

VISION MONDIALE

**PROGRAMMATION DES AGENTS DE SANTÉ
VILLAGEOIS :
CONSEIL OPPORTUN ET CIBLE**

INTRODUCTION

Abréviations

ACNM	American College of Nurse Midwives (Collège Américain des Infirmières et sage femmes)
ASV	Agent de Santé Villageois
BN	Bureau National
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
COC	Conseil Opportun Ciblé
COMM	Comité Communautaire
CSD	Compétences en Secourisme à Domicile
FFa	Formation des Facilitateurs
HCI	Health Care Improvement Project (Projet d'amélioration des soins de santé)
IEC	Information, Education, Communication
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
S/N	Santé et Nutrition
SMI	Santé Maternelle et Infantile
ttC	Conseil Opportun et Ciblé
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VM	Vision Mondiale

1. Introduction

Bienvenue dans le paquet de documentation en soutien à la programmation des Agents de Santé Villageois (ASV) en matière de Conseil opportun et ciblé (ttC) pour la santé et la nutrition (S/N).

Le « Conseil opportun et ciblé » (ttC) désigne l'approche d'extension par l'Agent de Santé Villageois du conseil opportun ciblé aux soins de santé primaires auprès des ménages, elle est l'une des approches fondamentales de la Stratégie de Santé et Nutrition globale de Vision Mondiale, appelée 7-11. Cette stratégie s'appuie sur des interventions clés basées sur des faits probants et d'un bon rapport coût-efficacité en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de deux ans qui, ces interventions mis en œuvre ensemble, peuvent réduire de manière significative la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale/infantile. Les principales interventions sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Interventions clés

7 interventions en faveur des femmes enceintes : – 9 mois	11 interventions en faveur des enfants de 0 - 24 mois
1. Alimentation adéquate	1. Allaitement maternel approprié
2. Supplémentation en Fer et Acide Folique	2. Soins essentiels au nouveau - ne
3. Immunisation contre le Tétanos (VAT)	3. Lavage des mains au savon
4. Prévention du Paludisme et traitement préventif intermittent	4. Alimentation complémentaire appropriée (6 à 24 mois)
5. Espacement des Naissances et préparation à l'accouchement	5. Apport adéquat en Fer
6. Déparasitage	6. Supplémentation en vitamine A
7. Consultations prénatales, accouchement assisté, consultation postnatales, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et dépistage du VIH/de la tuberculose/des infections sexuellement transmissibles	7. Thérapie par réhydratation orale (SRO)/zinc
	8. Prévention et Recherche de soins en cas de Paludisme
	9. Immunisation complète pour l'âge
	10. Prévention et recherche de soins contre les IRA
	11. Déparasitage (+ de 12 mois)

Pour une description complète de la stratégie 7-11 et des approches fondamentales et supplémentaires qui la composent, veuillez vous rapporter au *Guide de terrain initial 7-11 sur la Santé et la nutrition dans le monde*.

Quels sont les objectifs de ce paquet de documents ?

Ce Paquet fournit aux bureaux Nationaux la série complète des documents nécessaires pour :

- Aider les projets 7-11 à développer des critères et des structures visant à soutenir efficacement les programmes d'ASV
- Guider les facilitateurs dans la formation des ASV en matière de ttC
- Fournir aux ASV la documentation de référence et les supports nécessaires à la bonne réalisation de Conseil Opportun et Ciblé au niveau du ménage

- Fournir aux ménages des outils de rappel en appui aux nouvelles pratiques auxquelles ils sont exposés par le biais du Conseil Opportun et Ciblé des ASV

Que contient ce Paquet de documents ?

Le Paquet complet de documents ASV/ttC contient six composantes.

Les Bureaux Nationaux se préparant à lancer cette programmation doivent s'assurer qu'ils disposent des six composantes suivantes :

1. Introduction (ce document)
2. Critères de la programmation des ASV
3. *Manuel du facilitateur pour la formation des ASV en Conseil Opportun et Ciblé*- en trois modules (avec une introduction)
4. *Manuel de l'ASV pour un Conseil opportun et ciblé en Santé et Nutrition* - en trois modules
5. Aides professionnelles de l'ASV : Livres d'histoires illustrés et Fiches photographiques des aliments
6. Manuels du ménage, illustrés

Des informations sur les contenus de chaque composante sont fournies à la section suivante.

Sur quelles sources Vision Mondiale s'est-elle appuyée pour élaborer ce Paquet de documents ?

1. UNICEF et Organisation Mondiale de la Santé

- *Caring for the Newborn at Home: A training course for community health workers, 2009, version préliminaire.*
- *Counsel the Family on Feeding, 2009, version préliminaire.*
- *Caring for Sick Children in the Community, 2010.*

La majeure partie du contenu de la formation de l'ASV et des visites a domicile pour le Conseil Opportun Cible est directement tirée des trois Manuels de formation ci-dessus, *le Manuel du facilitateur pour la formation des ASV et le Conseil opportun et ciblé* emprunte directement des passages à ces sources, comme cela est mentionné dans le Manuel.

Vision Mondiale ne présente pas ici un tout nouveau programme mais collabore avec l'UNICEF et l'OMS à produire des documents de formation des ASV et du Conseil Opportun et Ciblé soins de santé primaires en faveur des ménages qui, bien qu'adaptés afin de convenir au cadre 7-11 spécifique de Vision Mondiale, proviennent essentiellement des documents et des recommandations mondiales de ces deux grandes organisations.

2. American College of Nurse-Midwives

- *Home-Based Life-Saving Skills, 2004.*

L'approche Conseil qui consiste à ce que les ASV sont formés pour suivre les ménages au cours des visites à domicile est similaire au programme des Compétences en Secourisme à Domicile (CSD) développée par l'American College of Nurse-Midwives (ACNM). Des membres de la Communauté de praticiens en santé de VM ont participé à des formations en CSD et ont recommandé cette approche basée sur des faits probants, standardisée, et basée sur des histoires visant à transmettre des messages aux groupes cibles de la communauté.

Cette approche est décrite à la section 4 ci-dessous, les remerciements dus à l'ACNM étant mentionnés dans le *Manuel du facilitateur pour la formation des ASV en assistance socio-psychologique opportune et ciblée*.

3. Vision Mondiale Inde

- *Maternal/Child Health and Nutrition: A Learning Manual*, 2008 (Conseil Opportun et Ciblé)

Vision Mondiale Inde a été la première à utiliser le concept « Opportun et Ciblé », qui a été favorablement revu par l'USAID dans *The Right Messages – To the Right People – At the Right Time* (2008).

L'innovation de Vision Mondiale dans ce projet a consisté en une approche opportune et ciblée de la communication pour le changement de comportement (CCC) pour toutes les composantes du projet. C'est-à-dire que la CCC pour la santé, la nutrition et la planification familiale a été prévue en fonction du stade de la grossesse de la femme, de l'âge de son nourrisson et/ou des Intentions de reproduction du couple. Elle a ciblé les décideurs au sein de la famille¹.

Les documents de ce paquet adhèrent aux concepts opportuns et ciblés, tels que décrit de manière détaillée à la section 4, et doivent beaucoup au travail novateur de VM Inde.

