunes dans le développement et la mise en œuvre des capacités du RSI.*
- *Les exercices de simulation, ainsi que les examens après action, représentent l'évaluation fonctionnelle des capacités de préparation et de réponse en matière de santé publique et complètent les rapports annuels des États parties, les examens indépendants et les évaluations externes conjointes.*

Séance 3 : COMMUNICATION & COORDINATION INTERNE ET AVEC LES PARTENAIRES

1. Rappel du modèle intégré de la CREC

Rappeler le modèle intégré de la CREC en insistant sur l'aspect de ce modèle qui sera traité dans cette séance. (Présenter et expliquer la *Diapo 4b-M3*)



2. Éléments de la communication et coordination

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Quel que soit le programme dans lequel nous travaillons, nous communiquons. Nous utilisons la communication pour identifier les besoins, motiver à prendre part aux activités, combattre les rumeurs, amener à faire des choix éclairés et utiliser correctement les méthodes et pratiques recommandées.*
- *Communication vient de « Communicare » (en latin) qui signifie mettre en commun, être en relation. Cette définition de base s'est muée au fil des siècles en « communier u communion » qui relève la notion de partage (à deux ou à plusieurs) puis au sens de « transmettre »*

- II. Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les éléments de la communication comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la *Diapo 6-M3*)

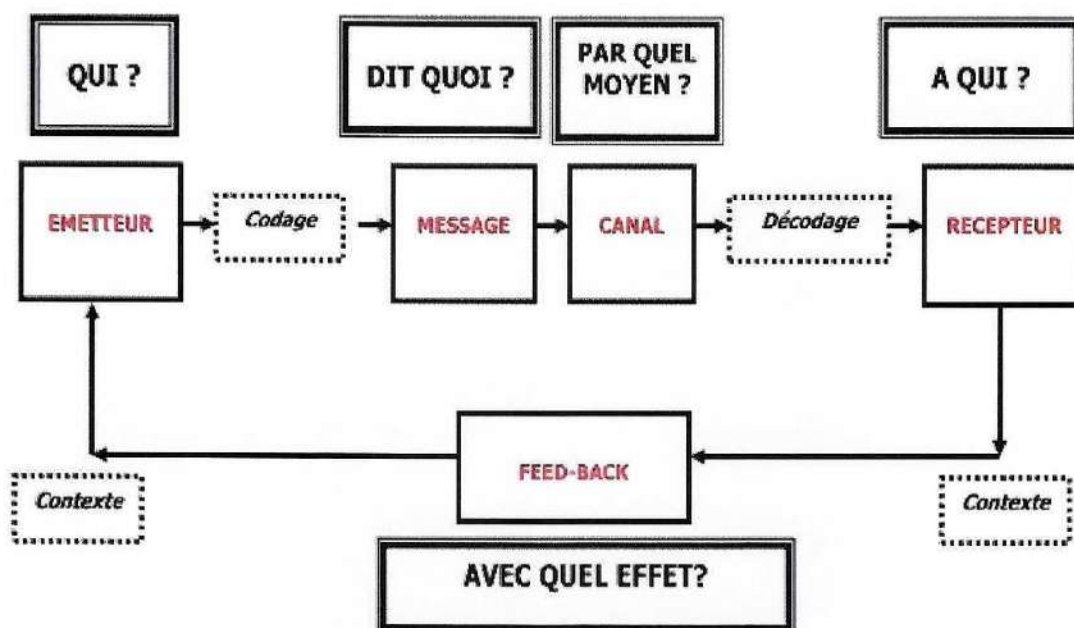
La **communication** peut être définie comme un **processus** par lequel un **individu entre en relation avec un autre individu ou un groupe d'individus** afin d'échanger des **informations** (idées, connaissances).

Dans le cadre de la CREC, c'est un processus interactif dans lequel les partenaires

(les « participants au processus »), interagissent et échangent, individuellement ou en groupes, des idées, des connaissances, des informations, des valeurs, des expériences, des perceptions, (etc.) en utilisant divers moyens ou canaux (interpersonnels, de groupe ou de masse, modernes ou « traditionnels »).

Cinq (5) éléments importants constituent la base de la communication tels que présentés ci-dessous.

Schéma descriptif des éléments de base de la Communication



Source : Manuel de formation des Relais Communautaires en santé maternelle et néonatale et en techniques de communication

L'EMETTEUR : C'est celui qui parle ou donne l'information. C'est la source de la communication. Il peut s'agir d'une personne ou d'un groupe de personnes. La réussite ou l'échec de la communication dépend en partie de cette source.

LE MESSAGE : C'est ce qui est dit ou l'information qui est donnée par l'Emetteur. Le message peut être oral, écrit, visuel ou composé de gestes. L'Emetteur utilise des codes tels que la langue, les gestes, etc. pour transmettre son message.

LE CANAL : C'est le moyen ou le support utilisé par l'Emetteur pour véhiculer ou transmettre le message.

LE RECEPTEUR : C'est celui qui reçoit le message, l'interprète et le comprend. Il peut être une personne ou un groupe de personnes qui reçoit le message en écoutant, lisant ou regardant.

LE FEED-BACK OU RETROACTION : C'est la réaction ou la réponse au message reçu. Il permet de savoir si le message a été reçu et bien compris, de corriger les déformations (décalages) et de vérifier qu'il a atteint ou non son but.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- Dans la vraie vie, la communication suit un processus interactif. Le récepteur a donc des capacités d'émettre et l'émetteur a des capacités d'écoute. L'émetteur doit composer son message en fonction du niveau de compréhension du récepteur. Si le code (langue

ou le moyen) n'est pas compréhensible par le récepteur), il ne peut y avoir communication.

- *La communication & la coordination internes proactives avec les partenaires avant, pendant & après une urgence sont essentielles pour assurer une communication sur les risques dignes de confiance, cohérente et efficace, traitant à la fois les informations et les préoccupations publiques.*

3. Communication et Coordination interne

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **la communication et coordination interne** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 7-M3**)

La communication interne est la transmission d'informations entre les membres de l'organisation ou des parties de l'organisation. Elle se déroule à tous les niveaux et unités organisationnelles d'une organisation.

Six (06) recommandations pour améliorer la communication interne et faciliter la circulation de l'information :

- Convenir du **Flux d'informations** avec responsabilités et approbation
- Utiliser des **outils** en ligne et fournir un hub/référentiel central d'informations
- Établir des **processus** réguliers et définis (outils, fréquence, NPO)
- **Informer** l'équipe et assurer la compréhension du contenu
- Avoir une **discussion ouverte** pour partager des préoccupations et idées (dans les deux sens)
- Mettre un place un dispositif d'**appel d'urgence**

Expliquer aux participants que le but de la communication interne n'est pas de dire aux gens quoi faire. Il s'agit de créer une compréhension et un sens partagés. Ce n'est que lorsque cela se produit que les gens peuvent travailler ensemble pour atteindre les mêmes objectifs.

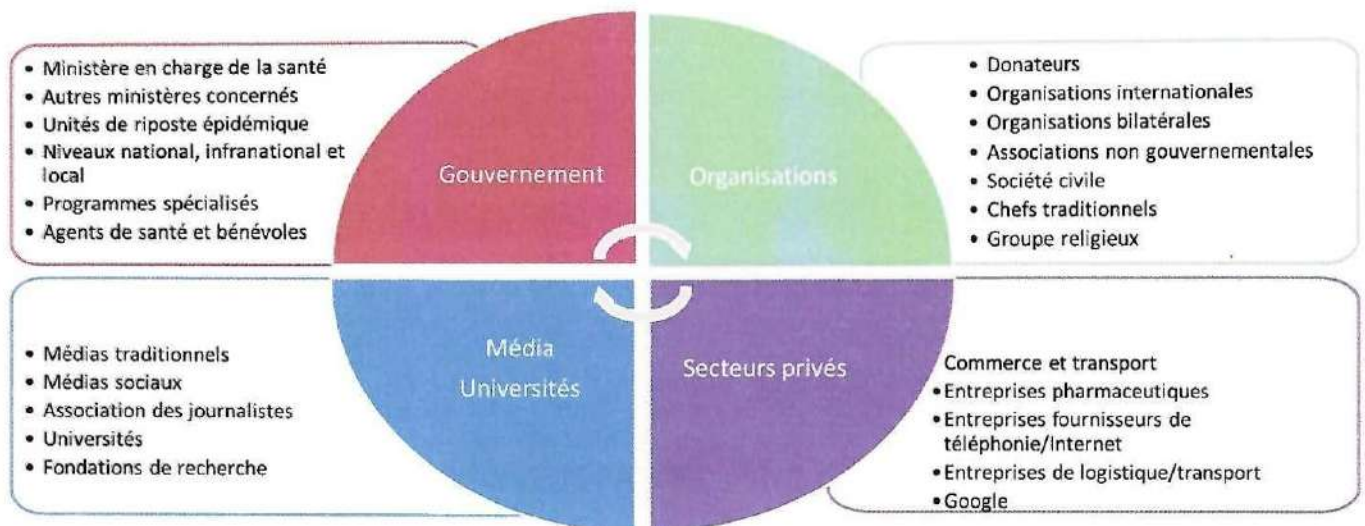
« Une communication interne efficace relie non seulement les gens entre eux, mais aussi avec les bonnes informations au bon moment. » (Marijn Deurloo, CEO, imgZine)

4. Communication et Coordination des partenaires

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Les urgences complexes sont la norme, d'où l'impact de la multisectorialité et la participation d'acteurs multiples et divers.*
- *Une réponse efficace dépend de la coordination de ces nombreux partenaires dédiés à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations touchées par les situations d'urgence.*

Quatre (04) catégories de partenaires sont à distinguer, tels que décrites dans le graphique ci-dessous (projeter le graphique et expliquer) :



Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Lors de l'inventaire des partenaires (en particulier externes), il est important de penser en termes de ressources humaines, d'accès aux atouts spécifiques, d'accès aux zones reculées, etc. car les « ressources » ne se limitent pas qu'à l'aspect financier, mais englobent tous les types de ressources capables de contribuer à l'action.*
- *La coordination des partenaires doit être lancée en temps de paix, c'est-à-dire avant la crise/urgence.*

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **comment communiquer et coordonner les partenaires** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 8-M3**)

Une fois les partenaires identifiés et classés, l'étape suivante consiste à opérationnaliser ces partenariats. Elle se fait suivant les **sept (07) étapes** de base ci-dessous répertoriées :

- (1) Cartographier les partenaires** (en tenant compte des différentes catégories ci-dessus décrits)
- (2) Créer une équipe de travail ou un groupe de travail**

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *L'équipe/groupe de travail est chargé de*
 - *Faciliter l'établissement de solides relations de travail et de collaboration avec les partenaires*
 - *Renforcer la communication de routine*
 - *Assurer une riposte coordonnée et immédiate de toutes les autorités concernées.*
- *Il est important pour l'efficacité de cette équipe que des relations existent entre les intervenants avant un incident, qu'ils échangent régulièrement des informations.*

- (3) Se mettre d'accord sur les rôles et les responsabilités**
- (4) Coordonner/adapter les messages avant de les rendre publics**
- (5) Se mettre d'accord sur qui publie quoi/quand/comment**

(6) Partager des informations sur ce que chaque organisation dit publiquement = une seule voix

(7) Utiliser les canaux des uns et des autres

Expliquer aux participants que la coordination efficace assure des messages cohérents à travers un plus grand nombre de canaux. Cela à l'avantage de : réduire la confusion, augmenter la confiance, augmenter la probabilité que les recommandations soient suivies et renforcer la riposte globale des communications.

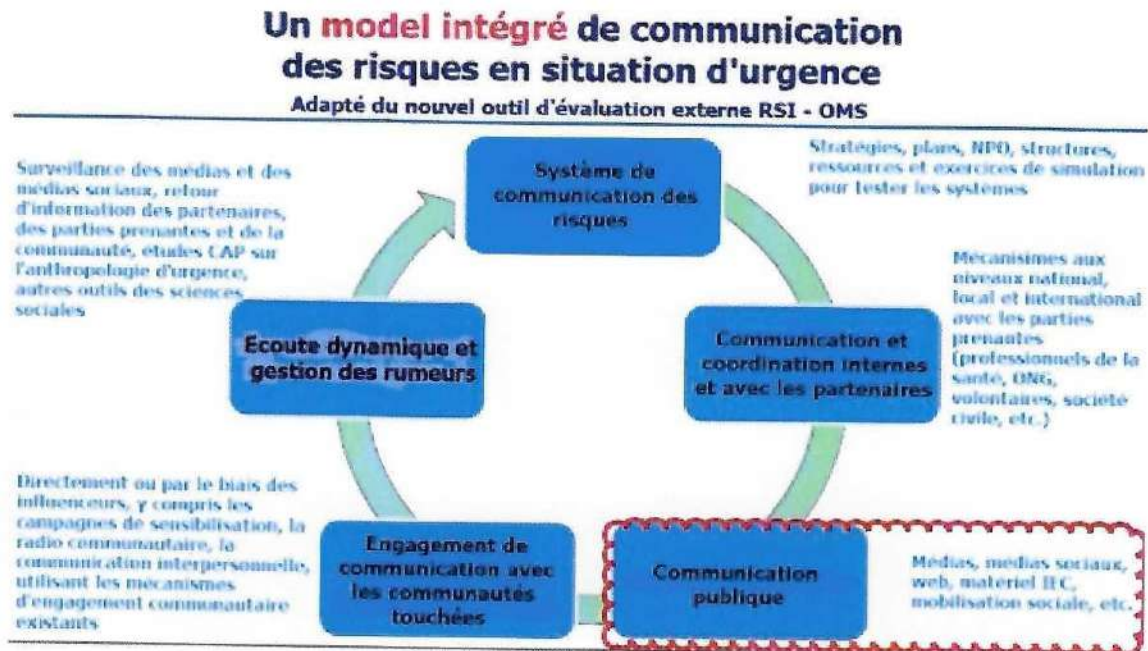
Les informations sur les partenaires et leurs ressources sont compilées dans la matrice ci-dessous :

Partenaires/ Ressources	<i>Lister différents partenaires identifiés</i>		
<i>Lister les principales ressources identifiées en regard de chaque partenaire</i>	-		

Séance 4 : COMMUNICATION PUBLIQUE

1. Rappel du modèle intégré de la CREC

Rappeler le modèle intégré de la CREC en insistant sur l'aspect de ce modèle qui sera traité dans cette séance. (Présenter et expliquer la *Diapo 4c-M3*)



2. Eléments de la communication publique

Rappeler les cinq (05) éléments de base de la communication développé dans la séance précédente :

- **L'Emetteur** → personne ou d'un groupe de personnes qui parle ou donne l'information.
- **Le Message** → ce qui est dit ou l'information (oral, écrit, visuel ou composé de gestes) qui est donnée par l'Emetteur à partir de codes tels que la langue, les gestes, etc.
- **Le Canal** → moyen ou le support utilisé par l'Emetteur pour véhiculer ou transmettre le message.
- **Le Récepteur** → personne ou un groupe de personnes qui reçoit le message (en écoutant, lisant ou regardant), l'interprète et le comprend.
- **Le Feed-back ou Rétroaction** → réaction ou réponse au message reçu.

Expliquer aux participants que :

- Dans une crise grave, toutes les personnes affectées prennent les informations différemment, les traitent différemment et agissent différemment.
- La façon de communiquer avec la communauté peut ne pas être efficace pendant et après une crise, d'où l'importance de maîtriser la communication publique.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **communication publique** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la *Diapo 9-M3*)

Pourquoi utiliser la communication publique ?

- En cas d'urgence¹⁰, l'information est essentielle pour que les populations prennent des décisions éclairées
- Le moyen le plus rapide d'atteindre un large public dans un bref délai, de manière rentable
- Le bon message, de la bonne personne, au bon moment peut sauver des vies
- Rechercher la coopération du public
- Répondre aux préoccupations et aux craintes des gens

Une communication publique réussie dépend de la **crédibilité et de la confiance** qui se construit autour des éléments suivants :

- Être transparent et honnête, ouvert sur l'incertitude
- Développer de l'empathie en reconnaissant la peur et la souffrance des personnes touchées
- Développer des messages compréhensibles, exacts, clairs, court et crédibles
- Engager et impliquer le public et la population touchée
- Coordonner, harmoniser et parler d'une seule voix
- Écouter, répondre aux préoccupations, recueillir des commentaires afin de s'adapter

Les sept (07) clés de la communication de crise → les « **(7) C** »

Il s'agit des qualités nécessaires pour un bon porte-parole. Il est important qu'il en ait au moins 2 sinon 3 (Confiance, Compétence, Clarté). Les autres se renforceront avec l'expérience.

- (1) Confiance** : C'est un acte de foi, à ceci près qu'il ne repose pas sur une croyance mais sur un contrat, un contrat dit « de confiance ».
- (2) Compassion** : Sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui ; pitié, commisération. Alors que l'empathie fonctionne comme un simple miroir des émotions d'autrui, la compassion implique un sentiment de bienveillance, avec la volonté d'aider la personne qui souffre.
- (3) Compétence** : Connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières.
- (4) Clarté** : Qualité de ce qui est clair, lumineux, limpide, transparent, etc. : La clarté d'un propos.
- (5) Cohérence** : Liaison, rapport étroit d'idées qui s'accordent entre elles ; Absence de contradiction (opposé à *incohérence*).
- (6) Crédibilité** : Caractère de ce qui est croyable. La crédibilité d'un témoignage.
- (7) Contrôle** : Le contrôle (de soi) réfère à la capacité de changer les réponses automatiques ou impulsives afin d'agir selon ses propres exigences ou celles de la situation. (La maîtrise de soi, un aspect du contrôle inhibiteur, est la capacité de réguler ses émotions, ses pensées et son comportement face aux tentations et aux impulsions.)

Expliquer aux participants que la confiance peut être fragile dans des situations à haut risque où les émotions sont chargées, les impacts peuvent être élevés et les soupçons potentiellement

¹⁰ Urgence : Situation affectant la vie et le bien-être d'un grand nombre de personnes ou d'un pourcentage important d'une population et nécessitant une assistance multisectorielle substantielle

élevés.

3. Cibles de la communication publique

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La communication d'urgence est plus qu'une simple information du « grand public ». Vous devez comprendre votre public et les facteurs qui peuvent influencer sa compréhension et son acceptation de vos messages.*
- *Différents publics ont des besoins d'information prioritaires différents en fonction de leurs relations avec l'urgence. Et, bien que les faits restent les mêmes, vous devrez peut-être adapter la distribution des messages et le contexte pour différents publics afin de répondre aux besoins culturels et d'accessibilité.*

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les cibles de la communication publique** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 10-M3**)

Comment atteindre votre population affectée ?

