

SENSIBILISATION DE LA POPULATION

Réflexions à partir d'une expérience en RCA

*Document réalisé dans le cadre
d'un rapport de fin de mission
Handicap International Déc. 1998
Sabine Blanc*

Sommaire

1. Quelle signification donner à : « sensibilisation de la population » ?
 2. Pourquoi avoir mis en place un programme de sensibilisation ?
 3. Chronologie de l'action
 4. Enquêtes
 5. Remarques sur certains choix
 6. Faut-il généraliser cette expérience ?
-

1. Quelle signification donner à : **« sensibilisation de la population »?**

Le mot « sensibilisation » a été très souvent utilisé et avec des sens multiples, c'est pourquoi il paraît nécessaire de préciser le sens que nous lui donnons dans cette expérience.

« **Sensibilisation** » pourrait être remplacé ici par « **information / formation** »

Information : il s'agit d'informer la population sur les maladies invalidantes et les possibilités de la réadaptation.

Il est donc nécessaire de commencer par expliquer comment et pourquoi on est atteint de maladies invalidantes. Vient ensuite les explications sur leurs conséquences et leurs séquelles sur le fonctionnement du corps humain (ce qui nécessite une petite compréhension préalable du dit fonctionnement).

Formation : il semble en effet que le mot information ne concerne que la première étape de la « sensibilisation » dans le sens ou nous l'entendons. Face à l'information (communiqué à la radio, tracts..) la personne reste le plus souvent inactive.

La participation physique et financière à la rééducation de son enfant nécessite une réelle compréhension des problèmes, un apprentissage et un engagement.

La population : il s'agit bien évidemment des bénéficiaires de la réadaptation mais pas uniquement. En effet les mesures de prévention du handicap (vaccination..) ne concernent pas seulement les personnes déjà en situation de handicap.

2. Pourquoi avoir mis en place un programme de sensibilisation ?

Précisons que ce « programme de sensibilisation » n'a pas été mis en place en même temps que la « Formation de Rééducateur » en Centrafrique, mais seulement après plus de trois années.

Ce projet de sensibilisation répondait, pour moi formatrice, à au moins 4 objectifs.

2.1 Avant tout il s'agissait d'objectifs pédagogiques :

1.1 Le choix de « Rééducation à Base Communautaire ou RBC » implique que les rééducateurs sachent apprendre à la famille les gestes simples de rééducation nécessaires à la personne en situation de handicap dont elle a la charge, ainsi que les techniques de prévention. Cela nécessite que les rééducateurs soient en mesure de transmettre « un savoir » et un « savoir faire ».

Après des ateliers et exposés au sein des sessions de formation (c'est à dire en milieu protégé) il semblait important qu'ils « se testent » face à un auditoire néophyte.

1.2 Il est évident que la rétention d'information vis à vis de la personne en situation de handicap est néfaste non seulement pour l'acceptation de son handicap mais aussi pour l'auto prise en charge de sa rééducation.

Il semble donc important, le plus tôt possible (c'est à dire dès que la connaissance de l'étudiant est suffisante sur un sujet) de donner l'habitude au futur professionnel d'expliquer à chaque personne handicapée quelles sont l'origine et les évolutions possibles de son problème. Cela va l'aider à être acteur de sa réinsertion, grâce à la connaissance et à la compréhension. Il s'agit ici de développer un « savoir être ».

1.3 Enfin sachant par expérience qu'une méthode efficace pour s'approprier une nouvelle connaissance est de l'enseigner, on peut supposer que les sujets sur lesquels l'étudiant aura animé des séances de sensibilisation seront intégrés durablement. (« savoir cognitif »)

2.2 Le deuxième objectif était de « faire connaître » la réadaptation aux bénéficiaires

La population Centrafricaine très imprégnée de sorcellerie, semble adhérer plus facilement à des techniques plus occultes comme celles des tradi-praticiens ou à des techniques dont l'efficacité est (ou paraît) plus efficace, plus immédiate (injection, médicaments...), qu'à la réalisation d'exercices répétés comme le nécessite la rééducation.