4. Le Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID

- *Rapid Assessment of Community Health Worker Programs in USAID Priority MCH Countries*, 2009.

Conformément à un mandat du Congrès d'augmenter de 100 000 le nombre d'agents de santé villageois fonctionnels servant dans des pays prioritaires de l'USAID d'ici 2013, le Projet d'amélioration des soins de santé (HCI) de l'USAID a mis au point un outil permettant d'évaluer la fonctionnalité des ASV en fonction de 15 critères. Ces critères ne sont pas uniquement utilisés à des fins d'évaluation, mais représentent également des recommandations de programmation normatives en vue d'un soutien efficace au programme des ASV.

Vision Mondiale a décidé de suivre ces recommandations relatives à la programmation des ASV comme **conditions préalables** nécessaires à l'introduction d'un programme de tC dans les communautés, et exigera des projets qu'ils prouvent la fonctionnalité du programme ASV en fonction des 15 critères (ou qu'ils présentent des plans solides et réalistes pour y parvenir dans le cadre de la mise en œuvre du projet) avant que VM ne fournisse des services de formation des facilitateurs (FFa) dans le pays en question.

Cet outil est distribué dans le cadre de cette documentation, et est décrit plus en détail à la section suivante.

¹ Catherine Toth, *The Right Messages – To the Right People – At the Right Time*. USAID (2008) 1.

2. Relation avec le Ministère de la Santé

Qui exécutera la programmation ASC/ttC : Vision Mondiale ou le ministère de la Santé ?

Conformément au principe d'un partenariat avec le Ministère de la Santé (MS), il sera toujours préférable, dans la mesure du possible, d'institutionnaliser la programmation ASV/ttC au sein du MS. Un traitement complet des considérations qui détermineront si le MS d'un pays donné peut ou non assumer l'entière responsabilité de la composante ASV/ttC de la stratégie 7-11 est fourni dans le *Guide de terrain*. Un résumé des scénarios possibles est fourni ci-dessous :

Scénario	FFa réalisée par :	Formation & supervision des ASC	ASC ou autres bénévoles du MS	Programme	Degré d'opportunité
1	Techniciens de VM	MS	ASV du MS	MS/VM	Le plus favorable
2	Techniciens de VM	VM et COMM	ASV du MS	MS/VM	Plus favorable
3	Techniciens de VM	VM et COMM	Autres bénévoles	MS/VM	Moins favorable

- **Scénario 1** : Le personnel technique de VM chargé de la santé et de la nutrition (S/N) effectue la FFa avec le personnel du MS en utilisant l'approche de la ttC. Le personnel du MS continue à faciliter la formation et supervise les ASV liés au ministère, ces derniers fournissant le Conseil Opportun et Ciblé au niveau du ménage. Un programme de ttC approuvé par le MS ou le programme de ttC de VM fourni dans ce paquet de documents peut être utilisé.
- **Scénario 2** : Le MS ne dispose pas suffisamment de personnel pour permettre à ce dernier d'endosser la responsabilité de la formation et de la supervision des ASV. Dans ce cas, le personnel technique en S/N de VM réalise une FFa avec le personnel en S/N des sous bureaux de VM, qui se charge ensuite de former les ASV liés au Ministère de la Santé en utilisant l'approche de la ttC. La supervision des ASV est réalisée par le comité communautaire (COMM). Un programme de ttC approuvé par le MS ou le programme de ttC de VM peut être utilisé.
- **Scénario 3** : Le MS ne dispose pas de suffisamment de personnel pour permettre à ce dernier d'endosser la responsabilité de la formation et de la supervision des ASV, et il n'existe pas non plus d'unité d'ASV liés au ministère pouvant réaliser le COC au niveau du ménage. Dans ce cas, VM formera les bénévoles communautaires recrutés par le COMM ou liés au COMM en utilisant l'approche de la ttC. Ces bénévoles seront supervisés par le COMM. Un programme de ttC approuvé par le MS ou le programme de ttC de VM peut être utilisé.

Utiliserons-nous toujours le programme opportun et ciblé contenu dans ce paquet de documents ?

Il est important de comprendre, bien que la stratégie 7-11 nécessite une ttC en tant qu'approche de fourniture fondamentale au niveau du ménage, **cela ne signifie pas que tous les projets utiliseront le programme de ttC « de la marque » VM**. Conformément au principe de

partenariat avec le MS, les Bureaux Nationaux (BN) doivent d'abord entamer un dialogue avec les représentants du MS au niveau national afin de comprendre les types de programmation en matière de travail de proximité auprès des ménages dirigés et approuvés par le MS qui, le cas échéant, peuvent être déjà en cours dans le pays, et revoir les Manuels correspondants et/ou documents d'IEC développés autour de ces programmes. **Il est toujours préférable de travailler avec les programmes de travail de proximité auprès des ménages dirigés par le MS, et d'aider à les mettre en œuvre, plutôt que d'introduire en parallèle des modèles et programmes développés par VM.** Si des documents appropriés de COC à domicile produits par le ministère sont disponibles, ils doivent être examinés afin de les aligner sur nos messages 7-11. Un dialogue continu sera nécessaire pour décider si ces documents devraient faire l'objet d'*ajouts* afin de combler des insuffisances potentielles en termes de messages ou d'*adaptations* ; en particulier en ce qui concerne l'organisation de ces documents en des *ensembles de messages* visant à permettre la fourniture *opportune* recommandée par l'approche de la ttC.

En résumé, il existe trois possibilités de sélection d'un programme de ttC :

- Scénario 1 : Utiliser un programme et des documents **produits et/ou approuvés par le MS**, en les adaptant et en y ajoutant si nécessaire des éléments afin de garantir la fourniture de la gamme complète des messages 7-11 souhaités, de la manière *opportune* recommandée par l'approche de la ttC. Si ce scénario est adopté, les documents du MS seront utilisés *à la place du programme fourni dans ce paquet.*
- Scénario 2 : Utiliser les programmes et documents produits par Vision Mondiale (**Ce paquet de documents**) en l'absence d'ensembles de documents du MS similaires.
- Scénario 3 : Développer un programme en utilisant un **mélange** des programmes et documents produits par le MS et des programmes et documents de ttC produits par VM, assurant une couverture de la gamme complète des messages 7-11.

Il est important de comprendre que ce paquet de documents comprenant les six composantes décrites à la Section 1 constitue **l'ensemble ASV/ttC de Vision Mondiale** (en collaboration avec l'UNICEF, l'OMS, l'American College of Nurse-Midwives et le Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID). Ce paquet est fourni aux bureaux nationaux à titre de **source de documents**, mais elle doit toujours être comparée aux documents et programmes potentiellement similaires produits par le MS, et des décisions doivent être prises quant à l'option à sélectionner parmi les trois options ci-dessus. Cet exercice avec le MS et la sélection des documents doit toujours se dérouler avant que la programmation ASV/ttC ne commence.

3. Paquet de documents pour la programmation des ASV en matière de Conseil opportun et ciblé

1. Introduction

Cette introduction fournit au lecteur une présentation générale des six composantes du paquet de documents pour une programmation de l'ASV en conseil opportun et ciblé. L'introduction fournit également des informations générales et les raisons des nombreux choix qui ont été faits eu égard au contenu, à la méthodologie, à l'approche et aux visuels intégrés aux documents. Enfin, l'introduction guide l'utilisateur dans les considérations et le calendrier du déploiement de la formation des ASV et du Conseil Opportun et Ciblé à domicile associé.