Identifier parmi les acteurs cartographiés, les personnes en qui la communauté a confiance et établir des relations avec elles (**Influenceurs clés**).

On distingue **quatre (04) catégories d'influenceurs** :

- **Les champions**, ils doivent être impliqués dans la prise de décision pour s'assurer que les interventions sont collaboratives et adaptées au contexte. Ils se chargeront de défendre le message dans la communauté.
- **Les supporteurs silencieux**, ils doivent être informés, motivés et dynamisés dans l'optique d'en faire des champions.
- **Les bloqueurs**, ils doivent être surveillés régulièrement afin de trouver des stratégies de confrontation ou de contournement.
- **Les « éviteurs »**, ils doivent être informés et influencés pour adhérer à la cause.
- Principe à retenir avec ce tableau des influenceurs clés : Il s'agira de transformer les Bloqueurs (Opposants), en Eviteurs, les Eviteurs en Soutiens silencieux et les Soutiens silencieux en Champions.

4. Principes de la communication publique

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les principes de la communication publique** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 11-M3**)

- Il y a une indication claire que les activités avant un événement mobiliseront plus efficacement les communautés que celles qui ne sont tentées qu'au cours d'un événement en évolution.
- La conception, la mise en œuvre et le suivi d'interventions efficaces sont directement liés à la compréhension des influenceurs/acteurs clés de la communauté.
Un bon engagement avec les différents acteurs clés est fondamental et permet au processus de négociation d'avoir lieu.
- Un changement dans les pratiques pourrait être obtenu s'il était également présenté comme un avantage aux principaux acteurs. Par conséquent, les points positifs peuvent être renforcés tout en essayant de contrer les points

négatifs.

Par exemple renforcer la reconnaissance des signes de danger à partir de ce que les gens reconnaissent localement comme signe de danger.

- Tenir toujours compte du fait que le respect des pratiques culturelles et le fait de ne pas porter de jugement sont essentiels pour construire une relation basée sur le respect et la confiance mutuels.
- S'engager avec le public pour comprendre qui ils sont, apprendre comment les atteindre, savoir quelles informations recherchent-ils, harmoniser le contenu et les messages, identifier à qui ils font confiance, tenir compte de leur calendrier/emploi de temps et organiser des synergies avec les partenaires.
- Choisir les bons canaux en tenant compte des préférences de votre public, de la disponibilité et de la crédibilité des canaux choisis.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Les nouveaux médias offrent une possibilité d'accès au contenu à tout moment, n'importe où, sur n'importe quel appareil numérique, ainsi que des commentaires interactifs des utilisateurs, une participation créative et la formation de communautés d'intérêt commun autour du contenu multimédia.*
- *Ce qui distingue les nouveaux médias des médias traditionnels, c'est sa relation interactive avec l'utilisateur des médias. Les utilisateurs ne sont plus seulement des consommateurs.*

5. Acteurs de la communication publique

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **description des acteurs de la communication publique** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 12-M3**)

- **Les responsables de la santé publique** semblent être les sources les plus crédibles d'information sur les risques (selon le contexte).
- **Les journalistes** qui relaient les informations auprès des communautés à travers différents canaux

Rappeler aux participants les caractéristiques ci-dessous des journalistes d'aujourd'hui :

- *Écrivent pour plusieurs médias*
- *Utilisent plusieurs plateformes*
- *Couvrent plus d'un événement*
- *Sont bombardés de communiqués de presse, déclarations, ...*
- *Sont obligés de rapporter les nouvelles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7*
- **Les influenceurs clés (insérer la cartographie)**

Il s'agit de personnes en qui la communauté a confiance et dont l'implication dans la prise de décision permet de s'assurer que les interventions sont collaboratives, adaptées au contexte et que la communication s'est appropriée la communauté.

Réaliser une cartographie des influenceurs telle que présentée ci-dessous :



Expliquer aux participants que cette cartographie doit s'effectuer avant un événement (plutôt qu'au cours d'un événement en évolution) pour mobiliser plus efficacement les communautés¹¹.

6. Supports / canaux

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **description des supports/canaux de la communication publique** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 13-M3**)

On distingue

- **Les médias de masse traditionnels** → TV, radio, journaux, panneaux d'affichage, crieur public ... (locaux et nationaux)
- **Les médias sociaux** → Twitter, Facebook, Whatsapp, SMS, ...
- **Engagement communautaire** → Face à face, discussion de groupe, pair à pair, théâtre participatif, réseaux existants (centre religieux, groupe de femmes, ...)

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Les messages doivent provenir de différents canaux/sources dans une stratégie intégrée.*
- *La crédibilité et la fiabilité des sources affectent l'adoption de changements de comportement.*

- **Choix des canaux**

Parler à votre public au sujet de ceux en qui ils ont confiance (source crédible) et comment obtiennent-ils leurs informations, donc leurs canaux préférés et disponibles (en cas d'urgence).

Il est essentiel de savoir comment les gens obtiennent leurs informations de santé. Sans cela, les messages les mieux conçus peuvent être gaspillés s'ils ne sont pas placés là où ils seront remarqués¹².)

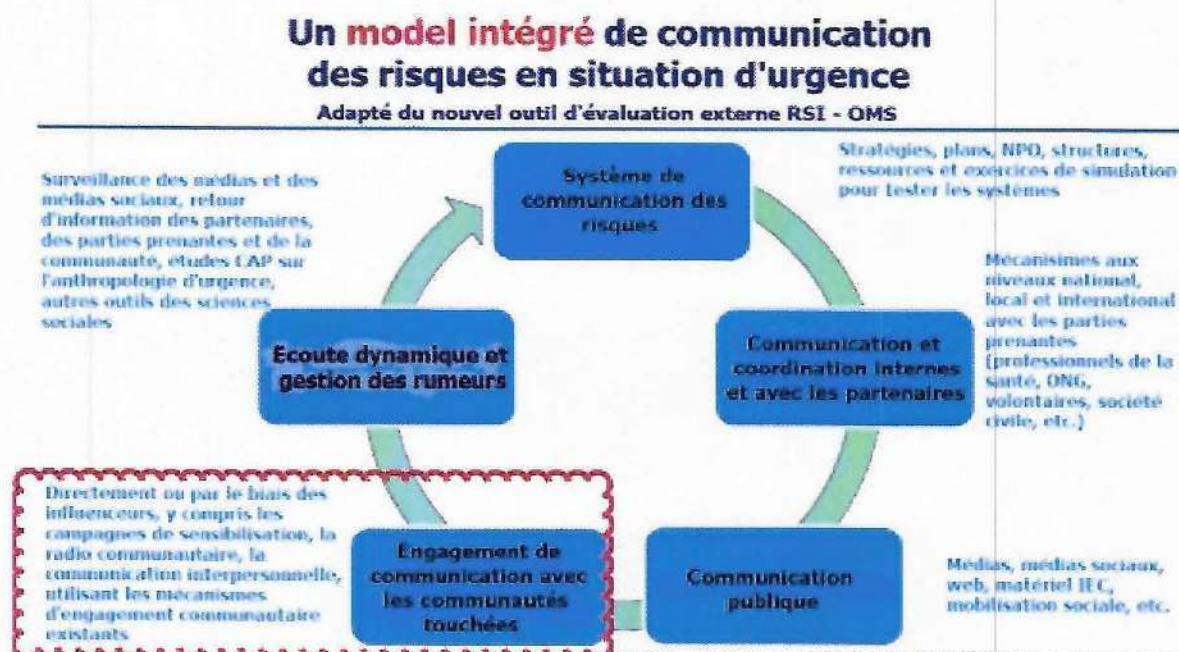
¹¹ p.15, Communication des risques dans les urgences de santé publique, directive CRU de l'OMS - <https://www.who.int/risk-communication/guidance/download/en/>

¹² OMS, Communiquer les risques dans les urgences de santé publique, p.31

Séance 5 : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

1. Rappel du modèle intégré de la CREC

Rappeler le modèle intégré de la CREC en insistant sur l'aspect de ce modèle qui sera traité dans cette séance. (Présenter et expliquer la *Diapo 4d-M3*)



Définition de l'engagement communautaire

L'engagement communautaire est le processus par lequel les membres d'une communauté, qui sont informés sur un problème (de santé publique, par exemple), prennent conscience et décident de participer, par des actions concrètes, à la résolution de ce problème.

Pour ce faire, ils construisent une relation à long terme avec une vision collective au profit de la communauté

Pourquoi engager les communautés :

- Les épidémies surviennent dans les communautés qui sont les premières à supporter les conséquences sociales, économiques et culturelles (maladies, décès, handicaps, remise en cause des us et coutumes)
- Les communautés connaissent mieux leur environnement
- Les communautés se reconnaissent mieux en leurs propres messagers et constituent une mine d'informations utiles
- L'engagement de la communauté permet de prévenir et/gérer les incidents/réticences
- Le rétablissement et entretien de la confiance avec les communautés autour des différents piliers de la riposte

- L'appropriation de la riposte par les communautés
- Créer un cadre de sécurité pour les interventions

1. **Éléments de l'engagement communautaire (EC)**

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les éléments de l'EC** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 14-M3**)

- **Une équipe ou un groupe de travail** de mobilisation sociale (MS), de promotion de la santé (PS) ou d'engagement communautaire (EC) utilisé pour les interventions d'urgence :

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *L'équipe d'EC est Intégrée à la réponse globale aux urgences sanitaires, en liaison avec l'équipe/point focal média et en coordination avec les partenaires.*
- *L'équipe d'EC doit disposer de mécanismes permettant d'atteindre les populations touchées ou à risque en cas d'urgence sanitaire aux niveaux national, régional, de district et local*
- **Des études** qui sont menées ou commanditées pour obtenir des données sociales de base, des informations et des analyses sur les facteurs susceptibles d'accroître les risques des populations pour les cinq principaux dangers dans le pays.
- **Une boucle de rétroaction continue et opérationnelle** existant entre les populations à risque ou touchées et les organismes d'intervention.

2. **Fondamentaux de l'EC**

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les fondamentaux de l'EC** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 15-M3**)

L'EC est le processus par lequel la communauté, les individus et les organisations développent une relation à long terme à travers un dialogue régulier, les prises de décision ou la mise en œuvre d'activités dans une vision collective pour le bénéfice de la communauté et le succès des interventions.

Expliquer aux participants ce qui suit :

Il s'agit de travailler avec les communautés, avec respect, vers un meilleur changement, à travers leur autonomisation. Cela suppose alors de :

- *Assurer la participation des communautés*
- *Faciliter l'autonomisation communautaire*
- *Faciliter l'identification des obstacles et des potentialités au niveau communautaire*
- *Développer les capacités et les pouvoirs communautaires à prendre les décisions pour l'amélioration de leur santé.*

L'EC est important parce qu'il permet de :

- Comprendre ce qui protège la santé et maintient les gens en bonne santé
- Savoir à quel point nos collectivités sont saines et quels résultats pour la santé existent
- Engager les gens dans une action positive, significative et motivante sur la santé
- Offrir des interventions centrées sur la personne et sur la communauté
- Responsabiliser, habiliter et augmenter le sentiment de contrôle et de participation.

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La communauté doit être au cœur de toute intervention de santé publique, notamment en cas d'urgence.*
- *Tout le monde a le droit de connaître les risques pour sa santé et son bien-être.*
- *Des informations culturellement appropriées peuvent aider à prendre des décisions éclairées afin de réduire les risques pour la santé.*
- *Les mesures prises par les individus, les familles et les communautés touchées sont essentielles pour contrôler les menaces/urgences pour la santé publique.*

Actions pour l'engagement communautaire (Autonomisation communautaire)

L'engagement communautaire couvre un large éventail d'activités.

- **Actions** entreprises par le **gouvernement et les praticiens** :
 - **Inform**er la communauté sur les orientations politiques, les programmes, les situations, etc.

Exemple de techniques utilisées : fiche d'information, site web, radio, TV, etc.

- **Consulter la communauté** dans le cadre de processus d'élaboration de politiques/programmes ou de sensibilisation et de compréhension de la communauté.

Exemple de techniques utilisées : groupe de discussion, réunion publique, sondage, etc.

- **Impliquer la communauté** à travers une série de mécanismes pour s'assurer que les problèmes et les préoccupations sont compris et pris en compte dans le cadre du processus de prise de décision.

Exemple de techniques utilisées : atelier, sondage délibératif, etc.

- **Collaborer avec la communauté** en développant des partenariats pour formuler des options et fournir des recommandations.

Exemple de techniques utilisées : prise de décision participative, recherche d'un consensus, groupe consultatif de citoyen, etc.

- **Autonomiser la communauté** pour prendre des décisions, mettre en œuvre et gérer le changement.

Continuum de la participation communautaire



- **Actions entreprises par les communautés :**

- **Le contrôle communautaire** qui permet à la communauté d'avoir le pouvoir et de l'exercer par elle-même. C'est un des aspects cruciaux pour le processus d'autonomisation (empowerment). En effet, le pan le plus important du pouvoir entre les professionnels et les membres de la communauté (pas seulement les agences au service de la communauté) est clairement avec la communauté. On parle d'intervention sous contrôle communautaire. Les professionnels sont simplement des facilitateurs (donnant des conseils sur par exemple comment mener une enquête ou une évaluation).
- L'"**Edification**" communautaire qui rend autonome (étant donné que la participation est au cœur de l'autonomisation). L'intervention de la PS est basée sur un programme de développement de la cohésion sociale, du soutien mutuel, du réseautage, de la conscience critique, de la coopération et de toute sorte d'action visant la qualité de vie de la population.

- **Le renforcement des capacités** qui permet le développement des connaissances et capacités de la communauté, à travers les aptitudes d'apprentissage des populations, la confiance en elles, leurs façons de faire les choses, l'influence sur les politiques, chercher à faire la différence avec la façon traditionnelle de collaboration communautaire, voir les résultats de leurs efforts, etc.

Expliquer aux participants qu'il s'agit d'approches qui renforcent les capacités des communautés à agir sur la santé et les déterminants sociaux de la santé. Les gens se réunissent pour identifier les problèmes locaux, trouver des solutions et construire une action sociale durable.

3. Principes/acteurs

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les principes/acteurs de l'EC** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 16-M3**)

- **Connexion** avec les membres de la communauté qui servent de canaux d'information et de rétroaction vers et depuis le service de santé local
- **Partage du pouvoir** où le service de santé local et la communauté définissent et règlent les problèmes ensemble
- **La communauté initie et dirige l'action.** Elle prend des décisions, agit et partage des informations avec le service de santé local.

4. Importance des sciences sociales / comportementales

Expliquer aux participants que les approches centrées sur la communauté :

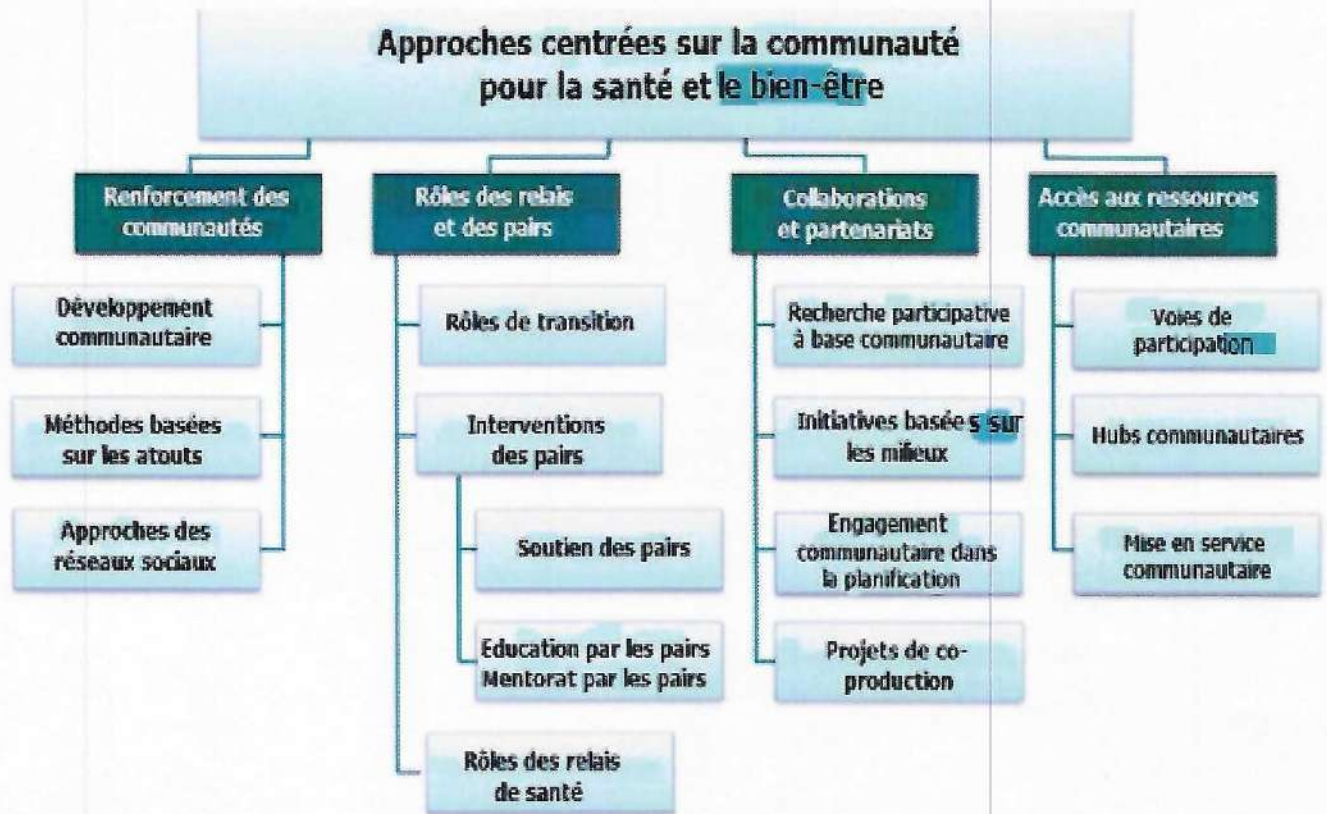
- *Mettent l'accent sur la promotion de la santé et du bien-être dans les milieux communautaires plutôt que dans les milieux de services*
- *Reconnaissent et cherchent à mobiliser des atouts au sein des communautés*
- *Promeuvent l'équité en matière de santé et de soins de santé en travaillant avec et aux côtés des individus et des groupes qui font face à des obstacles pour atteindre une bonne santé*
- *Cherchent à accroître le contrôle des gens sur leur santé et leur vie ;*
- *Utilisent des méthodes participatives pour faciliter la participation active des membres du public.*

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les composantes des approches centrées sur la communauté** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 17-M3**)

Quatre (04) composantes des approches centrées sur la communauté :

- (1) Renforcement des communautés
- (2) Rôles de relais et de pairs
- (3) Collaborations et partenariats
- (4) Meilleur accès aux ressources communautaires

Présenter aux participants le graphique qui donnent les détails sur les composantes des approches centrées sur la communauté.