L'animation de ces réunions de sensibilisation semble être un moyen de donner confiance à l'étudiant dans ses techniques en lui offrant l'occasion d'expliquer leurs possibilités et leurs limites et donc d'être reconnu.

2.3 Le troisième objectif était de répondre à une demande de mes collègues Centrafricains

Dès que les étudiants de la première promotion de rééducateurs sont devenus professionnels, plusieurs d'entre eux ont demandé qu'un programme de sensibilisation sur la rééducation soit mis en place. Je dois dire que je ne comprenais pas très bien, à cette époque, quel était le vrai sens de leur requête.

Parmi ces étudiants, ceux qui sont devenus formateurs avec moi ont largement contribué à la mise en place et à la réalisation de ce travail

2.4 Parallèlement,

Il semblait que cette expérience m'aiderait, peut être, à y voir plus clair dans mes recherches concernant les représentations du handicap en RCA.

En effet ces représentations me semblent être un frein, voire un obstacle à l'installation d'un système de réinsertion des personnes en situation de handicap dans ce pays.

La réaction de plusieurs parents semble confirmer cette idée : lorsqu'ils refusent que le rééducateur poursuive les séances avec leur enfant car les progrès de ce dernier vont entraîner un

mécontentement de ceux qui sont à l'origine du handicap, et un nouveau sort va être jeté. (cf. Ergo-Partages/ Culture/ Histoires vécues/Philippe)

3. Chronologie de l'action

Après plusieurs années d'expérience, les rééducateurs centrafricains ont observé un manque d'assiduité des patients aux séances de rééducation ainsi qu'un manque de participation des familles dans la réadaptation de la personne en situation de handicap dont ils ont la charge.

Il y avait également l'abandon après deux ou trois séances de rééducation ou après le début de la fabrication d'un appareil orthopédique.

A cette époque les actes de rééducation et les appareillages étaient gratuits, ce qui explique que la raison économique n'a pas été retenue dans les causes de non participation (même si ce point revient souvent dans les justifications des familles)

3.1 Première étape

Les étudiants rééducateurs (12) et leurs 3 formateurs centrafricains ont décidé de rechercher les « représentations / explications » de la population sur certaines maladies invalidantes apprises pendant les sessions de cours.

Les étudiants et formateurs représentaient une population allant de 18 à 35 ans environ, composée de 6 femmes et 9 hommes, venant de toutes les régions de la Centrafrique (les représentations sur les maladies invalidantes étant un peu différentes selon les régions)

Ces représentations leur paraissaient, à tous, être à l'origine de la non participation des intéressés à leur rééducation.

Ces recherches réalisées en petits groupes de 6 personnes puis rediscutées tous ensemble, ont abouti aux résultats suivants :

REPRESENTATIONS / EXPLICATIONS SUR LE « HANDICAP » EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

A - Significations pour tous les handicaps confondus

1° Un handicap est toujours la conséquence d'un mauvais sort qui a été jeté à la mère, la famille, l'enfant, avant ou après la naissance, par l'intermédiaire d'un sorcier. Il n'y a donc qu'un sorcier qui puisse « arranger » les choses et provoquer une guérison. Mais si on touche à ce qu'un sorcier a fait, on risque d'attirer sur soi à nouveau un mauvais sort.

2° La personne en situation de handicap n'est pas « rentable ». Elle coûte de l'argent et ne pourra pas en retour nourrir ses parents. On ne dépense pas d'argent pour quelqu'un qui

n'en rapportera pas à son tour (pas d'inscription à l'école, pas d'achat d'habits, pas de dépenses pour la rééducation ou l'appareillage...)

B - Pourquoi demander à un sorcier de jeter un sort à quelqu'un ?