2. Critères de la programmation des ASC

Tel que discuté, le Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID a mis au point un outil visant à évaluer la fonctionnalité des programmes ASV. Cet outil sert non seulement à l'évaluation mais fournit aussi d'excellents conseils, précisément pour les éléments de programmation qui résulteront sur un programme ASV fonctionnant correctement et efficacement. Vision Mondiale a décidé de considérer ces éléments de programmation comme des *conditions préalables obligatoires* au déroulement du programme de ttC. C'est-à-dire qu'avant que les ASV ne soient formés en matière de ttC et envoyés dans la communauté pour fournir un COC aux ménages, **toutes** les structures de soutien et critères nécessaires pour garantir l'efficacité et la fonctionnalité du travail des ASV doivent être en place, ou le projet doit présenter des plans solides permettant de les mettre en place dans le cadre du lancement et de la mise en œuvre.

Cette seconde composante de la documentation fournit aux projets une description des 15 considérations programmatiques ASV mises en avant par le projet HCI. Les 15 considérations associées à la fonctionnalité du programme ASV sont présentées ci-dessous :

Considérations/critères pour la fonctionnalité du programme ASV	
Processus de recrutement des ASV	Implication de la communauté
Clarté du rôle de l'ASV	Système de Reference
Formation initiale	Opportunité de perfectionnement
Formation continue	Documentation, gestion de l'information
Matériel et fournitures	Liens avec le système de santé
Supervision	Evaluation de la performance du programme
Evaluation de la performance individuelle	Appropriation par le pays
Motivation	

Les bureaux nationaux se préparant à lancer une programmation ASV/ttC doivent s'assurer qu'ils disposent de cette seconde composante de la documentation afin d'analyser ces considérations programmatiques.

3. Le Manuel du facilitateur pour la formation des ASC en Conseil Opportun et Ciblé

Quel est le contenu du Manuel du facilitateur ?

Le Manuel du facilitateur est composé de trois modules. Le premier module fournit des informations générales et une formation en compétences importantes pour les ASV, et prépare les ASV à leurs trois premières visites au cours de la grossesse. Les modules 2 et 3 poursuivent cette préparation des Agents de Santé Villageois en matière de visites de COC auprès des ménages par le biais d'une formation au contenu pertinent (c.à.d. tous les messages et comportements 7-11 recommandés) et d'un entraînement à l'approche Conseil.

Module 1

Introduction aux questions de santé et de nutrition propres à un pays : Le facilitateur est chargé de recueillir les statistiques pertinentes à partir d'une évaluation d'avant-projet et/ou d'études de référence et de les utiliser afin d'effectuer une série d'activités avec les ASV, permettant à ces derniers d'acquérir une compréhension générale des problèmes et des questions de santé et de nutrition les plus importants dans leur pays et communauté.

Communication pour le changement de comportement : Il est reconnu que, lorsque les ASV ne sont pas formés en la matière, la tendance de bon nombre d'entre eux consiste à fournir des informations aux ménages de manière descendante et unidirectionnelle, car il s'agit là souvent de la manière dont eux-mêmes ont reçu un enseignement, et de la nature de nombreux systèmes éducatifs dans le monde. C'est pourquoi, dans le premier module, l'accent est mis sur la présentation aux ASV des principes basiques de communication pour le changement de comportement et du concept selon lequel bien que *les informations en elles-mêmes* soient importantes, elles ne suffisent généralement pas à entraîner une personne à changer de comportement. Les ASV en viendront à comprendre le fossé qui existe souvent entre les connaissances et l'action, et les barrières qui peuvent empêcher une personne de mettre en pratique un comportement recommandé. Grâce à cette compréhension, les ASV réaliseront qu'ils ne peuvent pas simplement se rendre dans les foyers, présenter de nouvelles informations et partir. Ils doivent plutôt apprendre à communiquer avec les ménages par des moyens meilleurs et plus efficaces.

Compétences de communication : Les compétences de communication sont présentées aux ASC, ces derniers commençant à les développer, ainsi que des manières de parler aux familles qui contribueront à augmenter les chances que les membres de la famille adoptent les comportements dont ils parleront. Ces compétences consistent notamment à : **poser des questions, écouter, féliciter, répondre de manière appropriée et vérifier la compréhension.** Les ASC pratiqueront ces compétences de manière répétée tout au long de la formation.

L'approche du Conseil par le dialogue : L'approche standardisée à adopter au cours de toutes les visites à domicile est présentée aux ASV afin qu'ils comprennent pourquoi cette approche facilitera probablement plus un changement de comportement chez les membres du ménage qu'une simple présentation unidirectionnelle des informations. Une description complète de l'approche du conseil par le dialogue est fournie à la Section 4.

Le système de suivi : Les ASV seront formés à remplir les formulaires requis afin de suivre à la fois le travail qu'ils font (les visites à domicile qu'ils effectuent) et l'adoption par les membres du foyer d'une sélection de comportements recommandés.

Module 1 (suite)

- Visite 1 : Début de grossesse
- Visite 2 : Milieu de grossesse
- Visite 3 : Milieu de grossesse

Module 2

- Visite 4 : Fin de la grossesse
- Visite 5 : Première semaine suivant la naissance (x 3)
- Visite 6 : Premier mois

Module 3

- Visite 7 : Sixième mois
- Visite 8 : Neuvième mois
- Visite 9 : 12^e mois
- Visite 10 : 18^e mois
- Visite 11 : 24^e mois

Dans ces modules, les ASV seront formés aux contenu/messages liés aux visites à domicile et exécuteront des simulations de sessions de Conseil à domicile sous la supervision des facilitateurs. Au total, 10 des 12 sessions d'apprentissage individuelles, réalisées sur une période de 10 jours pour le module 1 et de cinq jours pour chacun des autres modules, prépareront les ASC à effectuer ces visites.

Quelle est la méthodologie utilisée dans le Manuel du facilitateur ?

Les facilitateurs utiliseront des approches interactives et participatives à la formation des ASV, le Manuel du facilitateur fournissant des conseils et des étapes afin d'aider les facilitateurs à y parvenir. Des types d'activités différents permettent de s'assurer que tous les styles d'apprentissage sont pourvus (c.à.d. visuel, oral, sonore, par les mouvements ou Kinesthésique). Les méthodologies employées au cours de la formation respectent l'apprentissage adulte, en reconnaissant que les adultes arrivent à l'activité d'apprentissage avec une série d'expériences et ne sont donc pas des « toiles vierges » sur lesquelles de nouvelles informations peuvent simplement être affichées. Toutes les sessions d'apprentissage commencent en faisant remonter à la surface les connaissances actuelles des ASV et en travaillant avec ces connaissances, et en s'appuyant sur ces dernières comme base sur laquelle présenter les nouvelles informations. Une opportunité est fournie aux Agents de Santé Villageois au cours de chaque session d'apprentissage de s'entraîner avec les supports qu'ils utiliseront au cours des visites à domicile, pendant qu'ils effectueront des simulations de sessions de conseil sous la supervision des facilitateurs.