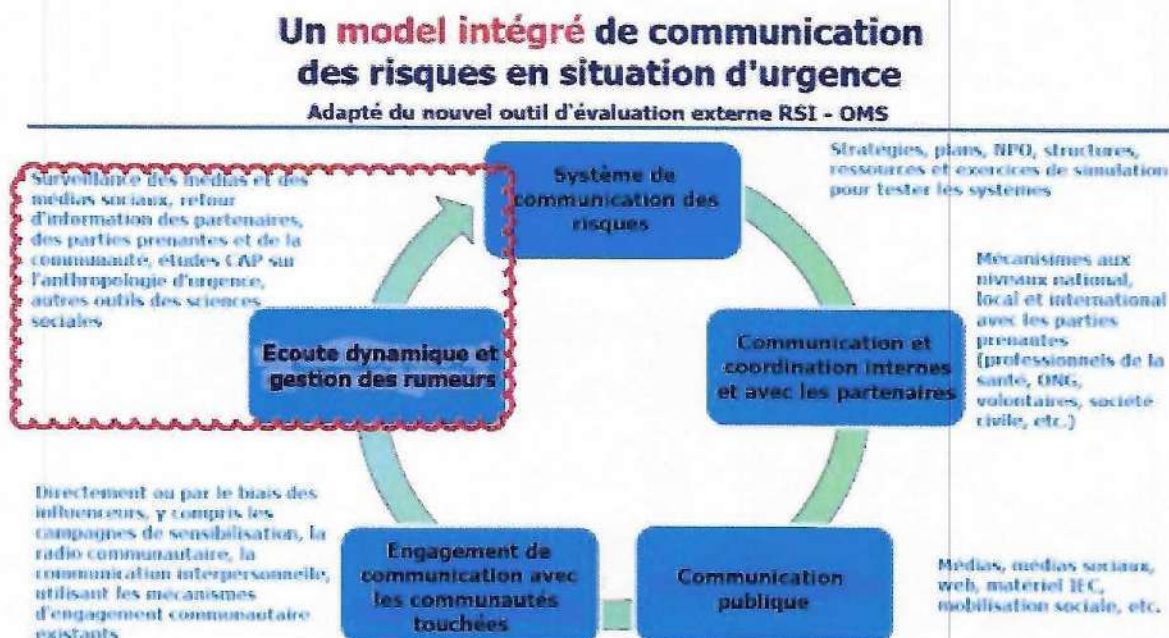
Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Les résultats des approches centrées sur la communauté sont :*
 - *Au niveau de l'individu → **Efficacité et confiance en soi accrus ; réduction de l'isolement social***
 - *Au niveau de la communauté → **Cohésion/sentiment d'appartenance accrus ; Environnement amélioré***
 - *Au niveau des processus communautaire → **Leadership communautaire ; Volontariat accru.***
 - *Au niveau des organisations → **Meilleurs renseignements sur la SP ; services repensés***
- *La mobilisation communautaire n'a aucun impact sans le soutien d'un professionnel de la santé résident. Des professionnels qui vivent et travaillent au sein de la communauté ont un impact majeur.*

Séance 6 : GESTION DES RUMEURS ET PERCEPTION

1. Rappel du modèle intégré de la CREC

Rappeler le modèle intégré de la CREC en insistant sur l'aspect de ce modèle qui sera traité dans cette séance. (Présenter et expliquer la *Diapo 4e-M3*)



2. Définition des terminologies (perception, rumeurs, désinformation, mésinformation)

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **définition des terminologies** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la *Diapo 17-M3*)

• La Perception

La **perception** peut être définie comme un processus par lequel les individus organisent et interprètent leurs **impressions sensorielles** afin de donner un sens à leur environnement.

Expliquer aux participants ce qui suit :

La perception :

- *Implique la façon dont nous voyons le monde qui nous entoure.*
- *Ajoute du sens aux informations recueillies via les cinq sens : le toucher, l'odorat, l'ouïe, la vue et le goût.*
- *Est le principal véhicule par lequel nous arrivons à comprendre notre environnement et nous-mêmes.*

La perception, plutôt que les faits, détermine l'action du public.

• La rumeur

La **rumeur** peut être définie comme :

- Une nouvelle, un bruit qui se répand dans le public, dont l'origine est inconnue ou incertaine et la véracité douteuse (Dictionnaire Larousse)

- Une déclaration ou un rapport qui court sans autorité connue pour sa vérité (Merriam Webster Dictionary)
- Un élément d'information en circulation dont le statut de véracité reste à vérifier au moment de la publication. (Donovan, 2007)

Expliquer aux participants que les rumeurs sont une réponse naturelle à des temps incertains ou menaçants. Ils peuvent aider les gens à comprendre une situation ou à prendre des mesures contre une menace.

- **La désinformation et mésinformation**
- La désinformation est une information incorrecte diffusée par des personnes sans intention de tromper, accidentellement fausse, comme une erreur honnête. (CDAC network, 2017)
- La mésinformation fait référence à des informations **délibérément fausses**. (Hernon, 1995)
- Les **canulars et les fausses nouvelles** sont des astuces ou de **fausses** histoires qui semblent être des nouvelles. (Cambridge Dictionary)

3. Méthodologie de la gestion des rumeurs

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **la méthodologie de la gestion des rumeurs** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 18-M3**)

La gestion des rumeurs suit un processus en **cinq (5) étapes** :

- (1) **La Surveillance** → répondre à la question est-ce une rumeur ?
- (2) **La Vérification** → répondre à la question est-ce nocif ?
- (3) **L'Analyse** → vitesse de propagation, étendue de la diffusion, degré de risque et de nocivité, etc.
- (4) **L'Action** → plan d'action impliquant toutes les parties prenantes, coordination
- (5) **La Retroinformation** → Ecoute, tenue des registres des rumeurs, la rumeur se calme-t-elle ?

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Être plus à l'écoute des rumeurs et intégrer quelques étapes simples dans votre travail est un moyen puissant de commencer à répondre aux rumeurs.*
- *Un cycle de conversation et d'écoute pour identifier les rumeurs, vérifier les faits derrière elles et engager les communautés avec de nouveaux récits peut créer un moyen de lutter contre les rumeurs.*
- *L'approche en coordination avec d'autres acteurs et en s'appuyant sur l'expertise des partenaires renforcera le processus.*
- *Le suivi et la collecte des commentaires des communautés est une condition de réussite.*
- *Il est impossible de prévenir les rumeurs, mais il est possible d'atténuer leur puissance en :*
 - *Connaissant et comprenant la communauté*
 - *Partageant les informations et travaillant les solutions avec la communauté*
 - *Expliquant les raisons des décisions prises par les organisations*
 - *Donnant l'occasion de soulever des questions, des problèmes et des commentaires*

- *Formant tout le monde dans votre organisation sur l'importance de travailler avec les rumeurs*
- *Mettant en place une stratégie de rumeur, avec rôles et responsabilités.*

4. Veille communicationnelle des sources des rumeurs

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *Les rumeurs se propagent à travers le « bouche à oreille », les médias traditionnels, et les médias sociaux par :*
 - *Manque d'informations factuelles suffisantes et/ou le manque d'accès à ces informations*
 - *Excès d'informations*
 - *Malentendu*
 - *Fausse déclaration (informations et photos obsolètes, ...)*
 - *Méfiance ou peur liée à l'expérience passée ou aux croyances culturelles*
- *Les rumeurs doivent être surveillées et gérées*
- *Les rumeurs offrent une opportunité comme une forme de rétroaction sur les actions*
- *Il ne s'agit pas de savoir s'il y aura des rumeurs pendant la crise : il y en a toujours. La question est plutôt : comment allons-nous nous engager et travailler avec elles ?*

5. Infodémiologie

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les orientations sur l'Infodémiologie** comme indiqué dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 19-M3**)

L'infodémie est la propagation rapide et large d'un mélange d'informations à la fois exactes et inexactes sur un sujet (par exemple une maladie). La gestion de l'infodémie est la pratique de l'Infodémiologie. Dans le cadre de l'infodémiologie ce qui est préconisé pour suivre les réseaux sociaux c'est l'Infoveille. Pour combattre les rumeurs, il s'agira d'organiser des campagnes numériques de communication.

Expliquer aux participants que pour se renseigner tôt sur les rumeurs il faut être à l'écoute des différents canaux de communication de l'information c'est-à-dire :

- *Face à face (ASC, médecins) avec*
 - *Recueil des commentaires à travers des enquêtes, des groupes de discussion*
 - *Identification des histoires/rumeurs inhabituelles*
 - *Mesure de la force de croyance*
 - *Identification de l'emplacement*
- *Surveillance des médias traditionnels en*
 - *Sélectionnant les rapports avec des mots-clés d'événements*
 - *Identifiant ceux qui ont des histoires non vérifiées*
 - *Mesurant le nombre de sorties médiatiques avec ces histoires*
 - *Appréciant la crédibilité et la portée de la source*
- *Surveillance des médias sociaux en*
 - *Surveillant les médias sociaux*
 - *Identifiant les histoires / rumeurs inhabituelles*
 - *Analysant les commentaires, les chiffres, ...*
 - *Réagissant rapidement*
- *Surveillance via le numéro vert en*
 - *Séparant selon les sujets de requête et identifiant les rumeurs*

- *Analysant les sujets les plus courants*
- *Analysant d'où ils viennent*
- **Enquêtes**

Le tableau ci-dessous est un outil d'analyse des Rumeurs et fausses information / perception avec les actions préconisées.

Date de report de la rumeur	Lieu	Faits et perception de la rumeur	Source et canal	Nocif pour qui / évaluation du risque	Actions

Troisième partie : RESUME DU MODULE 3

Objectif 1 : Définir et faire la différence entre les notions/concepts de : Communication, Communication interne, Communication publique, Communication de crise, Engagement communautaire, Perception, Rumeur, Désinformation, Infodémiologie.

- **Communication**

C'est un **processus** par lequel un **individu entre en relation avec un autre individu ou un groupe d'individus** afin d'échanger des **informations** (idées, connaissances).

- **Communication interne**

C'est la transmission d'informations, à tous les niveaux et unités organisationnelles, entre les membres de l'organisation ou des parties de l'organisation.

- **Communication publique**

C'est un ensemble d'actions de communication d'intérêt général émis par toute institution (administrations/établissements publics, collectivités territoriales, entreprises) exerçant une mission de service public.

- **Communication de crise**

C'est l'échange d'informations, de conseils et d'opinions en temps réel entre des experts ou des responsables et des personnes confrontées à un danger (une menace) pour leur survie, leur santé ou leur bien-être économique ou social.

- **Engagement communautaire**

C'est le processus par lequel la communauté, les individus et les organisations développent une relation à long terme à travers un dialogue régulier, les prises de décision ou la mise en œuvre d'activités dans une vision collective pour le bénéfice de la communauté et le succès des interventions.

- **Perception**

C'est un processus par lequel les individus organisent et interprètent leurs **impressions sensorielles** afin de donner un sens à leur environnement.

- **Rumeur**

C'est une nouvelle, un bruit, une déclaration ou un rapport qui se répand dans le public, dont **l'origine est inconnue ou incertaine et la véracité douteuse.**

- **Désinformation**

- La **désinformation** est une information incorrecte diffusée par des personnes sans intention de tromper, **accidentellement fausse**, comme une erreur honnête ou une information **délibérément fausse**.
- Les **canulars et les fausses nouvelles** sont des astuces ou de **fausses** histoires qui semblent être des nouvelles.

- **Infodémiologie**

L'**infodémie** est la propagation rapide et large d'un mélange d'informations à la fois exactes et inexacts sur un sujet (par exemple une maladie). La gestion de l'infodémie est la pratique de l'**Infodémiologie**.

Objectif 2 : Définir les cinq (05) éléments de base de la communication

- (1) L'**Emetteur** → personne ou d'un groupe de personnes qui parle ou donne l'information.
- (2) Le **Message** → ce qui est dit ou l'information (oral, écrit, visuel ou composé de gestes) qui est donnée par l'Emetteur à partir de codes tels que la langue, les gestes, etc.
- (3) Le **Canal** → moyen ou le support utilisé par l'Emetteur pour véhiculer ou transmettre le message.
- (4) Le **Récepteur** → personne ou un groupe de personnes qui reçoit le message (en écoutant, lisant ou regardant), l'interprète et le comprend.
- (5) Le **Feed-back ou Rétroaction** → réaction ou réponse au message reçu.

Objectif 3 : Décrire les quatre (04) éléments clés d'un système CREC

(1) Cadre institutionnel	(2) Ressources humaines formées	(3) Ressources financières	(4) Exercices de simulation et tests
Organisation gouvernementale officielle comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - Le plan de communication des risques d'urgence multirisques et multisectoriel (révisé au cours des 24 derniers mois) - Les normes et procédures opérationnelles (NPO) 	<ul style="list-style-type: none"> - Une équipe centrale dédiée - Un personnel et des bénévoles qualifiés et/ou formés 	<ul style="list-style-type: none"> - Un Budget CREC réguliers couvrant les lignes de personnel, activités, matériels et formation - Budget CREC pour les urgences (au moins 10% du budget CREC) 	Plan CRU testé au moins une fois tous les deux ans par exercice sur table, exercice de simulation et tests.

Objectif 4 : Décrire les sept (07) étapes de base de la communication et coordination des partenaires

- (1) Réaliser une Cartographe des partenaires
- (2) Mettre en place une équipe de travail ou un groupe de travail
- (3) S'accorder sur les rôles et les responsabilités
- (4) Coordonner les messages avant de les rendre publics
- (5) Se mettre d'accord sur qui publie quoi/quand/comment
- (6) Partager des informations sur ce que chaque organisation dit publiquement = une seule voix
- (7) Utiliser les canaux des uns et des autres

Objectif 5 : Définir les sept (07) clés (7C) de la communication de crise

1Confiance – 2Compassion – 3Compétence – 4Clarté – 5Cohérence – 6Crédibilité – 7Contrôle

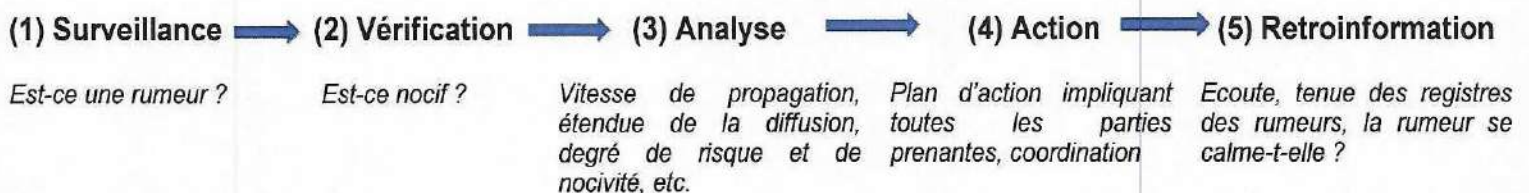
Objectif 6 : Définir les quatre (04) catégories d'influenceurs et leur mode de gestion

Les Champions	Les Supporteurs silencieux	Les Bloqueurs	Les "Eviteurs"
↓	↓	↓	↓
Les impliquer dans la prise de décision pour s'assurer que les interventions sont collaboratives et adaptées au contexte. Ils se chargeront de défendre le message dans la communauté.	Les informer, motiver et dynamiser dans l'optique d'en faire des champions.	Les surveiller régulièrement afin de trouver des stratégies de confrontation ou de contournement	Les informer et influencer pour adhérer à la cause.

Objectif 7 : Définir les Quatre (04) composantes des approches centrées sur la communauté

- (1) **Renforcement des communautés**, qui s'appuie sur :
 - *Le développement communautaire*
 - *Les méthodes basées sur les atouts*
 - *Les approches des réseaux sociaux*
- (2) **Rôles de relais et de pairs**, notamment :
 - *Les rôles de transition*
 - *Les interventions des pairs (soutien des pairs, éducation/mentorat par les pairs)*
- (3) **Collaborations et partenariats à travers** :
 - *La recherche participative à base communautaire*
 - *Les initiatives basées sur les milieux*
 - *L'engagement communautaire dans la planification*
 - *Les projets de co-production*
- (4) **Meilleur accès aux ressources communautaires à travers** :
 - *Les voies de participation*
 - *Les hubs communautaires*
 - *La mise en service communautaire*

Objectif 8 : Décrire les cinq (5) étapes de la stratégie de gestion des rumeurs



EXERCICES PRATIQUES



55 minutes

1. Proposer une liste des membres d'un comité CREC à l'échelle nationale en termes de secteurs et de profils. Justifiez votre choix.
2. Montrer en pratique l'importance et le rôle de l'engagement communautaire dans l'action sanitaire en général et les urgences de santé publique en particulier.
3. Expliquer à quel moment il est important, parlant des urgences de santé publique, de mettre en place un mécanisme de gestion des rumeurs et dire pourquoi.
4. Donner les raisons qui sous-tendent la nécessité d'accepter la collaboration de multiples secteurs dans la gestion d'une épidémie et l'intérêt de leur coordination.
5. Selon vous, est-il possible d'envisager laisser un autre secteur que celui de la santé prendre le devant de la gestion d'une situation d'urgence de santé publique ? Motivez votre réponse.