** La jalousie (la raison la plus fréquente)*

- jalousie de la beauté de l'autre ou de celle de l'enfant de l'autre.*
- jalousie de telle ou telle forme d'ascension sociale.*
- jalousie de la deuxième femme (co-épouse).*

** La vengeance vis à vis de quelqu'un qui est moqueur, arrogant ou qui ne respecte pas les lois sociales du clan.*

C - Représentations ou explications pour chaque handicap :

** Malformations congénitales et pieds bots*

Cela arrive :

- ° A une famille qui a toujours eu de beaux enfants.*
- ° A une mère qui n'a pas respecté les « interdits alimentaires » quand elle était enceinte.*
- ° A une mère qui se promène à des heures tardives quand elle est enceinte, ce qui pousse le « diable » à jouer avec l'enfant.*
- ° A une mère arrogante, insolente ou qui se moque des autres.*

** Lèpre :*

- ° Quand on n'aime pas quelqu'un ou que l'on est jaloux de lui, on prend un coton qui a servi à soigner les plaies d'un lépreux et on le met dans les aliments qu'on lui offre en signe de bienvenue (cette technique est utilisée aussi bien par des personnes atteintes de lèpre que par des personnes non atteintes).*
- ° Les lépreux sont craints, on pense qu'ils sont insolents et que la plupart du temps ce sont des sorciers eux-mêmes.*
- ° Tout le monde se tait quand un lépreux passe près, de peur de son insolence ou du sort qu'il peut jeter.*
- ° Il ne faut pas regarder un lépreux en face trop longtemps.*
- ° Par contre, s'il y a une personne atteinte de lèpre dans sa famille, on ne le rejette pas, on le garde à la maison.*

** Poliomyélite*

- ° Le sorcier lui a enlevé les pieds car il voulait être meilleur que les autres, ou parce qu'il était plus beau que les autres.*
- ° C'est souvent le résultat d'une dispute quand la maman était enceinte et on s'est vengé sur l'enfant.*

- *La maman enceinte a refusé de partager, avec quelqu'un, un plat qu'elle avait préparé. La personne va se venger en lui jetant un sort.*

** Amputation*

- *C'est la sorcellerie qui a provoqué l'accident dans lequel la personne a perdu sa jambe.*
- *L'amputation arrive à quelqu'un qui ne respecte pas les femmes ou qui enfreint les lois établies par la société, la communauté.*
- *Si l'amputation est due à un accident, c'est le résultat d'un sort jeté par jalousie.*
- *Si l'amputation est due à un cancer, c'est parce que le sorcier lèche la personne.*

** Epilepsie*

- *L'épilepsie est considérée comme une maladie contagieuse.*
- *Il ne faut pas toucher une personne pendant une crise même si elle est tombée dans le feu ou dans l'eau de risque de devenir soi-même épileptique.*
- *Il ne faut pas manger en présence ou chez une personne qui a des crises d'épilepsie.*
- *La salive des personnes épileptiques est particulièrement contagieuse.*
- *Les enfants épileptiques sont refusés dans les écoles puisqu'ils sont contagieux.*

** Infirmité motrice cérébrale ou l'enfant serpent*

- *Une femme accouche d'un enfant IMC parce qu'elle a mangé du serpent boa quand elle était enceinte.*

D - Explications / représentations de la contagion

- * la contagion est un empoisonnement provoqué par un sorcier.*
- * la contagion a lieu quand on piétine la salive d'un malade.*
- * la contagion a lieu quand on marche sur, ou au dessus d'une petite corde fabriquée avec des produits indigènes : cela entraîne des paralysies.*

E - Explications / représentations de la « prévention »

- * Pour les femmes enceintes : il s'agit d'interdits (ou d'obligations, selon les régions) alimentaires pendant la grossesse.*
Les interdits :
 - *Si la femme enceinte mange du serpent boa ou du singe, l'enfant sera mal formé.*
 - *Si elle mange du lièvre, l'enfant aura un « bec de lièvre ».*
 - *Si elle mange des œufs, l'enfant aura du retard pour parler.*
 - *Si elle coupe du bois trop petit (en le fendant) le crâne de l'enfant, après la naissance, va se séparer au niveau de la fontanelle jusqu'à l'occiput et provoquer la mort.*