La plupart des leçons suivent une séquence similaire visant à susciter les connaissances des ASV, à présenter et renforcer de nouvelles informations, à s'entraîner à la fourniture de messages aux ménages (par le biais de simulations) et à résumer. Du temps est également accordé au cours de chaque session pour guider une discussion autour des contraintes éventuelles que les membres du foyer pourraient rencontrer dans la pratique des comportements recommandés, et les façons pour les ASV, et la communauté en général, de réagir face à ces problèmes. La séquence générale de chaque session d'apprentissage est la suivante :

- Présenter les objectifs de la session.
- Déterminer ce que les ASV savent déjà.
- Présenter de nouvelles informations/renforcer les informations :
- Discuter des contraintes éventuelles à la pratique des comportements recommandés.
- S'entraîner avec les visuels/s'entraîner à effectuer un Conseil au cours d'une visite à domicile.
- Résumer les principaux points de la leçon.

4. Manuel de l'ASV pour un Conseil Opportun et Ciblé en Santé et Nutrition

Cette quatrième composante du paquet de documents, le Manuel de l'ASV, constitue un pendant au Manuel du facilitateur, et est fourni à tous les ASV **sachant lire et écrire** participant à la formation en ttC. Tandis que le Manuel du facilitateur fournit des conseils point-par-point permettant aux facilitateurs de délivrer la formation, le Manuel de l'Agents de Santé Villageois fournit des résumés intégrés de l'ensemble du **contenu** présenté au cours de la formation. C'est pourquoi il vise à servir de référence unique aux ASV sachant lire et écrire quant aux informations de santé et de nutrition qu'ils doivent connaître et dont ils doivent se souvenir pour travailler efficacement avec des familles dans la communauté.

De plus, des tableaux vierges sont inclus au Manuel de l'ASV pour bon nombre des sessions au cours desquelles les ASV noteront les contraintes éventuelles que les ménages de leurs communautés pourraient rencontrer dans l'exécution des pratiques recommandées et les façons dont les ASV pourraient répondre à ces contraintes. Cela permet, au cours de la formation, de ramener à la surface les mythes, conceptions erronées, croyances, non disponibilité de produits alimentaires/matériaux/produits sanitaires ou autres contraintes qui ne peuvent être mises en contexte que dans le cadre de chaque localité. Cela fournit également aux ASV l'occasion de réfléchir à ces barrières éventuelles *avant* leurs visites à domicile et d'y aller préparés dans une certaine mesure à y répondre.

Note : Le Manuel de l'ASV ne sera pas fourni aux ASV s'ils ne savent pas lire et écrire. Étant donné que l'approche de conseil à domicile est bâtie autour de documents visuels (les livres d'histoires illustrés), la ttC *peut* cependant être réalisée par des ASV analphabètes. Dans ce cas, la source du matériel de référence des ASV sera les livres d'histoires illustrés, l'ensemble du contenu y étant également intégré. Le Manuel de l'ASV vise à tenir lieu de ressource complémentaire dont peuvent bénéficier les ASV sachant lire et écrire, mais il n'est pas essentiel que les ASV sachent lire et écrire pour participer à une programmation en ttC.

5. Supports du Programme ASV : Livres d'histoires illustrés et Fiches photographiques des aliments

Que sont les livres d'histoires illustrés ?

Les livres d'histoires constituent le noyau du Conseil à domicile. Dans le cadre des 11 visites à domicile que les ASV effectueront de la grossesse à la petite enfance, les ASV travailleront avec plus de 20 histoires « problématiques » et « positives ». Les histoires problématiques illustrent les types de scénarios courants dans les communautés des pays en voie de développement qui résultent sur des niveaux élevés de morbidité et mortalité maternelles et infantiles, tandis que les histoires positives contiennent les messages essentiels qui sont au cœur de la stratégie 7-11, intégrés au scénario.

Les ASV recevront les livres d'histoires sous le format d'un folioscope relié. Les folioscopes disposent d'un codage par symboles afin que les ASV sachent à quelle visite chaque lot d'histoires correspond. Les récits sont écrits au dos des illustrations afin que les ASV puissent les utiliser facilement. Bien que la mise en récit puisse être parfois plus efficace si le récit de l'histoire est naturel et spontané, Vision Mondiale ne voit aucune objection à ce que les Agents de Santé Villageois lisent les récits mot pour mot, car cela garantira une cohérence à la délivrance du message. Néanmoins, étant donné que les illustrations contiennent en elles-mêmes une référence claire et évidente au(x) principal (aux) message(s), même les ASV ne sachant ni lire ni écrire devraient pouvoir raconter facilement et précisément l'histoire.²

Le contexte conceptuel étayant l'approche de la mise en récit et du dialogue est fourni à la Section 4 ci-dessous.

Notes sur les illustrations

Les décisions suivantes ont été prises quant aux illustrations des livres d'histoires :

Des dessins plutôt que des photographies

La décision a été prise d'utiliser des dessins plutôt que des photographies, en partie du fait de considérations d'ordre éthique liées à la large diffusion de photographies de personnes. Dans le cas des messages 7-11, de nombreuses illustrations se rapportent au travail et à l'accouchement, à l'allaitement, aux maladies difficiles et autres situations de ce genre, qui peuvent rendre les modèles humains réticents à apparaître sur une photographie qui communique de tels scénarios, et qui soulèvent les considérations éthiques susmentionnées quant à la publication de ces photos. De telles complications ou préoccupations d'ordre éthique n'existent pas avec les dessins.

De plus, la représentation des messages semble plus simple sur un dessin que sur une photographie. À moins qu'elles ne soient soigneusement composées (généralement par un professionnel), les photographies peuvent être « chargées » ou encombrées et il peut être difficile pour l'apprenant d'interpréter le message principal que la photo essaie de communiquer. De plus, il n'est pas toujours simple de prendre des photographies pour bon nombre des scénarios, tels que des bébés présentant des symptômes de maladies, un bébé ayant une attaque, ou une femme

²L'American College of Nurse-Midwives a montré que les bénévoles analphabètes réalisant une assistance socio-psychologique en compétences en secourisme à domicile et utilisant la même approche par le dialogue et la mise en récit n'entraînent que peu, voire aucune, perte de précision du message. La transmission du message s'est révélée être précise et cohérente lors des évaluations sur le terrain, même chez les bénévoles analphabètes.

saignant au cours de la grossesse, alors que ces scénarios peuvent être facilement, simplement et clairement communiqués sur un dessin.

En noir et blanc plutôt qu'en couleurs

Le noir et blanc a été choisi pour les dessins, de nouveau pour des raisons de simplicité et de clarté de la représentation du message, les artistes professionnels étant d'avis que la couleur peut souvent distraire un apprenant. Des dessins aux simples traits en noir et blanc, avec peu ou pas d'ombre, ont été jugés comme constituant le moyen le plus direct de communiquer les messages et le sujet.

De plus, l'utilisation du noir et blanc réduira les coûts de reproduction des documents ; une variable significative en ce sens que le nombre total des illustrations des livres d'histoires et des Manuels du ménage est supérieur à 250, et que chaque ASV a besoin d'un lot complet.