Module 4 :

RECHERCHE –

ACTION EN SANTE

Première partie : INTRODUCTION

Expliquer aux participants que ce module fournit des **orientations sur les éléments de base de la recherche-action en santé**, notamment la recherche participative à base communautaire (CBPR) et ses composantes.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les objectifs d'apprentissage et le guide pédagogique du module 4** comme indiqués dans la diapositive de formation. *(Présenter la Diapo 0-M4)*

I. Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les participants seront en mesure de :

- Définir les notions et concepts de Recherche, Action, Recherche-Action, Recherche Action participative à base communautaire (RAP/CBPR).
- Différencier la RAP/CBPR des autres approches de recherche
- Décrire les principes de la RAP/CBPR
- Décrire les dix (10) étapes de la RAP/CBPR

II. Guide pédagogique

Durée	Sous-thème	Méthode d'enseignement
10 mn	INTRODUCTION	
5 mn	Objectifs pédagogiques du module 4	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
5 mn	Présentation du guide pédagogique	Brève description par le Formateur/Facilitateur
50 mn	Séance 1 : RECHERCHE POUR LA SANTE ET EN PROMOTION DE LA SANTE (PS)	
15 mn	Définition des concepts (Recherche, Action, Recherche-Action)	Exposé et discussions
25 mn	Recherche pour la santé	Exposé et discussions
10 mn	Recherche en promotion de la santé (PS)	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
90 mn	Séance 2 : RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE (RAP) A BASE COMMUNAUTAIRE	
30 mn	Définition du concept de RAP à base communautaire	Exposé et discussions
15 mn	Principes de la RAP à base communautaire	Exposé et discussions
30 mn	Différentes étapes de la RAP à base communautaire	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
15 mn	Quelques défis et solutions de la RAP à base communautaire	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
10 mn	RESUME DU MODULE 4	Exposé
20 mn	EXERCICES PRATIQUES	Travaux de groupe et discussions en plénière
Durée du module 4 = 180 mn (3H)		

Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU

Séance 1 : RECHERCHE POUR LA SANTE ET EN PROMOTION DE LA SANTE (PS)

1. Définition des concepts

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **définition de concepts relatifs à la recherche** comme indiquée dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 1-M4*)

La **Recherche** est une démarche scientifique dans laquelle des questions de recherche sont identifiées, une collecte de données et des analyses sont réalisées et des résultats sont produits.

L'**Action** est une démarche visant à changer une situation problématique et conduire à un changement social.

La **recherche pour la santé** consiste en une quête de connaissances au moyen d'une enquête, d'une étude ou d'une expérimentation conduite avec application dans le but de découvrir et d'interpréter des connaissances nouvelles au bénéfice de l'amélioration de la santé des communautés¹³.

La recherche est un outil participatif et flexible au service de l'action, qui découle d'un besoin prioritaire venant des acteurs. Si ce besoin nécessite de l'information pour mener l'action et que cette information n'est pas disponible, il faut initier une **recherche-action (R-A)**.

La **recherche-action (R-A)** ou **recherche-intervention** ou encore **recherche-expérimentation** est une démarche méthodologique de recherche scientifique visant à **mener en parallèle et de manière intriquée** l'acquisition de connaissances scientifiques et des actions concrètes et transformatrices sur le terrain.

Expliquer aux participants que la **R-A** se différencie de la **Recherche Opérationnelle (RO)** qui se définit comme « **L'utilisation de techniques de recherche systématique pour la prise de décision au cours des programmes en vue d'atteindre un résultat spécifique¹⁴** ».

Présenter le **tableau comparatif de la R-A ≠ RO** et l'expliquer.

TYPE DE RECHERCHE	RECHERCHE OPERATIONNELLE (RO)	RECHERCHE-ACTION (R-A)
Objectif	Prise de décision pour améliorer une situation	Prise de décision pour améliorer une situation
Résultats	Liés au contexte	Liés au contexte
Approche	Systemique	Systemique
Type de problèmes	Surtout techniques (modélisation des processus, ingénierie des systèmes)	Surtout les aspects sociaux et comportementaux

¹³ Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. Deuxième édition (OMS, 2003).

¹⁴ Le Fonds mondial, OMS. Cadre de travail pour la recherche opérationnelle et appliquée dans les programmes de santé et de lutte contre les maladies. Geneva. 2008.

Situation des chercheurs et acteurs sociaux par rapport à la recherche	Les acteurs sociaux sont externes au processus tandis que les chercheurs gardent leur neutralité	Chercheurs et acteurs sociaux sont partenaires dans toutes les étapes de la recherche → « cochercheurs », c'est-à-dire qu'ils sont tous engagés et partagent l'ensemble des responsabilités, du début à la fin de la recherche.
---	--	---

Expliquer aux participants que conduire une R-A suppose de reconnaître au milieu la capacité de prendre en charge son propre développement, de trouver et de mobiliser des ressources en vue de résoudre ses problèmes et de participer au changement et au transfert des savoirs issus de la démarche.

2. Recherche pour la santé

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les caractéristiques de la recherche en santé** comme indiquées dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 2-M4*)

On distingue **trois (03) catégories** de recherche en santé liées entre elles → **le triangle de recherche en matière de santé**. Il s'agit de :

(1) La Recherche biomédicale (*Présenter la Diapo 2a-M4*)

C'est une étude **fondamentale et clinique** sur les processus **biogénétiques**. L'objectif est le plus souvent de développer et évaluer des traitements cliniques.

La recherche biomédicale vise donc à mieux comprendre le corps humain et ses maladies et à fournir des informations pour inventer et prouver l'efficacité de nouveaux traitements.

(2) La Recherche sur les systèmes de santé (RSS) (*Présenter la Diapo 2b-M4*)

C'est une étude sur les **problèmes liés à l'environnement de l'homme et leurs effets au niveau biogénétiques**. L'objectifs est de :

- Identifier les moyens les plus efficaces d'organiser, gérer, financer et fournir des soins et services de haute qualité
- Réduire les erreurs médicales et améliorer la sécurité des patients.

La Recherche sur les systèmes de santé (RSS) revêt les caractéristiques suivantes :

- Un domaine scientifique multidisciplinaire (médecine, santé publique, économie, sciences politiques, sciences sociales, épidémiologie, biostatistique, gestion, psychologie, etc.)
- Examine comment les gens ont accès aux professionnels de la santé et aux services de soins de santé, combien coûtent les soins et ce qui se passe chez les patients à la suite des soins.
- Questionne le système de santé sur la performance, la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de soins de santé en lien avec les problèmes de santé des individus et des populations.
- Etudie comment les facteurs sociaux, la politique de santé, les systèmes de financement, les structures et processus organisationnels, la technologie médicale et les comportements personnels affectent l'accès aux soins de santé, la qualité et le coût des soins de santé, ainsi que la quantité et la qualité de la vie.
- Ses résultats peuvent être appliquées par les médecins, infirmiers, gestionnaires et administrateurs de la santé, et d'autres personnes qui prennent des décisions ou réalisent

des interventions en faveur de la santé.

(3) La Recherche comportementale (*Présenter la Diapo 2c-M4*)

C'est une étude sur l'**interaction entre l'homme et l'environnement**, reflétant ses croyances, attitudes et habitudes dans la société. L'objectif est de découvrir des principes et des lois qui régissent le comportement des individus ou groupe en vue de :

- Les aider, par des conseils, mais aussi en agissant sur les stimulus, à éviter des comportements nocifs.
- Les conditionner à agir dans un sens ne correspondant pas forcément à leurs intérêts,

La recherche comportementale revêt les caractéristiques suivantes :

- Utilise les principes du comportement pour résoudre des problèmes pratiques de la vie de tous les jours.
- Explore comment et pourquoi les gens se comportent d'une certaine manière dans certaines situations et comment cela peut affecter la santé (eux et leur entourage).
- Les chercheurs examinent des individus ou des groupes plus larges, tels que des familles, des communautés et des sociétés, afin de trouver des moyens de résoudre des problèmes sociaux et d'améliorer la santé.

3. Recherche en Promotion de la Santé

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les caractéristiques de la recherche en promotion de la santé** comme indiquées dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 3-M4*)

La recherche en Promotion de la Santé revêt les caractéristiques suivantes :

- Fait régulièrement appel aux différentes approches du triangle de recherche en matière de santé.
- Contribue à connaître et surveiller l'état de santé de la population et à identifier en son sein des groupes à risques.
- Contribue à la compréhension de la façon dont la santé des populations est influencée par des déterminants (génétiques, environnementaux, sociaux, comportementaux, systèmes de santé...).
- Contribue à l'identification d'interventions (et à leur évaluation) pour améliorer la santé des populations et réduire les inégalités de toute nature face à la santé.
- L'approche est comparative et populationnelle, et mobilise toutes les disciplines (pluri/multidisciplinaire).
- Le but est d'obtenir des connaissances généralisables, et la recherche inclut une perspective d'action.

Séance 2 : RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE (RAP) A BASE COMMUNAUTAIRE

1. Définition du concept de la recherche action participative (RAP) à base communautaire

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **définition de la recherche action participative (RAP) à base communautaire** comme indiquée dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 4-M4**)

La RAP à base communautaire est un **processus de recherche** impliquant un **travail collaboratif** dans lequel des personnes en situation sociale problématique, leurs familles, des intervenants, des gestionnaires ou tout autre individu ou partenaire communautaire concerné par la réadaptation et la participation sociale, **interagissent de façon égalitaire** avec des chercheurs et participent aux activités pour l'ensemble des étapes afin de produire et appliquer des connaissances dans le but d'**améliorer la situation sociale problématique**.

Expliquer aux participants que la RAP à base communautaire naît de la rencontre entre une **volonté de changement** et une **intention de recherche**.

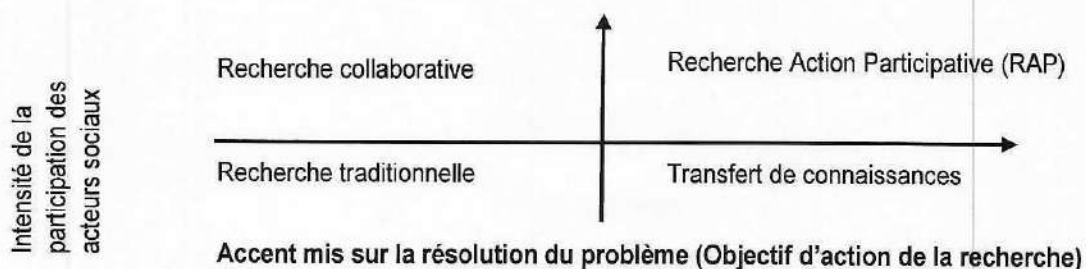
Pour qu'une démarche soit qualifiée de RAP, **trois (3) éléments principaux** sont donc nécessaires :

- (1) Un processus de **Recherche** → démarche scientifique dans laquelle des questions de recherche sont identifiées, une collecte de données et des analyses sont réalisées et des résultats sont produits.
- (2) Une finalité visant l'**Action** → démarche visant à changer une situation problématique et conduire à un changement social.
- (3) Une démarche **Participative** → les personnes impliquées dans la situation problématique sont parties prenantes de la démarche de recherche et sont considérées comme « Co-chercheurs ».

Expliquer aux participants ce qui suit :

- *La RAP est une approche de recherche visant à produire, à transférer et à utiliser des connaissances tout au long d'un processus qui mène à une action.*
- *Deux (02) caractéristiques permettent de différencier la RAP des autres approches de recherche. Il s'agit de : i) l'intensité de la participation des acteurs sociaux et ii) l'accent mis sur la résolution du problème (objectif d'action de la recherche).*

Montrer aux participants la représentation des différentes approches de recherche en fonction de l'intensité de la participation des acteurs sociaux et de l'accent mis sur la résolution du problème (objectif d'action de la recherche).



Expliquer aux participants ce qui suit :

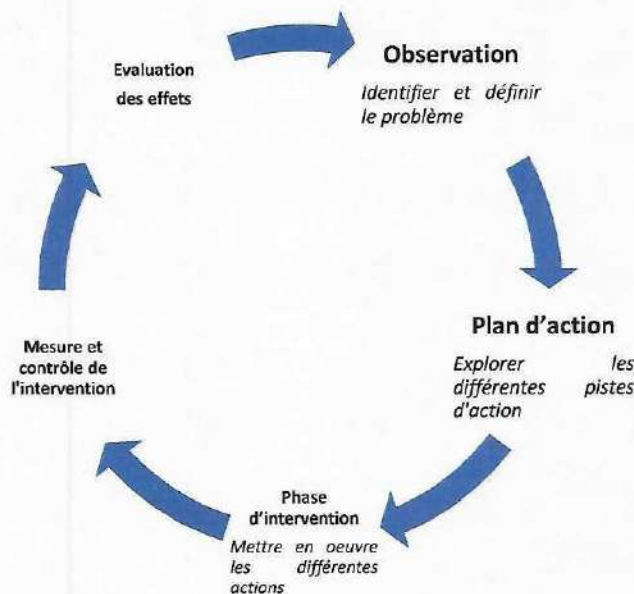
- *La RAP implique une collaboration entre chercheurs et acteurs sociaux plus intense que la recherche collaborative, car elle a un objectif d'action et de changement plus explicite.*
- *Tout comme la RAP, le transfert de connaissances à un objectif d'action clairement défini, mais l'intensité de la collaboration entre les chercheurs et les acteurs sociaux est moins grande.*

2. Principes de la recherche action participative (RAP) à base communautaire

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les principes de la RAP à base communautaire** comme indiqués dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 5-M4*)

La RAP à base communautaire associe aux méthodes/techniques de collecte des données, les principes et valeurs de la **recherche action (R-A)** et de la **recherche participative** qu'il importe de respecter.

- **La RAP à base communautaire suit un schéma cyclique¹⁵**



Chaque processus de RAP/CBPR débute par une **observation** de ce qui se passe sur le terrain.

La réflexion qui suit permet de déterminer un **plan d'action**. Ce plan est mis en œuvre, ses effets analysés, puis altérés si nécessaire et le cycle reprend en séquences similaires. Le mouvement allant du champ d'action au plan d'action nécessite discussion, négociation, exploration et évaluation des possibilités, et examen des contraintes.

Le plan d'action est ensuite suivi d'une **phase d'intervention** qui est **mesurée et contrôlée**. L'apprentissage, la discussion, la réflexion, la compréhension, la reformulation, tout se passe pendant la phase d'action et de contrôle.

L'arc final du cycle de recherche est **l'évaluation des effets** du plan sur l'action. Cette évaluation à son tour mène à un nouveau plan d'action et le cycle recommence.

¹⁵ Michèle Catroux, Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique, VOL. XXI N° 3 | 2002 : La recherche-action : un autre regard sur nos pratiques pédagogiques (2e partie), p. 8-20

- **La RAP à base communautaire est participative et collaborative**

La RAP à base communautaire favorise la collaboration entre les différents partenaires et ne peut se concevoir sans la négociation en commun du plan d'action. Son efficacité dépend de l'accord et de l'implication de tous ceux qui seront affectés par sa mise en place.

Les participants ont connaissance de tous les aspects de l'action menée et prennent part aux phases de négociation, d'observation, et de prise de décision. Ils peuvent contribuer également à la sélection des stratégies mises en œuvre.

- **La RAP à base communautaire est surtout qualitative**

La RAP à base communautaire favorise l'utilisation de données plus qualitatives que quantitatives, permettant une plus grande flexibilité et réactivité à la situation.

Le contexte de sa réalisation reste singulier, il n'est donc envisageable de revendiquer une pertinence que pour le seul terrain d'exploration et les seuls partenaires étudiés. Il serait hasardeux d'appliquer les caractéristiques mises en évidence à d'autres champs d'application.

3. Différentes étapes de la RAP à base communautaire¹⁶

Présenter le tableau des dix (10) étapes selon Tandon et l'expliquer aux participants.

Etapes	Description
1. Demande des acteurs impliqués dans une situation problématique	<i>La première phase de la démarche commence par l'identification d'un problème. Le problème devra correspondre à une priorité des acteurs et être un problème vulnérable et réaliste (quelque chose sur quoi les acteurs ont la capacité d'agir).</i> <i>La démarche de RAP à base communautaire est idéalement initiée par le groupe d'individus en situation problématique d'où l'importance d'établir une relation de confiance</i>
2. Entente entre les chercheurs et les acteurs sociaux impliqués dans la situation	<i>Nécessité de consigner par écrit des règles guidant le fonctionnement</i>
3. Création d'un groupe restreint de personnes responsables du processus	<i>Nécessité d'avoir des personnes représentatives des acteurs sociaux impliqués dans la situation</i>
4. Développement conjoint de la recherche	<i>Implication des acteurs sociaux dans le développement du protocole et du processus de recherche, notamment :</i> - <i>L'identification des questions et des objectifs de recherche</i> - <i>Le choix des techniques de collecte de données et des instruments de mesure</i> - <i>La détermination des meilleures stratégies pour la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des résultats</i>
5. Collecte conjointe des données	<i>Formation et accompagnement des participants au processus de collecte.</i> <i>Exemple de technique de collecte :</i> <i>Théâtre populaire, observation participante (chercheur observe et interagit avec les participants et enregistre les données), photovoix (les participants prennent des photos pour explorer des sujets complexes ou sensibles)</i>

¹⁶ Tandon (2002)

6. Analyse conjointe des données	<i>Formation et accompagnement des participants au processus d'analyse Exemple : arbre de problème, analyse FFOM/SWOT</i>
7. Partage avec les acteurs impliqués dans la situation problématique	<i>Etablissement d'un processus continu de communication des résultats de recherche, mais également d'informations diverses sur le processus et sur les actions menées en lien avec la recherche</i>
8. Développement de plan de changement	<i>Planification d'actions concrètes qui pourront améliorer la situation à l'origine de la RAP à base communautaire</i>
9. Implantation du plan de changement	<i>Traduction en action des propositions inscrites dans le plan de changement, notamment :</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'identification claire des individus responsables d'assurer le suivi</i> - <i>La définition de mécanismes de rétroaction sur le déroulement de l'implantation des changements pour corriger au besoin</i>
10. Consolidation des apprentissages	<i>Capitalisation des expériences et bonnes pratiques tirées de l'action.</i>

4. Quelques défis et solutions de la recherche action participative (RAP) à base communautaire

Présenter le tableau des défis et solutions et l'expliquer aux participants.