- *La femme enceinte ne doit pas s'asseoir sur un banc pendant sa grossesse, mais sur une natte pour éviter que l'enfant ait une grosse tête.*
- * *Pour tout le monde : pour lutter contre la maladie il faut protéger le corps.*
 - *Par des vaccins traditionnels : ce sont des scarifications (souvent appelé vaccin Gillette) avec pose de boues végétales.*
 - *Par des gris-gris et fétiches : ce sont des cordes et des coquillages portés autour de la taille ou dans les cheveux.*

3.2 Deuxième étape

A la demande du groupe, une recherche de méthodes pédagogiques permettant d'informer la population sur ces maladies, leur prévention et le rôle de la rééducation à été mise en place :

- * A partir du document zaïrois (ancien République Démocratique du Congo), soit 40 affiches papier A3 en couleur, sur la poliomyélite, le groupe a choisi une quinzaine d'affiches. Leur choix leur paraissait bien illustrer les points essentiels de la pathologie qu'ils voulaient expliquer.
- * Les affiches photocopiées ont été regroupées dans des documents facilement utilisables « au quartier ». Chaque étudiant réalisait les stages dans son village. La formation était construite par une alternance de 2 mois de cours suivis de 2 mois de stage pendant 2 ans.

3.3 Troisième étape

Les étudiants sont partis en stage avec leur document de 15 affiches sur la poliomyélite. Pendant cette période de 8 semaines, les étudiants assuraient leur stage de rééducation de type RBC. Ils devaient de plus organiser, avec l'aide d'un chef de quartier, une réunion sur la poliomyélite avec les possibilités de la prévention, de la rééducation et de l'appareillage. Enfin ils devaient préparer un compte-rendu écrit pour la remontée de stage.

3.4 Quatrième étape

Le compte-rendu, très animé, a eu lieu dans un premier temps en grand groupe, puis en petits groupes.

Tous ont mentionné les nombreuses questions posées par les participants.

Les différentes questions abordées par la population ont été reprises et discutées en petits groupes, ce qui a permis de constater certaines erreurs dans les réponses, donc dans la compréhension, et de compléter l'enseignement sur la pathologie.

Un certain nombre des questions posées par la population n'avait pas été abordées durant les cours : oubli pour certaines mais surtout parce qu'il s'agissait de questions non « imaginables »

par un expatrié occidental. Ces interrogations correspondaient à leur questionnement, à leurs réalités.

Ceci me paraît un point très important sur le plan pédagogique :

Peut-on, nous occidentaux, nous adapter suffisamment à leur culture pour ne pas être à côté de la plaque ?

La solution choisie ici de tout faire passer par les centrafricains ne me semble pas encore suffisante. L'étudiant est forcément influencé par la culture occidentale de son formateur d'une part et par son nouveau rôle de « technicien médical ». Dans sa culture (et dans beaucoup d'autres, même occidentales) cette situation professionnelle le situe à un niveau un peu supérieur à la population.

3.5 Cinquième étape

A la demande du groupe, et devant l'enthousiasme général, de nouveaux documents ont été créés :

- * En partant de leurs connaissances de la maladie les étudiants et formateurs centrafricains ont inventé des affiches pour expliquer les signes, les soins et les préventions possibles concernant les pieds bots et la lèpre.
- * Les descriptifs des étudiants ont été confiés à un dessinateur centrafricain pour la réalisation des affiches.
- * Puis dans le cadre d'un micro projet les affiches sur les pieds bots ont été remises à une association de personnes en situation de handicap pour la mise en couleur.