L'American College of Nurse-Midwives utilise des dessins au trait en noir et blanc dans ses programmes de CSD, et ces derniers se sont révélés efficaces sur le terrain.

« Générique à l'échelle mondiale » plutôt que spécifique à une région

Bien qu'il soit reconnu qu'il n'est pas toujours possible de représenter des scénarios « génériques » et applicables à tous les contextes dans lesquels la programmation ttC sera réalisée dans le monde, l'**ensemble fondamental** des illustrations du livre d'histoires tente néanmoins une représentation qui ne soit pas spécifique. Les projets sont invités à utiliser cet ensemble fondamental d'illustrations pour les supports des ASV, et l'on pense que la transmission des messages sera, avec cet ensemble fondamental, possible et efficace dans une large palette de contextes.

La décision de produire cet ensemble fondamental, non spécifique, a été prise en reconnaissance du fait que, même si une tentative de production d'ensembles d'illustrations propres à une région avait été faite dans le cadre de cet ensemble, la spécificité atteinte pour un ensemble régional quelconque ne parviendrait probablement *toujours pas* au degré de « contextualisation » que les BN souhaiteraient. La production d'un ensemble d'illustrations « propre à la région Asie », par exemple, ne prend pas en compte l'importante variabilité entre les pays de la région, des pays aussi différents que l'Inde et la Chine par exemple. C'est pourquoi, la décision a été prise de produire un ensemble d'illustrations fondamental, non spécifique, mis à la disposition de tous les bureaux. Bien que les bureaux puissent utiliser cet ensemble tel quel, cela n'empêche pas un BN de choisir de refaire certains des dessins ou tous les dessins de l'ensemble si une contextualisation plus importante de la représentation visuelle est souhaitée, ou de recruter un illustrateur local à cette fin si des fonds sont disponibles.

Que sont les fiches photographiques des aliments?

Outre les folioscopes d'histoires, les ASV recevront également un lot de « fiches photographiques des aliments » dans leur paquets de supports. Il s'agit des photos de 35 aliments environ, représentant toutes les catégories d'aliments et de nombreuses sources de

micronutriments. Les photographies sont reproduites à la taille de fiches et plastifiées, de façon à ce que les ASV puissent les utiliser comme s'il s'agissait d'un jeu de cartes, les mélangeant et les triant de manière appropriée selon l'objectif de l'activité d'apprentissage. Les ASV utiliseront, à de nombreuses occasions au cours des visites à domicile, les fiches photographiques des aliments avec les familles afin de renforcer les messages relatifs aux catégories d'aliments, aux sources de micronutriments, à la nutrition de la femme enceinte, à l'alimentation complémentaire des nourrissons âgés de six à 24 mois et autres points semblables.

Note : Les BN voudront probablement compléter l'ensemble de fiches photographiques des aliments par des photos supplémentaires d'aliments localement spécifiques. Il suffira de prendre une série de photographies numériques et de les reproduire avec l'ensemble fondamental.

6. Manuels du ménage

La dernière composante de la trousse de documents soutenant la programmation ASV pour la ttc est le Manuel du ménage. Il ne suffit pas que les ASV disposent de supports à utiliser au cours des visites à domicile ; il est également nécessaire que les membres du ménage eux-mêmes disposent de documents de rappel concrets afin de les aider à retenir toutes les informations auxquelles ils sont exposés.

Le Manuel du ménage est organisé par sujet, notamment les signes de danger au cours du travail et de l'accouchement, les soins anténatals et les soins néonataux essentiels, une ou deux pages étant consacrées à chaque sujet. Sur chaque page, jusqu'à six illustrations représentent les principaux messages/comportements se rapportant au sujet. Ainsi, la page traitant des signes de danger au cours du travail et de l'accouchement inclura des illustrations d'une femme souffrant de saignements abondants, d'une femme ayant de la fièvre et des frissons, d'une femme ayant une attaque, d'une femme en travail prolongé, et une représentation de l'évacuation d'une femme vers un centre de santé. Le Manuel du ménage pris dans son ensemble contient tous les messages et comportements 7-11 clés.

La plupart des illustrations incluses au Manuel du ménage **sont identiques à celles que les ASV utiliseront lorsqu'ils raconteront les histoires positives**, se basant sur les principales illustrations de message comme outils d'enseignement. De cette façon, les membres du foyer pourront rapporter ce qu'ils apprennent au cours de la session de conseil Opportun Ciblé avec l'ASV aux illustrations de leur Manuel de rappel. Cette décision de reproduire les illustrations est conforme à la reconnaissance du fait qu'une interprétation ou un « décodage » correct d'une illustration ne peut être considéré comme acquis ; il convient de s'assurer que les ménages comprennent clairement la signification de chaque illustration. Pour faciliter cette compréhension, il est préférable de travailler avec une cohérence et une répétition des matériels visuels, en vue de garantir une interprétation précise des messages par les membres de la famille. Vision Mondiale a décidé d'adopter la même approche que celle utilisée dans le programme CSD eu égard au Manuel du ménage.

Ceci se démarque d'une décision en faveur de la « contextualisation » du Manuel du ménage. Bien que les avantages à refaire les illustrations des Manuels en fonction de la localisation de chaque projet consisteraient en *le caractère familier* des illustrations en termes de contextes identifiables et de caractéristiques faciales, cet avantage ne peut compenser la complication accrue en termes d'apprentissage et d'interprétation du message lorsque les illustrations dont les

ménages disposent dans leur Manuel *diffèrent* de celles utilisées par les ASV pour les conseiller. Il a été jugé préférable de conserver une cohérence entre les aides visuelles de l'ASV et le Manuel du ménage, même si cela empêche la contextualisation des Manuels.

Tous les projets doivent s'assurer qu'ils sont en possession des six composantes de la documentation pour la programmation ASV en Conseil opportun et ciblé, telles que décrites plus haut.

4. L'approche Conseil opportun et ciblé

Qu'entendons-nous par « opportune » et « ciblée » ?

La nuance particulière de l'approche de la ttC qui la distingue des autres façons plus traditionnelles de fournir des services de travail de proximité communautaires, consiste en ses caractéristiques « opportune » et « ciblée ».

Lorsque les approches de changement de comportement sont élaborées autour de l'année calendaire ou des semaines de travail des prestataires, les messages atteignent souvent les « faiseurs » trop tôt ou trop tard. Cet aspect du calendrier de la communication des messages est capital pour obtenir des résultats tels que le commencement de l'allaitement ou la vaccination contre la rougeole, qui nécessite un calendrier précis. Le conseil opportun et ciblé est donc conçu pour délivrer les messages en temps opportun : ni trop tôt, sinon ils seront oubliés, ni trop tard pour que le comportement puisse être adopté. Le calendrier du programme de ttC et du conseil à domicile organise les nombreux messages 7-11 en un ensemble **de messages** à fournir à des moments appropriés au cours de la grossesse et de la petite enfance.

Le Conseil opportun et ciblé est conçu pour être fournie au niveau du ménage, permettant aux messages de cibler de manière appropriée ceux qui peuvent adopter ces comportements, ainsi que les membres du ménage qui pourraient influencer la décision d'adopter ces comportements, tels que les maris, les grands-mères, les belles-mères et autres.