DEFIS	SOLUTIONS
La RAP à base communautaire prend plus de temps que dans les recherches traditionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Utiliser une approche RAP à base communautaire pour les projets qui n'ont pas d'échéance à court terme</i> - <i>Négocier les échéanciers avec les décideurs et bailleurs en s'assurant qu'ils comprennent et valorisent le processus RAP à base communautaire</i> - <i>Définir clairement la date de fin du processus RAP à base communautaire</i>
Le développement d'une relation de confiance est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Etablir et cultiver les relations de partenariat à long terme et favoriser l'émergence de projet au sein de ces partenariats</i> - <i>Créer des opportunités pour que les différents partenaires se connaissent et se valorisent tôt dans le processus</i> - <i>Assurer une représentation égale en nombre et en termes de pouvoir entre les acteurs et les chercheurs</i>
Les participants doivent représenter le groupe dont ils proviennent	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Identifier les différentes caractéristiques et attributs personnels et professionnels qui doivent être représentés afin d'éviter de renforcer les inégalités sociales ou professionnelles</i> - <i>Utiliser différentes méthodes de recrutement pour s'assurer que l'ensemble des groupes intéressés par le projet a l'opportunité de participer</i>
Les participants peuvent avoir différents besoins afin de faciliter leur participation	<ul style="list-style-type: none"> - <i>S'assurer que l'ensemble des participants comprend bien le processus</i> - <i>Utiliser des techniques visuelles et actives pour les ateliers de formation, pour la collecte, l'analyse et la diffusion des résultats</i> - <i>Adapter l'échéancier aux besoins, afin d'ajuster le projet aux situations personnelles et professionnelles pouvant survenir dans les vies des participants</i> - <i>Planifier des rencontres courtes ou inclure des temps de repos lors des rencontres afin de respecter l'énergie des participants</i>
L'analyse et interprétation des résultats peuvent être biaisées par les opinions et intérêts des participants	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Planifier différentes séances pour expliquer le processus de recherche et offrir de la formation en lien avec les différentes étapes de recherche</i> - <i>Utiliser différentes techniques de débriefing</i> - <i>Utiliser différentes stratégies de collecte de données (triangulation)</i>

Troisième partie : RESUME DU MODULE 4

Objectif 1 : Définir les notions et concepts de Recherche, Action, Recherche-Action, Recherche Action participative (RAP) à base communautaire.

Recherche → démarche scientifique dans laquelle des questions de recherche sont identifiées, une collecte de données et des analyses sont réalisées et des résultats sont produits.

Action → démarche visant à changer une situation problématique et conduire à un changement social.

Recherche-action (R-A) → démarche méthodologique de recherche scientifique visant à mener en parallèle et de manière intriquée l'acquisition de connaissances scientifiques et des actions concrètes et transformatrices sur le terrain.

RAP à base communautaire → processus de recherche impliquant un travail collaboratif dans lequel des personnes en situation sociale problématique, leurs familles, des intervenants, des gestionnaires ou tout autre individu ou partenaire communautaire concerné par la réadaptation et la participation sociale, interagissent de façon égalitaire avec des chercheurs et participent aux activités pour l'ensemble des étapes afin de produire et appliquer des connaissances dans le but d'améliorer la situation sociale problématique.

Objectif 2 : Différencier la RAP à base communautaire des autres approches de recherche

La RAP à base communautaire implique une **collaboration entre chercheurs et acteurs sociaux plus intense**, avec un **objectif d'action et de changement plus explicite**.

Objectif 3 : Décrire les principes de la RAP à base communautaire

La RAP à base communautaire :

Suit un schéma cyclique : Observation → Plan d'action → Intervention → Evaluation → Plan d'action

Est participative et collaborative, son efficacité dépend de l'accord et de l'implication de tous ceux qui seront affectés par sa mise en place. De même, les acteurs sociaux sont impliqués à toutes les phases du processus.

Est surtout qualitative, les résultats sont pertinents pour le contexte dans lequel la recherche est effectuée. Il serait hasardeux de les généraliser systématiquement à tous les contextes.

Objectif 4 : Décrire les dix (10) étapes de la RAP à base communautaire

- (1) Demande des acteurs impliqués dans une situation problématique
- (2) Entente entre les chercheurs et les acteurs sociaux impliqués dans la situation
- (3) Création d'un groupe restreint de personnes responsables du processus
- (4) Développement conjoint de la recherche (protocole et processus de recherche)
- (5) Collecte conjointe des données
- (6) Analyse conjointe des données
- (7) Partage avec les acteurs impliqués dans la situation problématique
- (8) Développement de plan de changement
- (9) Implantation du plan de changement
- (10) Consolidation des apprentissages

EXERCICE PRATIQUE



20 minutes

Etude de cas

Vous avez été appelé/e à la mise en œuvre d'un projet de scolarisation des filles dans une cinquantaine de communautés à travers le pays sur une période de deux ans. Le partenaire veut des résultats déjà dès les six premiers mois de la mise en œuvre.

- 1) Montrez la place de la RAP à base communautaire dans la mise en place d'un tel projet.
- 2) Expliquez pourquoi il n'est pas efficace d'espérer des résultats dès les six premiers mois de la mise en œuvre.
- 3) Quelles recommandations en déduisez-vous dans la mise en œuvre des projets en général et ceux de la santé en particulier ?

Module 5 :
ELEMENTS DE BASE
DU SUIVI-EVALUATION
(S&E) EN PROMOTION
DE LA SANTE (PS)

Première partie : INTRODUCTION

Expliquer aux participants que ce module traite des **fondamentaux du suivi et évaluation (S&E)**, un volet essentiel de toute intervention, de tout Projet/Programme, avec ses particularités dans le domaine de la promotion de la santé. Il définit également les **termes usuels du S&E** dans ce domaine.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les **objectifs d'apprentissage et le guide pédagogique du module 5** comme indiqués dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 0-M5**)

I. Objectifs d'apprentissage

A la fin de ce module, les participants seront en mesure de :

1. Différencier les fonctions de suivi des fonctions d'évaluation ;
2. Décrire les particularités du suivi-évaluation en promotion de la santé.
3. Décrire les principales composantes et fonctions d'un plan de S&E

II. Guide pédagogique

Durée	Sous-thème	Méthode d'enseignement
10 mn	INTRODUCTION	
5 mn	Objectifs d'apprentissage du module 5	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
5 mn	Présentation du guide pédagogique	Brève description par le Formateur/Facilitateur
135 mn	Séance 1 : ELEMENTS DE BASE DU SUIVI-EVALUATION EN PS	
30 mn	Définition des concepts (Suivi, évaluation, surveillance, supervision)	Exposé et discussions
15 mn	Suivi en PS	Exposé et discussions
15 mn	Evaluation en PS	Exposé et discussions
30 mn	Comment fixer des indicateurs SMART ?	Lecture et explications du Formateur/Facilitateur
30 mn	Composantes de l'évaluation en PS	Exposé et discussions
15 mn	Modèles de l'évaluation en PS	Exposé et discussions
180 mn	Séance 2 : MODALITES ET PROCEDURE DE SUIVI-EVALUATION D'UNE ACTION PROMOTRICE DE LA SANTE	
90 mn	Elaborer un plan de suivi-évaluation en promotion de la santé	Exposé et discussions
45 mn	Système d'information en promotion de la santé	Exposé et discussions
45 mn	Modalités et procédure de capitalisation d'une intervention promotrice de la santé	Exposé et discussions
10 mn	RESUME DU MODULE 5	Exposé
Durée du module 5 = 330 mn (5H30)		

Deuxième partie : DISCUSSION DU CONTENU

Séance 1 : ELEMENTS DE BASE DU S&E EN PS

1. Définition des concepts

Faire, pendant **3 à 5 minutes**, un remue-méninges (brainstorming) de la définition que les participants donnent **du suivi et de l'évaluation**. Ressortir, pour chaque définition proposée, le(s) mot(s) clés et les noter sur le tableau.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **définition de concepts relatifs au suivi-évaluation** comme indiquée dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 1-M5*)

Le suivi est une fonction de gestion **continue et permanente** de collecte méthodique de données en de multiples points tout au long du cycle du Projet/Programme (y compris au début, pour constituer des éléments de référence) et d'analyse régulière d'informations dans le but de :

- ☛ Contrôler régulièrement l'exécution progressive et transparente des activités d'une intervention
- ☛ Faciliter en temps utile la prise de décisions, notamment pour déterminer si les activités nécessitent un correctif au cours de l'intervention afin d'améliorer les résultats souhaités.
- ☛ Servir de base à l'évaluation et à la capitalisation de l'expérience.

Le suivi est désigné parfois par le terme **évaluation de processus** parce qu'il porte essentiellement sur le processus de mise en œuvre. Il se rapporte en général au comptage, à la surveillance étroite et à la collecte.

L'évaluation est une démarche, un processus, un moyen permettant de mesurer, de juger, de connaître, d'améliorer et de décider de la valeur, de l'efficacité ou de la qualité d'une action¹⁷. Elle mesure à quel point les activités du Projet/Programme ont atteint les objectifs escomptés et/ou dans quelle mesure les changements au niveau des résultats peuvent être attribués au Projet/Programme ou à l'intervention.

L'évaluation requiert :

- ☛ La collecte de données au début d'un Projet/Programme (pour constituer des éléments de référence) et à la fin du Projet/Programme, plutôt qu'à intervalles répétés pendant la mise en œuvre du Projet/Programme

Un groupe de contrôle ou témoin afin de mesurer si les changements peuvent être attribués au Projet/Programme

¹⁷ Évaluez vos actions en éducation et promotion pour la santé. Guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets, IREPS Lorraine, 2011-10, 51 p. / https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_production/guideevaluation-vf1.pdf

Une méthodologie bien planifiée

NB : L'« évaluation de l'impact » mesure la différence au niveau des résultats d'intérêt entre les gens qui ont eu le Projet/Programme ou l'intervention et les gens qui ne l'ont pas eu.

Le **suivi-évaluation (S&E)** est le processus continu (qui a cours tout au long de la durée de vie du Projet/Programme) par lequel des données sont recueillies et analysées afin de fournir des informations aux décideurs et aux parties prenantes aux fins de la planification et de la gestion de Projet/Programme.

Il supporte le système de **redevabilité** qui est l'ensemble des mécanismes de rétro-information et rétroaction mis en place pour rendre compte aux parties prenantes.



5 minutes

Tester la compréhension des participants.

Exercice 1 : Les énoncés ci-dessous renvoient-ils au « suivi » ou à l'« évaluation » ?

Énoncé 1 : Vous désirez savoir si le Projet/Programme exécuté réduit les grossesses non désirées chez les adolescentes dans votre zone d'intervention.

Énoncé 2 : Vous désirez savoir combien de professionnelles du sexe ont été atteintes par votre Projet/Programme cette année.

Énoncé 3 : Vous voulez savoir si la prise en charge post-avortement assurée dans les centres de santé publique répond aux normes nationales de qualité.

Réponse

Énoncé 1 : C'est une évaluation, parce que ce que l'on souhaiterait savoir, c'est l'impact du Projet/Programme.

Énoncé 2 : C'est un suivi, parce que ce que l'on voudrait, c'est de compter le nombre de quelque chose (professionnelles du sexe touchées).

Énoncé 3 : C'est un suivi, parce que cela exige la surveillance de quelque chose (qualité de la prise en charge).

Présenter aux participants le tableau ci-dessous montrant la différence entre le Suivi et l'Évaluation et l'expliquer.

Tableau 1 : Différence entre le Suivi et l'Evaluation

ASPECTS FONDAMENTAUX	SUIVI	EVALUATION
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le bon déroulement du projet/programme (suivi des intrants, processus, extrants) • Prendre les mesures correctrices en communiquant les progrès aux responsables • Alerter les acteurs sur les difficultés → Répondre à la question Que faisons-nous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des enseignements destinés à améliorer l'efficacité, l'efficience et l'impact des futures programmations • Alimenter la révision des politiques et stratégies → Répondre à la question Qu'avons-nous accompli ?
Responsabilité	Activité interne au projet	Activité interne et/ou externe au projet
Périodicité	Processus continu pendant toute la phase de mise en œuvre du projet qui produit des rapports sur une base hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle	Processus ponctuel réalisé à des périodes clés du cycle de projet : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Evaluation initiale</i> (en début de projet) - <i>Evaluation à mi-parcours</i> (à la moitié du projet) - <i>Evaluation ex-post ou terminale</i> (en fin de projet)
Champ d'observation	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des ressources • Déroulement des activités • Obtention des résultats immédiats du projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Examine toute la chaîne des résultats, depuis l'utilisation des ressources jusqu'aux impacts. • Intègre l'analyse de la pertinence du projet.

Expliquer aux participants que le suivi ne se confond pas à :

- **La surveillance** → suivi du comportement d'un phénomène dans la population d'une localité donnée (Ex : évolution de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes)
- **La supervision** → Activité ponctuelle du suivi qui consiste à observer les acteurs sur le site de travail afin de leur apporter l'appui technique (connaissances et pratiques) nécessaire pour améliorer leurs prestations conformément aux directives.

2. Suivi en Promotion de la Santé (PS)

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les **sept (7) principales caractéristiques du suivi en PS** comme indiquée dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 2-M5*)

Le suivi ou évaluation de processus en promotion de la santé se focalise essentiellement sur les **sept (7) principales caractéristiques suivantes** :

- **Fidélité (qualité)** → Mesure dans laquelle l'intervention a été mise en œuvre comme prévu.
- **Dose délivrée (exhaustivité)** → Quantité ou nombre d'unités prévues de chaque intervention ou composant délivré ou fourni par les intervenants.

- **Dose reçue (exposition)** → Mesure dans laquelle les participants s'engagent activement avec, interagissent avec, sont réceptifs à, et/ou utilisent les matériaux ou les ressources recommandées ; peut inclure "utilisation initiale" et "utilisation continue".
- **Dose Vécue (satisfaction)** → Satisfaction des participants (publics primaire et secondaire) à l'égard du programme, des interactions avec le personnel et/ou les enquêteurs.
- **Portée (taux de participation)** → Proportion du public prioritaire visé qui participe à l'intervention ; souvent mesurée par l'assiduité ; comprend la documentation des obstacles à la participation.
- **Recrutement** → Procédures utilisées pour approcher et attirer les participants au niveau individuel ou organisationnel ; comprend le maintien de l'implication des participants dans les composantes d'intervention et de mesure de l'étude.
- **Contexte** → Aspects de l'environnement qui peuvent influencer la mise en œuvre de l'intervention ou les résultats de l'étude ; comprend la contamination ou la mesure dans laquelle le groupe témoin a été exposé au programme.

3. Evaluation en PS

Expliquer aux participants ce qui suit :

- **L'évaluation en PS peut concerner :**
 - ☛ *Des travaux conduits par les acteurs de terrain pour revisiter leurs pratiques*
 - ☛ *Des activités de suivi/évaluation de programmes demandées par les partenaires au développement*
 - ☛ *Des travaux de recherche destinées à produire de la connaissance sur l'efficacité des actions*
- **L'évaluation en PS comprend les trois (03) dimensions suivantes : s'Informier - Apprécier et Proposer ; Le tout avec la participation autonomisante de la communauté partenaire.**



ÉVALUER



S'INFORMER
Rassemblez
des données



APPRÉCIER
Analyser
les données



PROPOSER
Faire des
recommandations

- **L'exercice d'évaluation est orienté vers la réponse à un questionnement (l'intervention a-t-elle un sens ? Est-elle adaptée au problème ? Efficace ? Efficente ? Utile ? Bien conduite ? Produit-elle des bénéfices ?) assorti de perspectives d'évolution (faire mieux) ou de prise de décision (interrompre, poursuivre, augmenter ou diminuer les ressources).**

Quatre (04) défis sont à relever, en cohérence avec les principes et valeurs de la PS¹⁸ :

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe les **Quatre (04) défis de l'évaluation en PS** comme indiqués dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 3-M5**)

¹⁸ Rappel des valeurs et principes de la PS

- **Le défi de la complexité** (*Présenter la Diapo 3a-M5*)

L'action en PS implique l'activation de plusieurs leviers aux niveaux individuel, communautaire ou politique, car elle mobilise une diversité d'acteurs aux logiques et représentations pas toujours convergentes et aux contributions incertaines.

Ainsi, les fonctions de l'évaluation (politique, économique, scientifique ou pédagogique) et les objets auxquels elle s'applique (ressources, processus, résultats, effets, ...) sont multiples et font appel à des disciplines différentes comme l'épidémiologie, la sociologie, l'économie, la gestion, etc. dont elle emprunte les méthodes et les techniques de recueil des informations.

Le recours à la mixité des sources et des méthodes et à la pluralité des points de vue dans l'appréciation des changements traduit donc toute cette complexité et cette diversité.

Ainsi :

- ☛ Les interventions en promotion de la santé ne peuvent être évaluées selon le modèle classique, centré sur l'analyse de la conformité entre un projet souhaité et réalisé. D'autres approches plus adaptées, prenant en compte les interactions entre les acteurs et leurs systèmes d'action, sont à construire.
- ☛ L'évaluation en PS nécessitera le recueil d'information à partir de différents acteurs et à différents temps (multiplicité des sources de données pour la mesure des changements et des apprentissages) ; l'adaptation du devis aux besoins des acteurs et connaissances acquises en cours d'évaluation ; l'analyse des interactions entre les acteurs et avec le contexte et la compréhension des interactions entre plusieurs variables.

- **Le défi de l'empowerment/autonomisation** (*Présenter la Diapo 3b-M5*)

Il prend en compte les deux dimensions que sont la **participation** des parties prenantes aux différentes étapes de l'évaluation et le **renforcement des compétences**, essentielles au développement du pouvoir d'agir (empowerment).

Ainsi :

- ☛ L'évaluation en PS doit s'organiser selon un processus participatif, notamment en identifiant les acteurs impliqués dans l'évaluation, la nature de leur participation et les nouvelles connaissances et compétences générées en relation avec leur implication dans ce travail.
- ☛ Le renforcement du pouvoir d'agir doit aussi faire l'objet d'une analyse (ce qui reste rare).

- **Le défi de la prise en compte des inégalités sociales** (*Présenter la Diapo 3c-M5*)

L'évaluation en PS doit intégrer la question cruciale de la réduction des inégalités sociales de santé. Il est nécessaire de prendre en compte les inégalités sociales dans le questionnement évaluatif, dans les axes d'analyse et dans l'orientation donnée aux recommandations.

Résoudre la question des inégalités sociales de santé exige la convergence, dans un cadre intersectoriel, d'actions visant l'amélioration des conditions de vie des individus et une répartition plus équitable des ressources.

- **Le défi de l'innovation** (*Présenter la Diapo 3d-M5*)

L'évaluation, parce qu'elle apporte de la connaissance et suscite la remise en question des pratiques, doit soutenir la recherche et la mise en œuvre d'actions innovantes.

L'évaluation en promotion de la santé doit considérer la dimension. Elle peut être une voie pour clarifier le cadre de la promotion de la santé avec l'ensemble des acteurs, tant locaux qu'institutionnels, décideurs et partenaires techniques et financiers, et ainsi contribuer à la qualification des pratiques dans ce domaine.