L'expérience a été renouvelée aux 2 stages suivants avec un protocole un peu différent

- * *il fallait animer 2 réunions dont l'une ayant lieu soit dans un centre de santé, soit dans une école avec des élèves de 12/14 ans ; l'autre chez un chef de quartier.*
- * *la sensibilisation serait faite sur 2 pathologies : poliomyélite et pieds bots (la réalisation des affiches sur la lèpre n'étant pas terminée)*

- *Au premier stage 300 à 400 personnes ont participé à ces réunions sur l'ensemble des 12 étudiants.*
- *Au deuxième stage 1900 personnes ont suivi les sensibilisations (alors qu'on aurait pu en attendre 800 puisqu'il fallait réaliser 2 réunions au lieu d'une au 1er stage), plusieurs étudiants ayant réalisé, à la demande de la population plus de 2 réunions.*

■ Environ 90 questions différentes ont été posées par la population sur ces 2 pathologies.

4. Enquêtes

Pour permettre un début d'analyse de cette expérience, et la confronter avec les objectifs de départ, une enquête a été réalisée auprès des 12 étudiants ayant organisé les sensibilisations de la population.

Une deuxième enquête proposée à 120 personnes ayant suivi des séances de sensibilisation n'a pu être totalement exploitée car pas toujours remplie avec méthode, néanmoins ces documents ont pu donner certains éléments.

La première enquête auprès des rééducateurs comportait 2 parties :

- la première concernait leur vécu lors de ces réunions et comment ils appréhendaient la population qu'ils sensibilisaient.
- la deuxième concernait leur propre vision des maladies invalidantes et le changement éventuel dans leurs représentations sur le handicap depuis le début de leur formation.

Remarques :

- ° La réponse à la deuxième partie était facultative car plus personnelle
- ° L'enquête a été proposée après la 2^{ème} expérience de sensibilisation et après qu'ils aient eux même expérimenté la création, l'utilisation et l'intérêt d'une enquête dans l'analyse d'un sujet. En effet ils avaient déjà commencé leur mémoire de fin d'étude qui comportait obligatoirement une enquête auprès de la population.

4.1 Quelle analyse peut-on faire des résultats de cette enquête ?

Cette enquête qui ne se veut pas scientifique mais seulement informative, permet néanmoins de répondre à plusieurs questions.

Elle a de plus l'intérêt de faire apparaître certains points importants qui ne faisaient pas partie des objectifs du départ :

4.1.1 Au niveau de la pédagogie

* La question n° 9 (*Expliquez ce que les réunions de sensibilisation vous apporte dans votre fonction de rééducateur*) était sans support de réponse afin de ne pas influencer l'étudiant. Seulement 4/12 ont dit que les sensibilisations les aidaient à *consolider leur connaissance* et 3/12 se sont sentis en *situation d'enseignant*.

Cependant les 90 questions posées par la population m'ont permis d'approfondir l'enseignement de ces deux pathologies.

* Il ressort que 11/12 étudiants

aiment beaucoup animer une réunion de sensibilisation

L'enthousiasme certain pour cette technique vient sans doute de son appropriation par les étudiants.

Cette appropriation peut s'expliquer par le fait que la mise en place (élaboration, réalisation des documents iconographiques) émane entièrement des étudiants et répondait à leur demande. Toutes les étapes sont réalisées par eux, et (vu de l'extérieure) l'expatrié n'a qu'un rôle de catalyseur (et non d'initiateur) et de logisticien pour la réalisation des affiches mais pas pour la conception.

Cette appropriation semble confirmée par la question n°16 (cf. annexe) qui indique que tous les étudiants veulent poursuivre les sensibilisations après leur diplôme.

* Par contre un point non prévu au départ est exprimé dans ces réponses

connaître les problèmes de la population (7/12)

meilleures relations avec la population (6 / 12).

Ces réponses donnent un autre visage à ces sensibilisations en montrant la participation de la population. Cela pourrait indiquer une réelle attente d'information de sa part. Les 90 questions posées par les gens semblent le confirmer.

De plus les rééducateurs demandent ce rapprochement avec la population pour mieux la connaître et donc être en meilleure relation avec elle.