Pourquoi les visites sont-elles effectuées dans des ménages individuels ?

Le Conseil opportun et ciblé est le mieux réalisée dans un contexte de domicile individuel, car cet environnement permet au mieux et favorise une communication franche et ouverte. Dans l'environnement sûr de leur propre domicile, les membres de la famille peuvent dialoguer sans hésitation ni réserve des questions qui les inquiètent, préoccupent ou troublent eu égard aux pratiques recommandées par l'ASV. Ils peuvent aussi poser des questions et prendre le temps dont ils ont besoin pour comprendre parfaitement les recommandations.

De plus, le fait d'entrer dans le foyer permet un engagement de *tous* les membres du ménage. Cela est important car, bien que ce soit souvent le principal aidant (la femme enceinte/la mère de l'enfant) qui mettra les comportements recommandés en pratique, la capacité de cette femme à cet égard est souvent limitée par les opinions et décisions des *autres* membres du foyer, et en particulier du mari, des femmes âgées, des grand-mères et belles-mères. Il est d'une importance capitale d'impliquer ces « personnes influant le comportement » dans les dialogues, car il s'agit souvent également des décideurs principaux.

Enfin, cette approche en tête-à-tête permet d'adapter les recommandations à chaque situation et besoin spécifique du ménage en question. Au cours de leur formation, les ASV sont formés à identifier les contraintes et barrières éventuelles que pourrait rencontrer le ménage lorsqu'il tente de mettre en pratique un nouveau comportement, et cet élément de discussion et de négociation figurera toujours dans la session d'assistance socio-psychologique à domicile. Toutes les familles ne vivent pas les mêmes situations ; il est donc nécessaire d'adapter le dialogue et les recommandations aux réalités spécifiques de chaque famille. Le Conseil auprès d'un ménage individuel rend cette adaptation possible.

Ceci dit, il peut exister des circonstances dans lesquelles les projets choisiront d'organiser **des sessions en groupe de pairs**, et non des sessions auprès de ménages individuels. Dans certains cas, la distribution géographique des ménages peut rendre difficiles l'organisation et la réalisation régulière de visites individuelles à chaque ménage. Tel pourrait être le cas, par exemple, dans des zones de projet très peu peuplées. Il convient de reconnaître que les sessions de groupe présentent l'avantage d'exposer en même temps de nombreux membres de la communauté aux mêmes messages et idées, entraînant le développement d'une « masse critique » de personnes pouvant considérer ensemble les avantages de l'adoption d'un nouveau comportement. Ce type de soutien des pairs rend souvent plus facile et plus acceptable pour une personne de prendre le risque de tenter quelque chose de nouveau, en réduisant le risque que cette personne soit considérée par les autres comme étant un « déviant ». C'est pourquoi un projet peut souhaiter que les ASV fournissent le conseil aux groupes de pairs et non à des ménages individuels, bien qu'il faille faire attention à comparer les avantages de cette méthode avec les solides bénéfices découlant d'une organisation au niveau du ménage individuel.

Qu'il s'agisse d'un ménage ou d'un groupe, le principe de ciblage des messages vers les personnes qui sont le plus à même d'adopter les nouveaux comportements, parallèlement au ciblage des personnes influentes dans la vie de cette personne, reste le même.

Qu'est-ce que l'approche du conseil basée sur une histoire et sur un dialogue ?

L'approche que les ASV utiliseront pour le conseil à domicile est basée sur le principe de *l'apprentissage* et sur les principes du *changement de comportement* selon lesquels la transmission descendante, unidirectionnelle « traditionnelle » de l'information ne mène ni à un apprentissage et une mémorisation efficaces ni à des changements de comportement. Du point de vue de l'apprentissage, il est reconnu que les adultes doivent s'engager activement dans leur processus d'apprentissage, en s'appuyant sur ce qu'ils savent déjà et en incorporant de nouvelles informations et idées aux cadres mentaux existants. Du point de vue du changement de comportement, il est reconnu que les informations et la sensibilisation à *elles-seules* ne suffisent pas à changer un comportement, mais qu'un long processus de considération des nouvelles pratiques, d'attention aux barrières et contraintes, de pratique d'essai en bénéficiant de soutien et d'encouragement constitue toutes les phases par lesquelles une personne passera avant d'adopter de manière permanente une nouvelle pratique ou un nouveau comportement.

Une approche de conseil à domicile qui englobe la présentation respectueuse des nouvelles informations, un dialogue autour des nouvelles idées, une négociation des pratiques d'essai et une analyse des obstacles éventuels à ces pratiques, optimise les conditions dans lesquelles les ménages peuvent apprendre le plus efficacement et être le plus efficacement soutenus dans leurs efforts visant à améliorer leur état sanitaire et nutritionnel.

Comme indiqué dans la description du Manuel du facilitateur, les ASV seront formés en concepts basiques de la théorie du changement de comportement, seront totalement familiarisés avec l'approche conseil à domicile, acquerront des compétences de facilitation qui les aideront à communiquer efficacement avec les membres du ménage et pratiqueront tous ces éléments de manière répétée tout au long de la formation.

1. Histoires

Au cours de chaque visite à domicile, les ASV présenteront au moins une « histoire problématique » illustrée, suivie de questions directrices et une « histoire positive » également suivie de questions directrices.

L'utilisation d'histoires illustrées permet un processus de « conscientisation », terme inventé par l'éducateur brésilien Paulo Freire. L'une des idées de base de la conscientisation est que les êtres humains, étant « inscrits » comme ils le sont dans leurs situations de vie, ne peuvent pas toujours analyser et évaluer objectivement ces situations. Dans la mesure où ces situations sont problématiques, il est cependant nécessaire de précisément reconnaître les causes des problèmes pour ce qu'elles sont et d'évaluer et analyser efficacement les solutions possibles. Tant qu'une personne est inscrite dans sa situation, cette objectivité et perspective nécessaires ne sont pas toujours possibles ou « faciles à voir ».

Le processus de conscientisation implique alors une première étape de « codification » de la réalité. Cela signifie que la situation problématique dans laquelle la personne s'inscrit lui est présentée sous forme de « code », généralement une illustration ou une théâtralisation de la situation problématique. En présentant la situation ainsi, la personne a l'opportunité de voir sa situation comme si elle y était *étrangère*; comme si la situation concernait quelqu'un d'autre, à savoir le(s) personnage(s) des illustrations ou des pièces de théâtre. En « sortant » de la situation et en la regardant avec objectivité, la personne est souvent mieux à même de reconnaître le problème pour ce qu'il est. Il s'agit de la conscientisation ou du processus consistant à prendre conscience ou à devenir objectivement conscient d'une situation problématique. À mesure que ce « réveil » se produit, la personne est mieux à même d'évaluer les causes du problème, et d'évaluer les bénéfices potentiels des solutions qui lui sont présentées par l'enseignant (dans ce cas, l'ASV). Elle procède à une évaluation depuis une position de connaissances et de conscience, par opposition à une « acceptation » simple de ce que l'« expert » a à dire.