4. Comment fixer des indicateurs SMART ?

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **description des caractéristiques d'un indicateur** comme indiquée dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 4-M5*)

Un **indicateur** est une variable (valeur qui changent par rapport au niveau de référence) quantitative ou qualitative simple et fiable qui permet de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur.

De façon opérationnelle, l'indicateur est la variable qui :

- ☞ **Quantifie chaque niveau de l'activité ;**
- ☞ **Permet de suivre et d'apprécier le degré de réalisation des activités ;**
- ☞ **Permet de savoir si le résultat attendu a été obtenu.**

Un indicateur doit être SMART, c'est-à-dire :

- **Spécifique** → lié à une activité d'un projet/programme bien déterminée. Il permet de suivre étroitement le résultat qu'il est censé mesurer.

Exemple :

Produit : Les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans connaissent les moyens de prévention du VIH/SIDA

Indicateur spécifique : Proportion des jeunes de 15 à 24 ans dans la zone d'intervention qui peuvent énumérer les trois principales façons de prévenir l'infection par le virus VIH.

- **Mesurable** → qui peut être compté ou observable de manière impartiale.

Chaque indicateur a une définition opérationnelle précise qui reste immuable quelle que soit la personne qui collecte les données. La définition de l'indicateur doit être basée sur une définition internationalement acceptée lorsque celle-ci est disponible.

Il faut éviter les indicateurs sans norme d'évaluation ou de mesure.

Exemple :

Produit : Au moins 80% des enfants âgés de 6 ans ont accès à l'école.

Indicateur mesurable : Proportions d'enfants âgés de 6 ans dans la zone d'intervention ayant été inscrit à l'école.

- **Accessible** → qui peut être atteint, c'est-à-dire une cible réaliste. La cible est déterminée à partir : des données de base, du budget disponible, des tendances historiques, des attentes des parties prenantes et des jugements et conclusions de la recherche spécialisée.
- **Réalizable** → qui peut être réalisé, c'est à dire que les données sur l'indicateur sont disponibles à la périodicité indiquée en tenant compte des ressources (humaines, financières, logistique) disponibles et des facteurs de l'environnement.

NB : Il ne faut pas choisir trop d'indicateurs – seulement le minimum nécessaire pour permettre de suivre les progrès vers les résultats escomptés.

On recommande un ou deux indicateurs par résultat, au moins un indicateur pour chaque activité, mais au maximum 10 à 15 indicateurs pour un Projet.

Exemple :

Produit : Les capacités du système statistique national en matière de collecte, de traitement, d'analyse de diffusion des données désagrégées sont renforcées

Indicateur réalisable : Proportion des structures membres du Système Statistique National disposant d'un système d'information et de gestion de données.

- **Temporel** → dans une période de temps déterminé en tenant compte du niveau de référence initial et de l'objectif de performance ou cible.
Tous les indicateurs doivent être accompagnés d'une situation de référence et d'une cible, faute de quoi il n'est pas possible de mesurer leur évolution dans le temps. La cible devrait être atteinte dans les délais fixés.

Les indicateurs fournissent des informations vitales pour la prise de décisions à chaque niveau et à chaque étape de l'exécution du Projet/Programme. On distingue :

- **Les indicateurs de moyens** → qui mesurent les ressources (humaines, financières, matérielles et technologiques, informationnelles, temps) spécifiques affectées à l'exécution du Projet/Programme (ex : *Taux de consommation budgétaire*).
- **Les indicateurs de résultat** → qui mesurent si l'accomplissement a changé dans la direction souhaitée et si ce changement signifie le « succès » du programme. On distingue :
 - Les indicateurs d'extrait/produit qui mesurent les résultats immédiats obtenus par le Projet/Programme (ex : *Nombre d'agents formés*).
 - Les indicateurs d'effet et d'impact qui mesurent les changements sur les bénéficiaires et la société obtenus par le Projet/Programme. (ex : *Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois qui ont été vaccinés au DTP3 avant l'âge de 12 mois ; Taux de prévalence de contraception*).

5. Composantes de l'évaluation en PS

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **description des composantes de l'évaluation en PS** comme indiquée dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 5-M5*)

Les composantes de l'évaluation en PS sont réparties selon les trois (03) phases que sont : la planification de l'évaluation, sa mise en œuvre et l'utilisation des résultats qui en découlent.

☞ Phase de planification de l'évaluation

(1) Clarification du projet/programme à évaluer

Il s'agit à cette étape de :

- Définir avec clarté le ou les buts du projet/programme, ses publics cibles, les objectifs axés sur les résultats et les objectifs axés sur le processus, les stratégies, les activités et les ressources.
- Disposer d'un modèle logique ou un fil narratif décrivant le programme qui établit le lien

entre les intrants, le processus et les résultats (extrants/produits, effets et impact)¹⁹

(2) Mobilisation des parties prenantes

Il s'agit à cette étape d'identifier les parties prenantes et de les classer selon leur niveau de participation à l'évaluation du projet/programme.

(3) Estimation des ressources et de l'évaluabilité du projet/programme

Il s'agit à cette étape d'avoir une idée précise des ressources à consacrer à l'évaluation du projet/programme et d'en déterminer la faisabilité et la portée. Il faudra prendre en compte tous les types de ressources dont on peut avoir besoin pour mener une évaluation : RH (salaires et avantages sociaux du personnel, honoraires de consultant, etc.) ; logistique (fournitures et équipement, collecte de données, frais de déplacement, saisie des données, etc.) ; communications (coûts de conception de la documentation à distribuer, coûts de rédaction d'un rapport, frais associés à la tenue de conférences, etc.) ; temps (de combien de temps dispose-t-on pour réaliser l'évaluation).

(4) Détermination des questions d'évaluation

Il s'agit à cette étape de sélectionner les questions d'évaluation prioritaires et de cerner les approches d'évaluation les plus appropriées (évaluation des besoins ? axée sur le processus ou sur les résultats ?) pour répondre à vos questions d'évaluation.

(5) Détermination des méthodes de mesure et des procédures appropriées

Il s'agit à cette étape de :

- Choisir les méthodes de mesure quantitatives et/ou qualitatives (revue des données ou de la documentation existante, entretiens et discussions de groupe, sondages, observation et surveillance, etc.).
- Sélectionner les indicateurs
 - Indicateurs de processus en lien avec le fonctionnement du projet/programme

Exemple : Nombre de réunions tenues, Nombre d'affiches créées/distribuées

- Indicateurs de résultats en lien avec les changements attendus

Exemple : Pourcentage de participants au programme ayant répondu correctement à la question concernant les avantages de l'allaitement lors du test de suivi de l'atelier (Extrant/Produit) ; Pourcentage de lieux de travail de la collectivité à disposer d'une politique écrite favorable à l'allaitement (Effet).

- Déterminer la fréquence de la collecte de données
- Déterminer l'échantillon, c'est-à-dire un groupe suffisamment important représentatif de la population générale qui fournit l'information sur le phénomène à évaluer.
- Elaborer les instruments de collecte de données
- Elaborer des procédures pour garantir le caractère éthique des pratiques adoptées.

(6) Elaboration d'un plan d'évaluation

Il s'agit à cette étape d'établir une feuille de route claire pour finaliser l'évaluation. Cette feuille

¹⁹ INTRANTS → ensemble des ressources (humaines, matérielles, financières et informationnelles) du programme/projet.

PROCESSUS → ensemble d'activités qui utilise les intrants pour produire les résultats souhaités dans le programme / projet.

EXTRANTS OU PRODUITS OU REALISATIONS → résultats à court terme obtenus au niveau du programme / projet après la mise en œuvre des activités utilisant les ressources (Ex : niveau de connaissances accru, enfants vaccinés, personnes formées en SE, etc.)

EFFETS → résultats obtenus à moyen terme au niveau de la population, dus aux activités et extrants du programme/projet. (Ex : utilisation correcte de préservatifs, utilisation des services offerts, etc.)

IMPACT → résultats obtenus à long terme au niveau de la population, dus aux activités et extrants du programme/projet (Ex : changement de comportement durable, diminution de la fertilité, diminution de la mortalité).

de route comprendra l'information détaillée concernant l'objet de l'évaluation et la méthodologie adoptée.

☞ **Phase de mise en œuvre de l'évaluation**

(7) Recueil des données

Il s'agit à cette étape de :

- Définir des procédures et des outils normalisés pour recueillir les données
- Obtenir le consentement éclairé des répondants et un taux de réponse plus élevé

NB : Il n'est pas impératif d'obtenir un consentement signé dans toutes les collectes de données. Dans de nombreux cas, il suffit de demander aux participants s'ils consentent à prendre part à l'évaluation. Il faut également protéger la confidentialité des réponses et préserver l'anonymat des participants.

- Mettre à l'essai et réviser les instruments de collecte de données
- Former les collecteurs de données et leur donner un soutien (identifier les problèmes possibles et la façon de les résoudre)
- Recueillir les données selon les procédures établies

(8) Traitement et analyse des données

Il s'agit à cette étape de faire la synthèse et l'interprétation de l'information tirée des diverses sources exploitées. Pour mener à bien cette étape, il faudra contrôler la qualité des données, car cela affectera les résultats de l'évaluation.

☞ **Phase d'utilisation des résultats de l'évaluation**

(9) Interprétation et diffusion des résultats

Il s'agit à cette étape d'interpréter les résultats de l'évaluation et d'en ressortir les messages clés à diffuser auprès des utilisateurs. Elle comprend :

- L'élaboration de recommandations réalisables par la mise en commun des conclusions avec l'équipe d'évaluation et les parties prenantes
- L'élaboration de la stratégie de communication qui servira de base à l'utilisation des résultats de l'évaluation. Elle définira les publics cibles, les objectifs, les canaux et moyens de communication (médias de masse, médias sociaux, réseaux interpersonnels) et le plan de diffusion.

(10) Application des conclusions de l'évaluation

Il s'agit à cette étape de :

- Passer en revue les recommandations et réfléchir aux actions possibles
- Classer les changements par ordre de priorité
- Elaborer un plan d'action (action → responsable → échéancier) pour mettre en œuvre le changement
- Evaluer l'évaluation en vue d'améliorer le processus

6. Modèles de l'évaluation en PS

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les différents modèles d'évaluation en PS** comme indiqués dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 6-M5*)

L'activité d'évaluation peut revêtir plusieurs aspects dans la mesure où elle est façonnée par un ensemble de paramètres : les attentes des demandeurs, les finalités et enjeux (prise de décision,

réajustement du projet, reddition des comptes), les types d'acteurs engagés, la nature de leur implication et leurs représentations de l'évaluation, les approches (cadre de référence théorique, théorie de l'intervention, démarche participative), les méthodes (études expérimentales ou exploratoires, études de cas), la temporalité de l'évaluation (au début, en cours ou fin d'intervention) et les contextes sociopolitiques.

- En fonction de la temporalité de l'évaluation, on distingue :
 - **L'évaluation "a priori"** ou analyse préliminaire
 - **L'évaluation(s) "en cours" ou intermédiaire(s)**
 - **L'évaluation finale** qui aboutit au rapport de synthèse et peut se décliner en évaluations spécifiques.
- En fonction du types d'acteurs engagés, on distingue :
 - **L'évaluation interne** qui est réalisée uniquement par les responsables de l'action.
 - **L'évaluation externe** qui est réalisée par une/des personne(s) extérieure(s) aux organismes ayant mis en œuvre l'action
 - **L'évaluation mixte** (une combinaison des deux) qui est réalisée par les acteurs avec l'appui d'un organisme extérieur.
- En fonction du niveau de la chaine de résultat évalué, on distingue :
 - **L'évaluation du processus** qui permet d'évaluer l'élaboration, la mise en œuvre et le déroulement du projet. Elle analyse les freins et les leviers pour agir ; repère les adaptations du projet au cours du temps et leurs causes ; examine les contributions des usagers. Elle apprécie également les moyens et la pertinence et l'efficience des ressources mobilisées. Elle comprend **l'évaluation de l'activité** qui analyse les activités mises en œuvre en quantité et qualité ainsi que la pertinence des actions. Elle estime aussi si les actions ont bien touché les personnes qui étaient concernées (cf. plus haut au niveau du suivi).
 - **L'évaluation du résultat** qui évalue l'atteinte des objectifs et le niveau de satisfaction des personnes concernées ainsi que les retombées du projet, qu'elles soient prévues ou non²⁰.
- En fonction des attentes des demandeurs, des finalités et enjeux de l'évaluation, on distingue :
 - **L'évaluation strictement comparative de type "avant/après" ou "ici/ailleurs"**.
 - **L'évaluation analytique** qui recherche des causes de dysfonctionnement ou de changement.
 - **L'évaluation dynamiques de type "rétro-action"** qui modifie l'action en cours au fur et à mesure de son déroulement.
 - **L'évaluation pragmatique** qui cherche à vérifier, sur le terrain, les performances obtenues par l'application de méthodes d'intervention.
 - **La recherche évaluative** qui cherche à démontrer scientifiquement l'efficacité de certaines méthodes d'intervention avant leur application et leur généralisation.

²⁰ Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal (QC) : Presses de l'Université de Montréal ; 2009. 304 p.

Séance 2 : MODALITES ET PROCEDURE DE S&E D'UNE ACTION PROMOTRICE DE SANTE

1. Elaborer un plan de suivi-évaluation en promotion de la santé

Expliquer aux participants qu'avoir un plan de suivi-évaluation favorise la transparence et garantit que les parties prenantes sont alignées en ce qui concerne le but et l'utilisation des résultats de l'évaluation.

Les composantes habituelles d'un plan d'évaluation sont les suivantes : description du programme, objet de l'évaluation, questions d'évaluation, méthodologie, processus d'obtention du consentement éclairé et documentation connexe (le cas échéant), mesures pour garantir la sécurité des données et la protection des renseignements, personnels (le cas échéant), plan d'analyse des données, etc.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **démarche d'élaboration d'un plan de suivi - évaluation** comme indiquée dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 7-M5*)

(1) Etape 1 : Engager les parties prenantes (*Présenter la Diapo 7a-M5*)

Dans le processus complexe et interactif d'une action de promotion de la santé et de son évaluation, il est indispensable de bien définir l'organisation générale, les rôles, compétences et responsabilités de chacun et d'adapter les modes de concertation et de suivi. Cela facilite l'engagement des parties prenantes du processus d'évaluation notamment les équipes techniques d'action et d'évaluation, mais aussi les représentants des financeurs, des institutionnels, des professionnels, de la population.

Il existe quatre niveaux d'implication des parties prenantes dans les évaluations en PS :

- ☛ **Les Principales** → parties prenantes étroitement visées par le projet/programme ou qui seront étroitement associées à la mise en œuvre de l'évaluation.

Par exemple : le dirigeant du projet/programme ou l'évaluateur

- ☛ **Les Visées (impliquées)** → parties prenantes qui seront fréquemment consultées au sujet de l'évaluation ou d'une partie du processus de planification.

Par exemple, le personnel du projet/programme susceptible de recueillir des données auprès des participants au projet/programme, les décideurs qui utiliseront les résultats de l'évaluation ou les participants au projet/programme.

- ☛ **Les Favorables (soutien)** → parties prenantes qui fournissent une forme quelconque de soutien à l'évaluation, comme favoriser l'accès aux données ou faire part de leurs connaissances spécialisées sur les méthodes d'évaluation.

- ☛ **Les Périphériques** → parties prenantes qui doivent être tenues informées.

Par exemple : le dirigeant de l'organisation.

Comment identifier les **parties prenantes d'un processus d'évaluation en PS** ?

- 1) Identifier, pour chaque secteur concerné (santé, autre ministère, privé, organisation de la société civile, communauté), les personnes/groupes qui devraient participer à l'évaluation et pourquoi.

Pour ce faire il faudra dresser une liste de tous les utilisateurs possibles avec des commentaires

correspondants sur leur investissement dans l'évaluation et les utilisations potentielles des résultats de l'évaluation. La matrice ci-dessous peut servir d'outil de travail.

Secteur concerné	Personne/groupe	Commentaires
<i>Préciser l'appartenance à l'un des secteurs concernés par l'évaluation (santé ? autres secteurs non sanitaires ? secteur privé ? organisation de la société civile ? communauté ?</i>	<i>Identifier la personne ou le groupe de personne concerné par l'évaluation</i>	<i>Expliquer brièvement pourquoi la personne ou le groupe est concerné par l'évaluation. Préciser son niveau d'intérêt (Elevé vs Faible) et son niveau de pouvoir (Elevé vs Faible) relativement à l'évaluation</i>

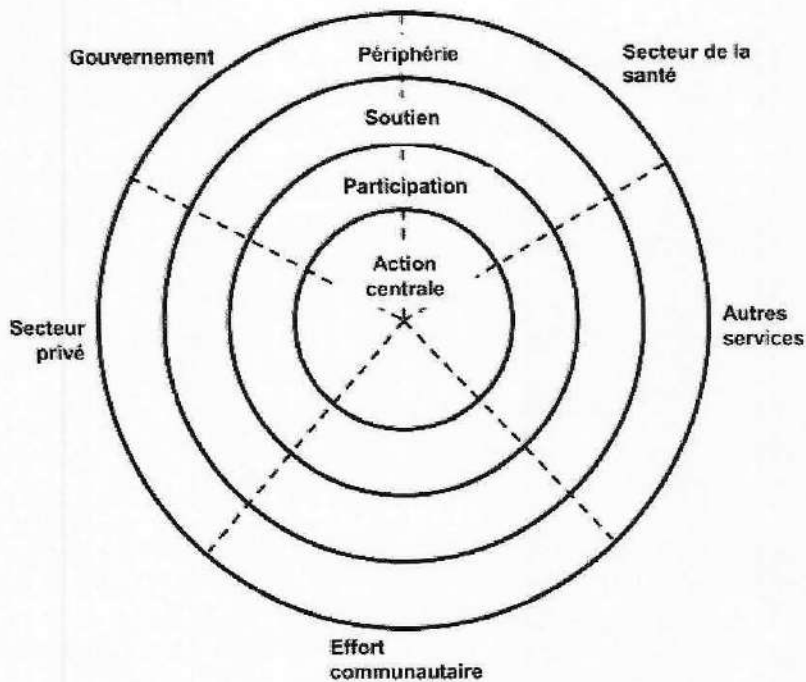
2) Décrire dans quelle mesure l'intervenant identifié participera au processus d'évaluation

Il s'agit d'apprécier l'influence des personnes/groupes identifiés sur l'action. Cette influence se mesure selon deux paramètres :

- Le **niveau d'intérêt** (Elevé ou Faible) → qui peut se mesurer par la capacité de la personne/groupe à utiliser l'information générée par l'évaluation
- Le **niveau de pouvoir** (Elevé ou Faible) → qui peut se mesurer par l'influence de la personne/groupe sur l'avenir du programme et l'investissement direct dans l'évaluation.