Ces deux résultats de l'enquête sont des points positifs en faveur de la RBC. On peut se demander, parfois, si la rééducation de type communautaire est réellement un souhait des bénéficiaires ou une invention occidentale que les grandes organisations (OMS) essaient de mettre en place ?

4.1.2 Au niveau de l'information de la population sur le handicap,

* la question n° 4 (cf. annexe) qui comportait déjà les supports de réponse fait ressortir l'intérêt en premier lieu pour un « *sujet nouveau* » (curiosité, envie d'apprendre, de comprendre ? ? ?)

Au même degré de motivation, ce sont les réponses sur le handicap qui sont le plus souvent choisies :

- comprendre l'atteinte de leur enfant ou voisin

- savoir éviter certain handicap

Quant à l'efficacité de cette information elle est difficile à quantifier, néanmoins 8/10 manifestent un changement de la population vis à vis d'eux même. On peut donc considérer que ces réunions contribuent à la mise en confiance du rééducateur.

4.1.3 Sur le questionnement concernant la sorcellerie,

Ce document nous permet certaines constatations (il faut rappeler que les réponses aux questions 10 à 19 étaient facultatives)

* Dans la question n° 12 tous les étudiants disent que leur vision de la sorcellerie a changé depuis le début de leurs études de rééducateur.

* La question n°13 (qui avait ses supports de réponse) montre que la grande majorité des étudiants attribue ce changement à la connaissance du fonctionnement du corps humain et à celle des pathologies invalidantes ;

* Enfin la question 19 (sans support de réponse elle a été remplie par seulement 8/12 personnes) montre clairement que la connaissance et la compréhension contribuent largement à une prise de conscience sur la sorcellerie puisque 7/8 étudiants ne croient plus que les maladies invalidantes soient le résultat de mauvais sort (ce sont les seules maladies dont ils connaissent l'origine, le mécanisme d'évolution dans le corps et celui de l'installation des séquelles) alors que 2 seulement parmi les 7 rejettent la sorcellerie pour origine de toutes les maladies.

5. Remarques sur certains choix dans la méthodologie

5.1 Sur les supports pédagogiques et lieux des réunions

D'autres méthodes et d'autres supports pouvaient être utilisés : radio, télévision, théâtre, BD... Notre choix sur des séries d'affiches racontant une histoire répond aux raisons suivantes :

* Les techniques utilisant radio, TV, n'impliquent pas directement la population. C'est une information qui vient de l'extérieur sur laquelle la population ne peut pas intervenir

* L'image TV est éphémère ainsi que la parole à la radio. Avec l'affiche on peut revenir en arrière, faire participer les gens, s'arrêter sur un point, répondre à une question. Le support iconographique permet à l'animateur comme à l'auditoire d'intervenir, d'agir dans cette information. Il facilite l'interaction.

* De même la réunion de quartier qui privilégie les contacts humains, faisant appel aux domaines affectifs et personnels de chacun semble présenter une situation favorisant les échanges, donc la participation et pourquoi pas l'appropriation.

* L'association : « **supports iconographiques ↔ réunions de quartier** » a permis que l'ensemble de cette expérience soit entièrement assumé par les étudiants de la conception à l'exécution et donc qu'ils se l'approprient.

* Enfin cette technique offre une grande facilité de mise en œuvre et un investissement abordable.

5.2 Sur la chronologie de l'action

Pourquoi attendre la deuxième année de formation pour commencer une campagne de sensibilisation ?

- Il paraît indispensable que la personne chargée d'animer des séances de sensibilisation en ait elle même ressenti la nécessité. Pour cela il faut que cette personne ait déjà travaillé avec des prises en charge de rééducation de type communautaire afin d'être acteur dans la mise en place des futures animations
- Un des objectifs de départ étant d'ordre pédagogique, pour la formation du rééducateur il faut attendre que ce dernier ait acquis suffisamment de connaissances pour pouvoir répondre correctement aux questions de la population

* L'enquête a montré :

- L'importance pour l'étudiant de ces réunions de sensibilisation
- Son désir de poursuivre ces réunions même lorsque cela ne sera plus imposé par un objectif de stage
- Les « pensées et considérations » des étudiants sur les réactions de la population mais non l'opinion de la population elle même.