Codification : Les « histoires problématiques » utilisées au cours du processus conseil à domicile visent à permettre cette « codification ». Divers scénarios problématiques liés à la santé et à la nutrition sont présentés aux familles, en supposant que ces scénarios seront très souvent similaires aux réalités vécues par les familles. D'abord, les membres du ménage réfléchissent à ces scénarios problématiques comme s'ils y étaient étrangers, comme si les événements « arrivaient » aux personnages des histoires, et non à eux-mêmes. Cela permet l'« objectification de la réalité » qui aide les familles à voir le problème pour ce qu'il est ; ce dont ils peuvent ne pas toujours être capables lorsqu'ils sont eux-mêmes inscrits dans la situation. L'ASV présente l'histoire et pose une série de questions directrices qui aident les membres du ménage à reconnaître et admettre le problème qui existe.

Personnalisation : L'ASV posera alors des questions directrices qui aideront la famille à faire le lien entre la situation « arrivant au personnage de l'histoire » et ses propres réalités. Les familles ne rencontreront pas toujours les problèmes dépeints dans les histoires : les questions directrices permettront d'affirmer dans quelle mesure le scénario problématique est ou n'est pas pertinent pour chaque ménage individuel. Dans les cas où les ménages connaissent des problèmes similaires à ceux dépeints dans l'histoire, les questions directrices aident à « réveiller » la famille quant à l'existence de la situation dans leur vie, et à mieux se positionner pour agir efficacement.

Présenter de nouvelles informations : Les ASV présenteront alors de nouvelles informations aux ménages. Ces informations seront d'abord présentées sous la forme de l'« histoire positive ». Cela évite le type de présentation descendante faite par un expert de faits qui peuvent souvent être rébarbatifs pour un apprenant adulte et reproduit le processus visant à permettre au membre du ménage de voir les résultats des nouvelles actions (positives) dans la situation d'une « autre personne ». De plus, l'approche de la mise en récit permet de « rassembler » ou regrouper des informations en une « catégorie » générale de l'histoire, ce qui facilite davantage la mémorisation par l'apprenant que ne le ferait une simple présentation de messages isolés (en effet, étant donné le grand nombre de messages relatifs à la santé et à la nutrition communiqués par le biais de 7-11, la présentation de ces messages sous forme d'éléments isolés doit être autant que possible évitée). L'ASV travaille au moyen d'une série de questions directrices afin d'établir dans quelle mesure les messages sont nouveaux ou au contraire déjà familiers aux membres du ménage.

2. Dialogue

Après la codification, la conscientisation, la personnalisation et la présentation de nouvelles informations réalisées grâce à la mise en récit, le processus de conseil se déplace alors vers un dialogue ouvert entre l'ASV et les membres du ménage. Les ASV disposent de nouveau de questions directrices afin de faciliter le dialogue. Conformément à la théorie de l'apprentissage, le dialogue commence par l'identification des pratiques positives que la famille accomplit *déjà* ; c'est-à-dire que le dialogue commence par ce que l'apprenant sait déjà. Les ASV sont formés à reconnaître, affirmer et louer ces comportements positifs, apportant ainsi un élément appréciatif à l'approche conseil (bien que l'approche ne soit pas une méthode d'« investigation appréciative » complète).

Le dialogue se déplace alors vers une discussion relative aux messages et pratiques représentés dans l'histoire positive qui sont *nouveaux* pour les membres de la famille. Bien que le dialogue soit structuré dans la mesure où les ASV disposent de questions directrices sur lesquelles s'appuyer, les ASV sont formés à accorder une large place aux discussions ouvertes et improvisées afin que les membres de la famille puissent poser des questions, faire part de leurs préoccupations et clarifier totalement tout doute ou confusion qu'ils pourraient avoir eu égard aux nouvelles pratiques.

3. Négociation et « analyse des barrières »

Lorsque l'ASV est sûr que les membres de la famille *comprennent* parfaitement les nouveaux messages positifs, le processus de conseil se déplace alors vers la négociation, au cours de laquelle l'ASV demande à la famille si elle pense pouvoir ou non mettre ces nouveaux comportements *en pratique*. Une partie intégrante de cette étape de négociation consiste en un type informel d'« analyse des barrières ». C'est-à-dire que les ASV sont formés à discuter avec les membres de la famille des contraintes ou obstacles éventuels qu'ils pourraient identifier dans la mise en pratique de ces comportements. Au cours de leur formation, les ASV auront déjà pensé à ce que pourraient être ces contraintes dans leur propre contexte, et auront déjà préparé des réponses possibles visant à aider les membres de la famille à penser à la façon dont ces contraintes pourraient être surmontées. Il est entendu que toutes les contraintes potentielles ne seront pas toujours résolubles au niveau de l'ASV et de la famille ; dans de tels cas, les ASV rapporteront ces problèmes au COMM ou au personnel du MS local, en fonction de ce qu'il est

approprié et possible de faire. Cette étape se termine par l'ASV et les membres du ménage convenant ensemble des nouvelles pratiques que le ménage s'engage à essayer d'adopter.

Utilisation du Manuel du ménage

Le processus de négociation est réalisé en utilisant le Manuel du ménage. Le Manuel du ménage contient des illustrations pour **toutes les pratiques recommandées** et peut donc être utilisé comme outil afin d'examiner et d'accepter ces pratiques. Des symboles figurant sous chaque illustration permettront de suivre l'adoption de ces pratiques par la famille. Les comportements déjà pratiqués par la famille seront cochés. Si une famille ne pense pas pouvoir adopter un comportement, il sera alors représenté par un X. Si l'ASV et la famille négocient ensemble que la famille *accepte d'essayer* un nouveau comportement, un espace est fourni sous l'illustration correspondante pour y inscrire des initiales ou y apposer une empreinte, servant à formaliser l'accord négocié. Ces accords peuvent être réexaminés au cours des visites ultérieures, et le processus de changement de comportement peut ainsi être suivi.

5. Travailler avec des ASV analphabètes

Bien que les documents contenus dans cette trousse aient été développés en prenant en compte les divers profils d'ASV que les projets peuvent rencontrer dans différents contextes nationaux, certains ajustements seront nécessaires lors de la fourniture de la formation à des ASV qui ne savent ni lire ni écrire.

1. Réaliser toutes les activités au moyen de discussions ; ne pas écrire sur le tableau de conférence

Le Manuel du facilitateur contient des instructions stipulant de « noter les réponses sur le tableau de conférence ». Les facilitateurs doivent comprendre qu'à chaque fois qu'une instruction **d'écrire** apparaît, le facilitateur n'écrira *pas* s'il travaille avec un groupe d'ASV analphabètes. Toutes ces activités devront être traitées au moyen d'une discussion. Un degré de répétition peut être nécessaire afin de s'assurer que les ASV mémorisent les principaux points, étant donné ces points ne seront pas affichés sous forme écrite.

2. Ne pas distribuer le Manuel de l'ASV

Le Manuel de l'ASV vise à servir uniquement de source de référence aux Agents de Santé Villageois qui savent lire et écrire. Le matériel de référence pour les ASV analphabètes est limité aux supports illustrés.