		FAIBLE	ELEVE
NIVEAU D'INTERET	FAIBLE	PARTIES PRENANTES PERIPHERIQUES → Seront tenues régulièrement informées des actions	PARTIES PRENANTES IMPLIQUEES → Membres du comité de suivi ou d'orientation de l'action
	ELEVE	PARTIES PRENANTES FAVORABLES → Fourniront une forme de soutien moral, matériel ou financier durant le processus	PARTIES PRENANTES PRINCIPALES → 8- 10 membres du comité technique ou de pilotage de l'évaluation
		NIVEAU DE POUVOIR	

Les parties prenantes peuvent être classées, selon leur niveau de participation à l'évaluation du projet/programme sur le cercle d'implication illustré ci-dessous :



Source: The Health Communication Unit. *The Stakeholder Wheel*. Toronto, ON: Dalla Lana School of Public Health; 1998.

- 3) Expliquer comment sera impliqué spécifiquement chaque partie prenante dans le processus d'évaluation ?
 - a. **Périphérique** → signer des documents ou autorisations ; faciliter certaine étape du processus
 - b. **Favorable** → soutien moral, matériel ou financier
 - c. **Visé/Impliqué** → membre du comité de suivi ou d'orientation de l'action (élaboration des cahiers des charges, choix du prestataire et du comité technique pour l'évaluation, coordination avec le comité technique d'évaluation)
 - d. **Principal** → membre du comité technique ou de pilotage de l'évaluation, prestataire extérieur pour l'évaluation (gestion technique du processus d'évaluation, coordination de l'évaluation)
- 4) Expliquer comment, plus précisément, le processus décisionnel fonctionnera-t-il au sein du groupe d'évaluation.

(2) Etape 2 : Définir l'objet de l'évaluation (Présenter la Diapo 7b-M5)

L'équipe d'évaluation et les autres parties prenantes doivent s'entendre sur le modèle logique (intrants, activités, résultats), la description de l'étape de développement et le ou les objectifs de l'évaluation. Pour ce faire, il faut :

- ☛ Faire une description du programme et la façon dont ses activités sont liées aux résultats prévus
- ☛ Fournir une compréhension commune de la théorie du changement qui sous-tend le programme.
- ☛ Demander à chaque personne/groupe intéressé par l'évaluation ce qui doit être évalué

et comment les résultats seront utilisés.

- ☛ Développer un ou des énoncé(s) d'objectif pertinent pour chaque groupe et chaque évaluation demandée.

Le ou les objectifs de l'évaluation identifiés seront répartis dans l'une des trois catégories principales suivantes : Rendre des jugements (respect du processus de mise en œuvre, réalisation des objectifs/résultats du programme) ; Faciliter les améliorations (le programme répond aux besoins de la population cible prévue en termes de couverture, utilisation, acceptabilité, etc.) ; Générer des connaissances.

Utiliser, pour ce faire, la matrice ci-dessous :

Personne/groupe intéressé	Ce qui doit être évalué	Comment les résultats seront utilisés	Enoncé d'objectif

(3) Etape 3 : Planification de la collecte (*Présenter la Diapo 7c-M5*)

Le choix de méthodes (qualitative et/ou quantitative) appropriées en regard des questions d'évaluation est indispensable pour que les données collectées et les résultats de l'évaluation soient crédibles, acceptés ou utilisés. Pour ce faire, il faut :

- ☛ Décrire la méthodologie et le processus d'obtention du consentement éclairé

Le tableau ci-dessous décrit la différence entre les méthodes qualitatives et quantitatives :

QUANTITATIVES	QUALITATIVES
Mesure les évolutions, les niveaux, etc.	Explore les attitudes, les motivations, les pratiques etc.
Décrit "Combien, combien de fois"	Détermine "pourquoi"
Les questions sont fermées	Les questions sont ouvertes
Explore difficilement les sujets sensibles	Explore les sujets sensibles
Exige des échantillons importants	N'exige pas besoin d'échantillons de grande taille
Coûteux et prend du temps	Peu coûteux et prend moins de temps.
Les résultats peuvent être généralisés à des populations plus larges	Les résultats ne peuvent pas être généralisés à des populations plus larges
Connaissances statistiques indispensables pour l'analyse	Connaissances statistiques non indispensables pour l'analyse
Il y a beaucoup de données et l'analyse est relativement facile	Il y a beaucoup de données et l'analyse est ardue
Les biais peuvent être maîtrisés	L'interprétation peut être biaisée par le chercheur

- ☛ Identifier les indicateurs d'évaluation et les mesures de rendement, les sources de données et les méthodes, ainsi que les rôles et les responsabilités.

Expliquer aux participants qu'une des composantes importantes du plan est la matrice de

collecte de données ci-dessous décrite :

Composante	Description
Indicateur	<i>Enoncé de l'indicateur</i>
Définition	<i>Qu'est-ce qu'on mesure ?</i>
Objectif	<i>Pourquoi cette mesure ?</i>
Situation de référence	<i>Situation de départ ou de base</i>
Cible	<i>Situation souhaitée</i>
Collecte des données	<i>Comment mesurer ?</i>
Outil	<i>Quel instrument utilisé pour la mesure ?</i>
Périodicité	<i>A quelle fréquence faire la mesure ?</i>
Responsable	<i>Qui assure la mesure ou qui s'assure de la mesure ?</i>
Rapportage	<i>Comment est utilisée la mesure ?</i>
Contrôle de qualité	<i>Comment assurer la qualité de la mesure ?</i>
Coût	<i>Combien coûte la mesure ?</i>

- ☞ Décrire les mesures pour garantir la sécurité des données et la protection des renseignements personnels (le cas échéant)

(4) Etape 4 : Planification des conclusions (Présenter la Diapo 7d-M5)

Définir le plan d'analyse des données est nécessaire pour transformer les données collectées en informations significatives, utiles et accessibles. Pour ce faire, il faudra :

- ☞ Décrire comment l'information sera analysée, ainsi que le processus d'interprétation des résultats.
- ☞ Comprendre les barrières liées à l'utilisation des données dans la prise de décision et apporter les solutions.
- ☞ Définir le besoin en information du public cible (Identifier les informations pertinentes et fiables), analyser les données en fonction et communiquer cette information au public cible (Connaître son public, utiliser des stratégies pour communiquer efficacement les informations pour la prise de décision).

Expliquer aux participants qu'il ne faut pas manquer d'associer le groupe de parties prenantes dans cette étape car c'est un gage de crédibilité et d'acceptation des données et des conclusions de l'évaluation.

(5) Etape 5 : Planification de la diffusion et du partage des leçons apprises (Présenter la Diapo 7e-M5)

La communication et la diffusion des résultats, ainsi que le partage des leçons apprises doivent être planifiés, cultivés et inclus dans le plan d'évaluation dès le début. Ils s'appuieront sur le rapport d'évaluation (simple et complet) rédigé, ainsi que le plan de communication et de diffusion qui :

- Définit les buts et objectifs de communication en fonction des principaux publics cible
- Identifie les outils de communication/diffusion qui serviront le mieux les buts et objectifs identifiés
- Etablit un calendrier pour partager les résultats de l'évaluation et les leçons apprises

Utiliser, pour ce faire, la matrice ci-dessous :

Public cible principal	Buts	Mode de communication	Calendrier
		Canaux et outils de communication	Moment de communication

2. Système d'information en promotion de la santé

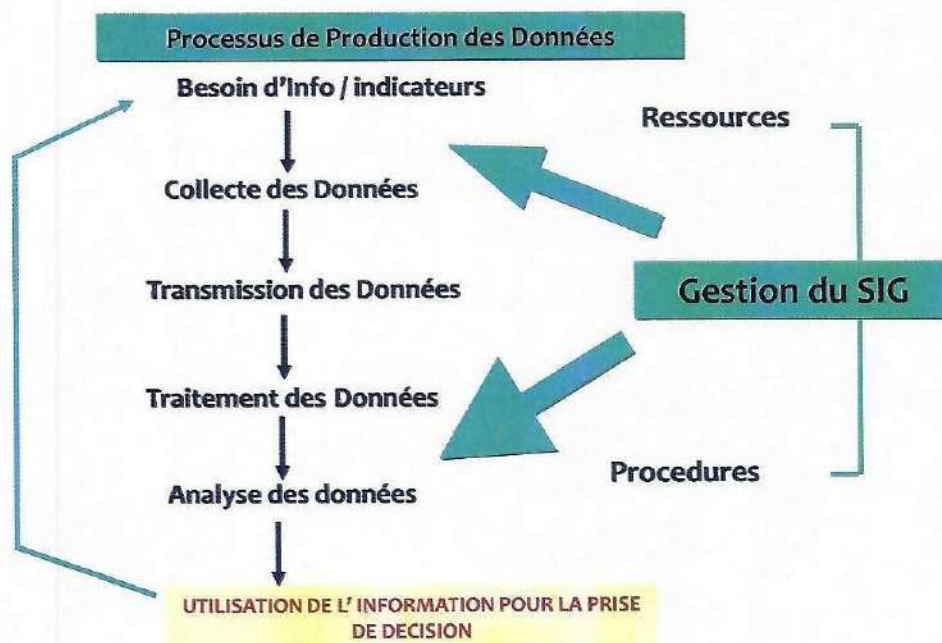
Expliquer aux participants ce qui suit :

- Le terme « **données** » s'entend des informations brutes et non traitées, tandis que le terme « **information** » renvoie, en général, aux données traitées et organisées en fonction des caractéristiques démographiques, géographiques, etc.
- Les données de S&E doivent être pratiques, disponibles à temps, fiables et spécifiques aux interventions en question. En outre, les résultats doivent être bien compris.
- L'astuce pour garantir une bonne exploitation des données consiste à établir un lien entre les données et les décisions qui doivent être prises et les décideurs.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **les caractéristiques du système d'information en PS** comme indiquées dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 8-M5**)

Le **système d'Information** est un ensemble de personnes, de procédures et de ressources qui recueillent, transforment et diffusent l'information pour faciliter la prise de décision à chaque niveau.

Il se compose de différents éléments repartis en deux catégories tel qu'illustrée dans le schéma ci-dessous :



3. Comment mettre en place un mécanisme de contrôle de la qualité des données

Expliquer aux participants que la qualité des données peut être affectée par différents problèmes qui nécessitent la mise en place d'un mécanisme de contrôle de la qualité des données. Il s'agit entre autres de :

- *L'absence des données (Champ vide) ou données reportées dans de mauvais champs*
- *Les variations brusque ou inhabituelle des données d'une période à une autre*
- *Des données absurdes (nombre à virgule à la place des nombres absolus ou vice versa) ou non conformes (nombre de tests réalisés inférieur au nombre de personnes testées)*
- *La duplication des données (les mêmes données sont reportées pour deux périodes consécutives)*
- *Des erreurs de cohérence (Deux ou plusieurs indicateurs sont incohérents) ou de saisie (Saisir 1 au lieu de 7)*
- *La transposition des chiffres (Saisir 39 au lieu de 93) ou une erreur de sommation (Hommes + Femmes > Total)*
- *La non concordance des données des différents registres et celles contenues dans le rapport*
- *etc.*

Il faut noter qu'en promotion de la santé, les données ne doivent pas être que celles des formations sanitaires, mais aussi et surtout celles en provenance de la communauté et ayant trait aux conditions de vie des populations. C'est en cela que réside toute l'importance de la participation de la communauté dans un processus d'évaluation en promotion de la santé. Et de ce fait, dans la mise en œuvre de toute intervention en PS, il faut toujours s'assurer qu'il y a une composante au niveau communautaire qui travaille à l'amélioration des conditions de vie avec la documentation de sorte à faciliter la collecte des données au moment de l'évaluation.

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe **la démarche de mise en place d'un mécanisme de contrôle de la qualité des données** comme indiquée dans la diapositive de formation. (*Présenter la Diapo 9-M5*)

Le concept de la qualité renvoie à la **conformité à des exigences**. On distingue deux (02) principales méthodes de contrôle de la qualité des données :

- ☛ **Méthode manuelle** → parcourir tous les registres, supports de collecte, les rapports pour identifier les problèmes de la qualité des données.
- ☛ **Méthode informatique** → mettre en place des règles ou outils informatiques telles que les valeurs Minimum/Maximum, les graphiques, la triangulation des données, les systèmes d'alerte, etc. pour identifier les problèmes de qualité des données.

Le mécanisme de contrôle se conçoit en regard des **dimensions de la qualité des données** qui sont :

- ☛ **L'exactitude ou validité** → réduire à un point négligeable les risques d'erreur (distorsions dues à l'enregistrement ou à l'enquêteur, erreur de transcription, erreur d'échantillonnage, etc.) en contrôlant :
 - Le lien entre l'activité ou le programme et ce qu'on est en train de mesurer
 - Le procédé de transcription des données pour identifier les possibilités d'erreur (non-respect des étapes, double saisie de données, double comptage, erreurs de calcul, etc.)
 - Le respect des définitions et interprétation des indicateurs au stade de la

- compilation des données
 - L'utilisation des outils de collecte de données
 - L'existence de série de données manquantes / incomplètes
- ☞ **La fiabilité** → s'assurer que le recueil et la mesure des données ne changent pas selon celui qui les utilise, quand et comment ils sont utilisés en contrôlant :
 - L'utilisation usuelle des mêmes méthodes et outils (compétences du personnel, instructions, fiches d'information sur les indicateurs, etc.)
 - La clarté de la gestion du circuit de l'information
- ☞ **Précision** → s'assurer que la marge d'erreur sur les données est inférieure au résultat correspondant au changement attendu dans le programme (Ex : en sciences sociales, la marge d'erreur acceptable se situe entre 0 et 10%).
- ☞ **Exhaustivité** → s'assurer que les résultats proviennent de toutes les données qui devraient être collectées et rapportées.
- ☞ **Promptitude** → s'assurer que les données sont à jour et les informations disponibles à temps en contrôlant :
 - La fréquence à laquelle le système d'information du programme est mis à jour
 - Le rythme de changement des activités du programme
 - Le moment où les informations sont réellement utilisées ou demandées.
- ☞ **Probité** → s'assurer que les données générées par le système d'information d'un programme sont protégées contre les distorsions délibérées ou des manipulations pour des raisons politiques ou personnelles.
- ☞ **Confidentialité** → s'assurer que les données collectées sont bien conservées ((tiroirs fermés à clé) et accessibles (base de données protégée par un mot de passe) qu'aux personnes qui y ont droit (protocole écrit concernant le personnel en charge des données, etc.)

Un bon système de contrôle de la qualité des données doit donc allier des actions de :

- Supervision
- Validation des données
- Vérification des données collectées
- Enquête sur la qualité des données

Le tableau ci-dessous présente quelques dispositions à prendre à différents niveaux pour améliorer la qualité des données.

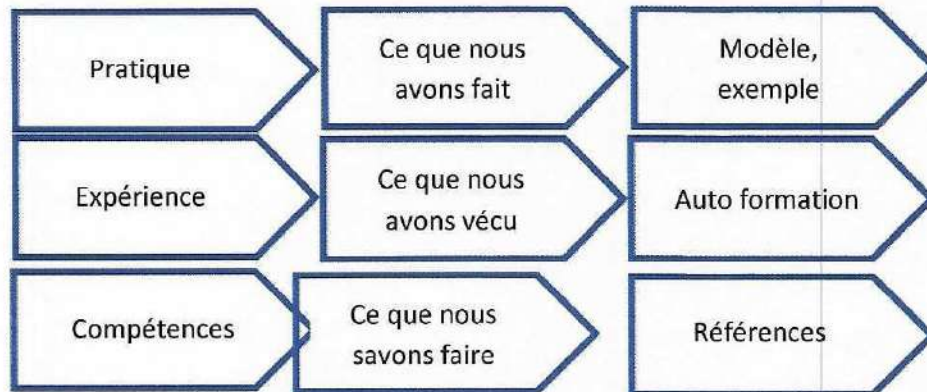
Tableau 2 : Quelques dispositions à différents niveaux pour améliorer la qualité des données.

NIVEAU D'ACTION	DISPOSITIONS A PRENDRE
AGENTS DE TERRAIN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser les bons outils de collecte pour chaque activité réalisée ▪ S'assurer / vérifier que chaque fiche de collecte est bien remplie ▪ Remplir la fiche de façon systématique (Ne pas attendre longtemps après la mise en œuvre des activités pour remplir la fiche de collecte) ▪ S'assurer de la concordance entre les données des rapports transmis et les outils de vérification (liste de présence, registre, fiches intermédiaires, etc.) ▪ Faire signer la fiche par le bénéficiaire : (optionnel pour certains types d'activités) ▪ Faire un rapport de chaque activité ▪ Mettre à jour les fiches ▪ Donner des chiffres exacts
RESPONSABLE DOMAINE TECHNIQUE / SUPERVISEUR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer que les fiches des relais, prestataires sont correctement remplies et qu'elles sont remplies systématiquement après la mise en œuvre des activités ▪ Vérifier la concordance entre les fiches remplies et les outils de vérification pour chaque prestataire (liste de présence, registre, fiches intermédiaires, etc.) ▪ Comparer les fiches et les données des prestataires entre eux pour apprécier les risques de doubles comptages ▪ Comparer les données globales avec les objectifs pour apprécier les écarts ▪ Vérifier qu'il n'y a pas d'erreurs de calcul ni d'omissions dans le remplissage des formulaires de rapportage ▪ Vérifier la concordance entre les activités réalisées et les données renseignées ▪ Organiser une réunion de partage et de validation des données collectées avant leur transmission ▪ Faire des visites de terrain avec feedback au supervisé et des rapports de supervision ▪ Transmettre les rapports dans les délais ▪ S'assurer que les agents ont effectué leur travail (rapport élaboré et déposé) ▪ Vérifier et contrôler les outils renseignés ▪ Former les agents sur les fiches de collecte de données
RESPONSABLE S&E / COORDONNATEUR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier l'utilisation du bon formulaire de rapportage ▪ S'assurer que tous les indicateurs sont renseignés ▪ S'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs ni omissions dans les données réceptionnées ▪ Vérifier la cohérence des données entre elles ▪ Vérifier la concordance entre les narratifs et les indicateurs renseignés ▪ Comparer les cibles aux réalisations pour apprécier les écarts et apprécier si les chiffres sont réalistes ▪ Comparer les données de la période avec les données des périodes antérieures pour apprécier les tendances ▪ Vérifier la concordance entre le rapport programmatique et le rapport financier ▪ Si nécessaire, comparer les données avec les rapports de supervisions ▪ Veiller à ce que les outils de collecte soient disponibles ▪ Partager les informations ▪ Vérifier les fiches de comptage ▪ Organiser des réunions de coordination ▪ Transmettre les rapports dans les délais ▪ Planifier la transmission des rapports à chaque étape

4. Modalités et procédure de capitalisation d'une intervention promotrice de la santé

Demander à un participant de lire à l'intention du groupe la **démarche de capitalisation d'une intervention promotrice de la santé** comme indiquée dans la diapositive de formation. (Présenter la **Diapo 10-M5**)

Le mécanisme de capitalisation se conçoit et se gère selon les trois (03) composantes que sont : i) la pratique (*l'action réalisée*) ; ii) l'expérience (*le vécu de la pratique par l'acteur*) ; iii) les compétences (*la façon dont l'expérience a transformé l'acteur*).