* L'activité s'oriente dans 2 directions

- Poursuite des réunions de sensibilisations
 - ° en suivant les réponses de la question n°7 , les étudiants ont travaillé sur les supports iconographiques pour l'épilepsie, la maladie du konzo et les IMC.
 - ° Deux nouvelles réunions seront réalisées par chaque étudiant durant le dernier stage de leur formation.
- Enquête auprès de la population : chaque étudiant va faire remplir 10 questionnaires auprès d'adultes ayant suivi au moins une réunion de sensibilisation.

6. Faut-il généraliser cette expérience ?

Constatations :

Les représentations du handicap en Centrafrique (que nous avons vu plus haut), les refus de rééducation verbalisés par certains parents ayant peur que les progrès de leur enfant ne leur attirent de nouveaux mauvais sorts, les résultats de l'enquête réalisée pour le mémoire « sorcellerie et handicap », le manque de régularité aux séances de rééducation, montrent bien :

- * qu'il est très difficile que la population comprenne ce que peut lui apporter un service de réadaptation

* qu'il est impossible de demander à quelqu'un une participation à la rééducation (la sienne ou celle de son enfant) s'il pense prendre le risque d'un nouveau mauvais sort sur lui ou son entourage.

Interaction : Sorcellerie et handicap

* L'objectif n'est en aucun cas d'amener la population à renier la sorcellerie dans son ensemble, mais de permettre la collaboration de cette population à l'insertion des personnes en situation de handicap et à leur réhabilitation.

* Si le mécanisme selon lequel:

**connaissance du fonctionnement du corps humain et des maladies invalidantes
entraîne**



démystification des phénomènes de sorcellerie

a fonctionné avec les étudiants comme nous l'avons constaté dans les résultats de l'enquête, ce même mécanisme ne pourrait-il pas fonctionner avec la population ?

* Evidemment les étudiants ont eu deux ans de formation avant d'opérer une certaine démystification de la sorcellerie.

Pour la population il s'agit donc de mettre en place une activité permanente de sensibilisation.

Démystification des méthodes rééducatives

Il n'était pas dans les coutumes africaines, ou tout du moins centrafricaines, que le personnel de santé, explique au patient ce dont il souffre.

Les résultats des 2 enquêtes montrent par contre que la population, elle, désire et demande à être informée. Les nombreuses questions posées par les participants en sont une preuve.

Cette innovation au niveau des techniques de rééducation semble apporter :

- Une plus grande adhésion de la part des familles qui comprennent ou tout du moins ressentent ce que le rééducateur veut faire et veut lui faire faire.
- Une plus grande collaboration entre patient et rééducateur car ce dernier a commencé par expliquer les pathologies et ses techniques, sans garder les connaissances pour lui, sans faire de rétention d'information.
- une mise en confiance des rééducateurs qui doivent faire leur place à côté des tradipraticiens et des infirmiers.

Il semble donc indispensable de jumeler à toute activité de réadaptation, une activité de sensibilisation dans le sens : information/ formation.

Ces réunions de formation ne doivent pas être faites sous forme de « grandes campagnes de sensibilisation » tel qu'on le fait pour la polio, une fois de temps en temps avec grands renforts publicitaires et dont tout disparaît le lendemain.

Ces méthodes peuvent être efficaces quand il s'agit de vaccination, mais sûrement pas pour faire participer les intéressés à leur rééducation.

Il est préférable que la sensibilisation de la population soit réalisée avec un **petit groupe de personnes**, environ 30 / 40, pour permettre les échanges, les questions : ce sont ces échanges qui permettent le mieux d'intégrer de nouvelles connaissances car ils sont très souvent fait à partir d'exemples réels, de cas précis que les auditeurs connaissent, puisque proposés par eux. (Selon l'expérience des étudiants plus le groupe était grand moins il y avait de questions posées).