3. Compter sur les supports visuelles pour la mémorisation du contenu et une référence au contenu

Tandis que le Manuel de l'ASV sert de source unique de contenu pour les ASV sachant lire et écrire, les ASV ne sachant ni lire ni écrire disposeront néanmoins également d'une source de référence *s'ils réussissent à retenir les récits des histoires*. Les illustrations fournissent des représentations claires de **tous** les messages 7-11 clés. Les récits et les illustrations des histoires, pris collectivement, fournissent donc l'intégralité de la référence au contenu clé dont a besoin un ASC. Les facilitateurs doivent mettre un accent particulier sur l'examen de ces aides

professionnelles et sur l'entraînement avec ces aides au cours de la formation des ASV analphabètes. Toutes les autres activités décrites dans le Manuel du facilitateur doivent tout de même être réalisées, mais la consolidation des informations se produira grâce à une utilisation extensive et répétitive des aides visuelles.

4. Évaluer dans quelle mesure les ASV parviennent à mémoriser les histoires

L'hypothèse est que les ASV pourront transmettre précisément les histoires aux familles, étant donné que les illustrations communiquent tous les messages de l'histoire. Néanmoins, les facilitateurs doivent faire attention au degré de mémorisation des récits des histoires et de leur transmission précise par les ASV analphabètes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de fournir à l'ASV un enregistrement des récits, bien qu'il soit reconnu que cela représenterait une charge de fournitures supplémentaires pour le projet. Autrement, les facilitateurs devront intégrer autant de répétitions que nécessaires pour aider les ASV analphabètes à mémoriser les récits des histoires.

5. Autre

D'autres recommandations pourraient surgir suite au test sur le terrain du programme de ttC.

6. Programmer la formation de l'ASV et s'y préparer

Programmer la formation de l'ASV

Un calendrier recommandé de la formation d'un groupe d'ASV dans une zone de projet est fourni ci-dessous :

Module	Nb de jours	Commentaires
Formation en classe : Module 1	10	Deux semaines de formation en classe sont nécessaires au début, pour inclure toute la formation générale et la préparation aux trois premières visites de la grossesse
Intervalle de quatre à six mois Après la formation d'introduction du Module 1 et la formation visant à se préparer aux trois premières visites de la grossesse, les ASV identifieront une cohorte de femmes aux premiers stades d'une grossesse et effectueront les visites 1 à 3 auprès de cette cohorte sur une période de quatre mois environ, avec le soutien et l'assistance fournis par les superviseurs des ASV. Une fois les trois premières visites effectuées avec succès auprès de toutes les femmes de la cohorte, et avant que ces femmes n'accouchent, les ASV retourneront suivre la formation en classe du Module 2.		
Formation en classe : Module 2	5	Une semaine de formation en classe visant à préparer les ASV à la quatrième visite de la grossesse, à la visite de la première semaine et à la visite du premier mois (visites 4 à 6).
Intervalle de trois mois Les ASV effectueront les dernières visites de la grossesse, les visites de la première semaine de vie du nourrisson, et la visite du premier mois de vie du nourrisson au cours de cet intervalle. Trois mois sont prévus pour l'étalement des accouchements des femmes enceintes de la cohorte.		
Formation en classe :	5	Une semaine de formation en classe visant à préparer les ASV à

Module 3		effectuer les visites de la grossesse 7 à 11 (sixième, neuvième, 12 ^e , 18 ^e et 24 ^e mois).
Les ASV effectuent la dernière série de visites sur une période de 18 mois. Ils peuvent également rajouter de nouvelles cohortes de femmes enceintes à leur charge de travail à ce moment-là.		

Formation de remise à niveau

La directive selon laquelle les superviseurs doivent organiser des réunions mensuelles et trimestrielles avec tous les ASV est également incluse aux critères de programmation des ASV. Ces réunions doivent toujours comprendre un examen des documents de formation et une formation de remise à niveau si nécessaire. Le processus d'évaluation de la mémorisation des informations et compétences par l'ASV dans l'exécution des visites de conseil à domicile doit être continu, une formation de remise à niveau étant intégrée à la structure de supervision et de suivi du projet.

Ratio facilitateur/ASV pour la formation

La présence d'*au moins deux facilitateurs* pour tout groupe d'ASV formés est recommandée. La méthodologie de la formation, en particulier eu égard aux simulations de l'assistance socio-psychologique à domicile en petits groupes, sera très difficile à gérer par un seul facilitateur. Des équipes de deux facilitateurs ou plus sont toujours recommandées.

Deux facilitateurs peuvent travailler avec un groupe comptant 12 à 14 ASV. La taille du groupe peut augmenter jusqu'à 20 ASV si un troisième facilitateur est présent.

Reproduction des documents

NB : Ces directives sont fournies pour des projets utilisant **ce paquet de documents de Vision Mondiale**. Tel que discuté, il est également possible, et même préférable, de travailler avec les programmes et documents existants du MS.

1. Choisir les illustrations du livre d'histoires

Tel que discuté, des projets peuvent choisir d'utiliser l'ensemble des illustrations fondamental, non spécifique fourni dans cette documentation ou de recruter un illustrateur pour refaire une partie ou toutes les illustrations afin de produire un ensemble contextualisé, propre au pays/au contexte.

2. Reproduire les illustrations, les récits des histoires et les questions directrices et les compiler dans des folioscopes reliés.

Étant donné que l'ensemble des supports fournis dans cette trousse de documents inclut des illustrations en noir et blanc, il est possible de photocopier, et non d'imprimer, les illustrations voulues. Les récits des histoires doivent être imprimés aux dos des illustrations de manière à ce

que l'ASC voit le récit pendant que le ménage regarde l'illustration. Tous les livres d'histoire *doivent être* reliés au moyen d'une spirale en plastique permettant de « feuilleter » le livre et de passer d'une illustration à l'autre. Toutes les histoires se rapportant à la même visite doivent être **reliées ensemble**, de manière à ce que l'ASV reçoive **11 lots** d'histoires reliées pour les 11 visites. Il est important que l'ASV sache toujours quel lot d'histoires il emmènera avec lui à chaque visite à domicile. Les livres d'histoires ne doivent pas être mélangés ni être détachés, car cela rendrait quasiment impossible le suivi par l'ASV.

Si le projet dispose de fonds suffisants, les livres d'histoires peuvent être plastifiés. Les livres d'histoires plastifiés dureront nettement plus longtemps sur le terrain que des versions photocopiées ou imprimées sur papier.

Le projet doit s'assurer que chaque ASV reçoit un lot complet de tous les livres d'histoires.

3. Imprimer et plastifier les fiches photographiques des aliments

Les fiches photographiques des aliments se présentant sous forme de photographies couleurs, il sera nécessaire d'imprimer en couleur, et non de photocopier, ces visuels. Les fiches photographiques des aliments doivent être imprimées à la taille d'une fiche et plastifiées afin d'être durables.

Les projets peuvent choisir de prendre des photos supplémentaires d'aliments locaux à inclure au lot de fiches photographiques des aliments. Chaque ASV recevra un lot complet.

4. Photocopier ou imprimer le Manuel du facilitateur, le Manuel de l'ASV et le Manuel du ménage

- Un Manuel du facilitateur pour chaque facilitateur
- Un Manuel de l'ASV pour chaque Agents de Santé Villageois sachant lire et écrire
- Un Manuel du ménage pour chaque ménage bénéficiaire prévu couvert par un ASV.