Etape 1 : Choix de l'expérience : (Présenter la **Diapo 10a-M5**)

Le choix se fait en équipe, sur la base de critères car un processus de capitalisation est participatif et plus il y a consensus sur l'expérience et plus les participants seront motivés pour la capitaliser.

Les critères ci-dessous permettent d'analyser la pratique afin d'opérer des choix, d'identifier les qualités de cette expérience et les messages clés à communiquer lors de la rédaction de la fiche.

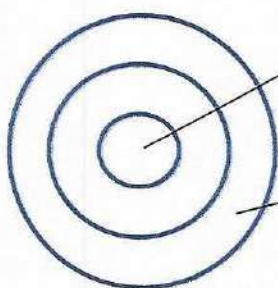
CRITERES	DESCRIPTION
Ayant fait ses preuves et obtenu de bons résultats	Une « bonne pratique » a prouvé sa pertinence stratégique comme le moyen le plus efficace pour atteindre un objectif spécifique, elle a été adoptée avec succès et a eu un impact positif sur les individus et/ou les communautés.
Durable aux niveaux environnemental, économique et social	Une « bonne pratique » répond aux besoins actuels, en particulier aux besoins essentiels des plus démunis de la planète, sans pour autant compromettre la capacité de répondre aux besoins futurs.
Techniquement réalisable	La faisabilité technique constitue la base d'une « bonne pratique » : elle est simple à apprendre et à mettre en œuvre
Reproductible et adaptable	Une « bonne pratique » doit avoir un potentiel de reproductibilité et doit donc pouvoir être adaptée à des objectifs similaires dans des contextes différents
Résultant d'un processus participatif	Les approches participatives sont essentielles en ce qu'elles permettent de générer un sentiment d'appropriation des

	décisions et des actions.
Innovante	L'innovation étant entendue comme un processus qui ajoute de la valeur ou apporte une solution inédite à un problème dans le contexte dans lequel il/elle est appliqué(e).
Sensible au genre	Une description de la pratique doit montrer de quelle manière les acteurs, hommes et femmes, impliqués dans le processus, ont pu améliorer leurs moyens d'existence.
Réduit les risques de catastrophes/crises	Une « bonne pratique » contribue à la réduction des risques de catastrophes/crises pour renforcer la résilience

Etape 2 : Planification (*Présenter la Diapo 10b-M5*)

☛ Identifier les acteurs clés et les destinataires

On distingue deux principaux types d'acteurs :



- **Les acteurs principaux** → Ceux qui ont vécu l'expérience et qu'il convient d'impliquer. En général se sont les chevilles ouvrières du projet. Par exemple une association de femmes ou l'équipe du projet.

- **Les acteurs secondaires** → Personnes qui sont moins impliqués mais dont le regard sur l'expérience peut enrichir la réflexion. Par exemple, les notables du village, les autres partenaires de l'association de femmes.

Pour les destinataires, il est important de s'être mis d'accord au préalable lors de la réunion de lancement du processus. C'est un bon moyen d'inscrire le travail de capitalisation dans une logique de communication et de partage. C'est aussi une des clés du succès car le travail de capitalisation est alors investi par les acteurs d'une utilité sociale.

☛ Rassembler la documentation

Le recensement des documents est essentiel car :

- « Si l'on veut écrire une histoire il faut en connaître les séquences. » Il faut donc trier les documents essentiels pour sauvegarder une mémoire de l'expérience, refaire la chronologie et revoir les étapes du projet.
- Les repères dans le temps sont des repères universels et ce travail préalable permet par la suite de confronter sur le terrain l'histoire subjective vécue par les différents acteurs à l'histoire plus institutionnelle du projet.

☛ Caractériser l'expérience

Titre de l'expérience	Comment se nomme l'expérience ? <i>Donner un titre provisoire</i>
Localisation	Où se passe cette expérience ? <i>Description du lieu avec ses principales caractéristiques</i>
Période et durée :	Depuis quand cette expérience a-t-elle été mise en œuvre ? <i>De 1 à 3 ans permet de satisfaire au critère de durabilité d'une bonne pratique et de pérennité des acquis</i>
Contexte	Dans quel cadre, programme ou projet s'insère l'expérience capitalisée ?

Problématique	Quel est le problème majeur ? Pourquoi cette expérience a-t-elle été mise en place ? En quoi elle apporte une solution nouvelle ? Quel état des lieux préalable au projet ? A quelles difficultés majeures étaient confrontés les bénéficiaires ?
Les initiatives précédentes	Quelles étaient les approches développées par le projet auparavant qui ont montré leurs limites et donné naissance à la bonne pratique ? Qu'apporte cette expérience de nouveau par rapport à la problématique ?
Objectifs	Quel est le but/finalité de l'expérience ?
Acteurs	Quels sont les acteurs principaux ? Quels sont leurs rôles, responsabilités et relations ?
Stratégie	Quelle est l'approche adoptée ? Les grandes caractéristiques de l'approche adoptée

Etape 3 : Collecte et analyse de données de l'expérience (Présenter la Diapo 10c-M5)

☛ Collecter des données sur le terrain

- Définition des moments clés de l'expérience

Un membre du personnel ou un autre acteur central est invité à raconter l'expérience et un animateur prend des notes (*Les participants sont invités à ajouter, préciser, contester ou retrancher des faits*).

L'analyse du récit met en évidence des événements ou des décisions pouvant être considérés comme des tournants décisifs (*moments clés où des activités ont été modifiées des outils créés, qui ont permis de développer la bonne pratique*).

- Collecte du vécu des acteurs et des histoires

Pour recueillir le vécu des acteurs plusieurs procédés peuvent être utilisés. Le focus group, l'appel à témoignages, le photo langage, les outils de la MARP, les interviews, etc.

A ce stade, décrire, donner des exemples, comparer avec d'autres expériences vécues, raconter individuellement ou collectivement sont les maîtres mots de la capitalisation d'expériences Des questions ouvertes commençant par "Comment" (état d'esprit de témoignage) plutôt que par "Pourquoi" (état d'esprit d'analyse) peuvent éviter une attitude défensive du narrateur et lui permettre de se concentrer sur son histoire.

☛ Interpréter et analyser l'expérience

A ce stade, les principaux acteurs se sont mis d'accord sur les grandes étapes du projet, les éléments déclencheurs et les tournants décisifs, ils ont déjà exprimé leur vécu, décrit, expliqué la démarche, donné des exemples, fourni des témoignages pour illustrer leurs points de vue.

Il s'agit maintenant d'animer une réflexion collective, de porter un regard critique sur l'expérience pour en tirer les principales leçons pour le futur.

L'organisation d'un atelier réunissant l'ensemble des principaux acteurs est

recommandée à condition d'adapter les outils et le niveau de langage à tous les participants. Si cela s'avère compliqué, des réunions successives avec les groupes d'acteurs sont possibles.

L'animateur de l'exercice se pose alors en porte-parole du groupe 1 puis 2 et propose des regards croisés. La méthode : la plus simple est le **SEPO** :

Etape 1 : Regard rétrospectif (*Analyse des expériences passées*)

- **Succès** : Les expériences positives, les réussites, les actions prometteuses, les points forts
- **Echecs** : les difficultés, les points qu'ils restent à améliorer, les impasses, les dérives, etc.

Etape 2 : Regard prospectif (*Les potentialités et les obstacles sont identifiés sur la base des expériences vécues*)

- **Potentialités** : les atouts, les idées, les capacités non exploitées, les nouveaux défis
- **Obstacles** : les résistances, les conditions défavorables, les limites, les dérives possibles, les conditions de la pérennité de l'action et de sa reproduction.

Etape 3 : La synthèse du groupe

Lorsque de nombreux éléments ont été identifiés, le tableau final de synthèse est réalisé en reprenant les éléments qui font consensus, qui sont considérés comme importants et qui serviront de base pour tirer des leçons et élaborer des conseils à qui voudrait s'inspirer de l'expérience.

Conseils aux animateurs des ateliers d'interprétation de la capitalisation d'expérience

Il ne s'agit plus de décrire ni d'énumérer ce qui a été fait mais de s'interroger collectivement sur le sens de ce qui a été fait, développer une analyse critique, les leçons que l'on en tire pour améliorer nos actions. La méthode est simple mais elle ne doit pas être limitante, il faut laisser le temps au débat de s'instaurer. L'utilisation d'un cas, d'exemples, d'histoires parfois contradictoires sont autant de moyens à utiliser pour faciliter l'approfondissement de la réflexion.

Des questions comme : « Si c'était à refaire que ferions-nous différemment ? » permettent de revoir le cheminement et de tirer des leçons entre autres sur les conditions pour reproduire l'expérience et de produire des conseils à qui voudrait s'inspirer de l'expérience.

Proposer à chaque catégorie d'acteurs d'énoncer et de prioriser les 5 conseils les plus précieux à adresser à qui voudrait s'inspirer de notre expérience est un procédé qui permet de faire une synthèse et de tirer les leçons essentielles de l'expérience.

Etape 4 : eExploiter les résultats de la capitalisation (Présenter la **Diapo 10d-M5)**

☛ La forme et l'écriture

Il s'agit de raconter par écrit une histoire de développement qui retrace ce qui a été fait, qui fasse ressortir la réflexion collective sur vos pratiques et comment vous avez vécu cette expérience individuellement et collectivement.

- Les qualités d'une bonne fiche de capitalisation
 - Accessible à tout public
 - Lisible, claire, concise
 - Utile pour la pratique de terrain
 - Qui donne envie de s'inspirer de l'expérience
 - Qui contribue à développer la mémoire de l'institution
- Le format de la fiche
 - La fiche ne devrait pas excéder **4 pages**, ainsi le recueil final si vous vous donnez les moyens de publier ces fiches ne devrait pas excéder une soixantaine de pages. (30 recto verso plus index, introduction ...).
 - Elle devrait contenir **2 courts témoignages** d'acteurs ayant contribué au projet afin d'illustrer vos propos ainsi **qu'une ou deux photos**.
 - Ne pas chercher à être exhaustif mais garder en ligne de mire l'intérêt de votre lecteur ; votre objectif étant de lui donner envie de vous contacter pour en savoir plus sur cette expérience.
 - Rédiger et éviter les listes qui résument et font revenir à un langage technique. Donner des titres et sous titres aux parties qui soient communicants, qui résument et valorisent les grands messages que vous voulez faire passer.

○ Les titres

Le texte rédigé, avec ses articulations, et ses sous titres ne devrait pas comporter l'intitulé des rubriques mais des titres qui mettent en relief le point essentiel, que vous voulez mettre en valeur dans chaque rubrique. En général lors de la phase d'enquête sur le terrain, les acteurs formulent des « belles phrases- clés » qui peuvent être utilisées comme titre.

☞ Le contenu

Le contexte	Il s'agit de camper le décor de l'action, quel problème vous vouliez résoudre au travers de ce projet. Inutile de s'étendre sur votre organisation institutionnelle, nous ne sommes pas dans une fiche projet ou une fiche technique mais dans une fiche de capitalisation d'une expérience : allez droit au but.
La démarche mise en œuvre	Il s'agit de retracer le chemin parcouru et de décrire, les principales phases, les problèmes rencontrés et les remédiations qui ont été apportées. Inutile de viser l'exhaustivité, ce ne sont pas toutes les activités qui ont été mises en œuvre qui font la qualité de ce que vous avez fait, privilégiez les actions qui ont été déterminantes, qui sont la clé du succès de cette expérience de l'avis de l'ensemble des acteurs impliqués.
Les différents acteurs et leurs rôles respectifs	Il s'agit de montrer comment vous vous êtes organisés, avec les partenaires importants ; comment a joué l'implication (ou non) de tous ces acteurs dans la réussite (ou les difficultés) de l'expérience.
Les résultats, effets obtenus	Il s'agit de valoriser les résultats obtenus et d'illustrer la qualité et les effets. Seuls les résultats liés à la bonne pratique sont à présenter
Les points forts et les	Une bonne question à ce stade : si c'était à refaire, que

faiblesses	changerions nous, à quel moment et pourquoi ?
Les leçons tirées	Il s'agit de mettre en forme et en synthèse les savoirs tirés de cette expérience en vue de sa reconduction et de son amélioration et que vous avez intégrés dans vos pratiques actuelles.
Les 5 principaux conseils à donner à qui voudrait s'inspirer de cette expérience	Cette rubrique est proche de la précédente, mais elle permet de poser la question de la transposition de l'expérience à d'autres contextes. Elle permet à tous les acteurs de s'adresser {des homologues pour prodiguer les meilleurs conseils qui évitent les erreurs ou tâtonnements que vous avez pu connaître

Troisième partie : RESUME DU MODULE 5

Objectif 1 : Différencier les fonctions de suivi des fonctions d'évaluation

ASPECTS FONDAMENTAUX	SUIVI	EVALUATION
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le bon déroulement du projet/programme (suivi des intrants, processus, extrants) • Prendre les mesures correctrices en communiquant les progrès aux responsables • Alerter les acteurs sur les difficultés → Répondre à la question Que faisons-nous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des enseignements destinés à améliorer l'efficacité, l'efficience et l'impact des futures programmations • Alimenter la révision des politiques et stratégies → Répondre à la question Qu'avons-nous accompli ?
Responsabilité	Activité interne au projet	Activité interne et/ou externe au projet
Périodicité	Processus continu pendant toute la phase de mise en œuvre du projet qui produit des rapports sur une base hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle	Processus ponctuel réalisé à des périodes clés du cycle de projet : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Evaluation initiale</i> (en début de projet) - <i>Evaluation à mi-parcours</i> (à la moitié du projet) - <i>Evaluation ex-post ou terminale</i> (en fin de projet)
Champ d'observation	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des ressources • Déroulement des activités • Obtention des résultats immédiats du projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Examine toute la chaîne des résultats, depuis l'utilisation des ressources jusqu'aux impacts. • Intègre l'analyse de la pertinence du projet.

Objectif 2 : Décrire les particularités du suivi-évaluation en promotion de la santé.

Le suivi ou évaluation de processus en promotion de la santé se focalise essentiellement sur les **sept (7) principales caractéristiques suivantes** :

1. **Fidélité (qualité)** → L'intervention est mise en œuvre comme prévu.
2. **Dose délivrée (exhaustivité)** → Quantité ou nombre d'unités fourni par les intervenants.
3. **Dose reçue (exposition)** → "utilisation initiale" et "utilisation continue" des matériaux ou ressources recommandés
4. **Dose Vécue (satisfaction)** → Satisfaction des publics primaire et secondaire à l'égard du programme, des interactions avec le personnel et/ou les enquêteurs.
5. **Portée (taux de participation)** → Proportion du public prioritaire visé qui participe à l'intervention.
6. **Recrutement** → Procédures utilisées pour approcher et attirer les participants au niveau individuel ou organisationnel
7. **Contexte** → Aspects de l'environnement qui peuvent influencer la mise en œuvre de l'intervention

ou les résultats de l'étude.

L'évaluation en PS comprend les **trois (03) dimensions** suivantes : s'Informer - Apprécier et Proposer ; Le tout avec la participation autonomisante de la communauté partenaire.

Quatre (04) défis sont à relever, en cohérence avec les principes et valeurs de la PS :

1. **Le défi de la complexité** → Multiplicité d'acteurs et de sources de données.
2. **Le défi de l'empowerment/autonomisation** → Pleine participation et renforcement des compétences pour développer le pouvoir d'agir.
3. **Le défi de la prise en compte des inégalités sociales** → Actions sur les conditions de vie et la répartition équitable des ressources.
4. **Le défi de l'innovation** → Dimension holistique et intégrative des interventions déployées.

Objectif 3 : Décrire les principales composantes et fonctions d'un plan de S&E

1. **L'identification des parties prenantes du S&E** qui définit clairement les rôles et responsabilités de chaque acteur impliqués dans le S&E
2. **Le modèle logique de l'intervention** à suivre et évaluer qui clarifie le lien entre les activités et les résultats, décrit la théorie de changement et énonce les objectifs de changement.
3. **La matrice de collecte de données** qui décrit les éléments ci-dessous :

Composante	Description
Indicateur	<i>Enoncé de l'indicateur</i>
Définition	<i>Qu'est-ce qu'on mesure ?</i>
Objectif	<i>Pourquoi cette mesure ?</i>
Situation de référence	<i>Situation de départ ou de base</i>
Cible	<i>Situation souhaitée</i>
Collecte des données	<i>Comment mesurer ?</i>
Outil	<i>Quel instrument utilisé pour la mesure ?</i>
Périodicité	<i>A quelle fréquence faire la mesure ?</i>
Responsable	<i>Qui assure la mesure ou qui s'assure de la mesure ?</i>
Rapportage	<i>Comment est utilisée la mesure ?</i>
Contrôle de qualité	<i>Comment assurer la qualité de la mesure ?</i>
Coût	<i>Combien coûte la mesure ?</i>

4. **Le plan d'analyse des données** qui décrit comment les données collectées seront analysées et interprétées pour leur utilisation adéquate par différent public cible.
5. **Le rapport de S&E** qui synthétise les principales leçons apprises.
6. **Le plan de communication et de diffusion des résultats du S&E** qui définit les modalités de partage des principales leçons apprises.