Le **lieu de la réunion** est choisi selon certains critères. Il est préférable de choisir un lieu où les gens ont déjà l'habitude de se rencontrer et dans lequel ils se sentiront à l'aise pour dialoguer, poser des questions. La réunion chez le chef de quartier semble un endroit judicieux car les personnes se connaissent déjà.

Cela peut être aussi le centre de santé ou l'école.

L'**animateur** doit être un technicien de la réadaptation capable de répondre aux questions sur les maladies et de bien expliquer, ou même montrer, des exercices de rééducation.

Si on veut que les réunions soient efficaces il est important que la sensibilisation soit faite par le rééducateur qui travaillera avec les gens de ce quartier, de ce village. En effet, la relation et la confiance s'établira plus facilement et surtout les personnes feront plus facilement la démarche de venir au service de rééducation s'ils connaissent déjà le rééducateur.

Le **nombre et la fréquence** des réunions sont indéterminés. D'après les enquêtes, la population et les rééducateurs désirent des réunions régulières, la même pathologie pouvant être revue.

Par contre, une seule pathologie est abordée à chaque séance.

Les **supports** peuvent être variés, ce qui importe c'est qu'ils favorisent le dialogue, les questions, que l'on puisse facilement revenir en arrière, expliquer à nouveau, à la suite de telle ou telle question. Enfin qu'ils soient facilement transportables sur les différents lieux d'intervention (la TV n'est pas très pratique) raisons pour lesquelles nous avons choisi les supports iconographiques.

Annexe : Enquête auprès des étudiants

ENQUETE SUR LES REUNIONS DE SENSIBILISATION DE LA POPULATION

- 1 / Animer une réunion de sensibilisation vous plaît :
- | | | |
|--|-------------|--------------------------|
| | pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| | un peu | <input type="checkbox"/> |
| | beaucoup | <input type="checkbox"/> |
-
- 2 / La préparation de la réunion avec le responsables du lieu choisi vous semble :
- | | | |
|--|------------|--------------------------|
| | difficile | <input type="checkbox"/> |
| | pas facile | <input type="checkbox"/> |
| | facile | <input type="checkbox"/> |
-
- 3 / Les réunions de sensibilisation vous semblent pour la population :
- | | | |
|--|-------------|--------------------------|
| | pas utiles | <input type="checkbox"/> |
| | utiles | <input type="checkbox"/> |
| | très utiles | <input type="checkbox"/> |
-
- 4 / Si vous pensez que les réunions de sensibilisation sont utiles pour la population, dites ce que cela lui apporte en classant dans l'ordre de 1 à 6 les réponses suivantes :
- | | | |
|---|--------------------------|--|
| * l'occasion de se rencontrer | <input type="checkbox"/> | |
| * une découverte sur un sujet qu'ils ne connaissent pas | <input type="checkbox"/> | |
| * certaines connaissances sur le fonctionnement de leur propre corps | <input type="checkbox"/> | |
| * une explication sur l'atteinte de leur enfant ou de celui d'un voisin | <input type="checkbox"/> | |
| * une interrogation sur les explications que la sorcellerie leur donne | <input type="checkbox"/> | |
| * une méthode pour éviter certains handicaps | <input type="checkbox"/> | |
| * autre : | <input type="checkbox"/> | |
-
- 5 / Quand vous rencontrez le responsable du lieu de la sensibilisation, il est :
- | | | |
|--|----------------|--------------------------|
| | pas coopérant | <input type="checkbox"/> |
| | coopérant | <input type="checkbox"/> |
| | très coopérant | <input type="checkbox"/> |
-
- 6 / Le nombre de 2 sensibilisations par mois vous semble
- | | | |
|--|--------------|--------------------------|
| | trop souvent | <input type="checkbox"/> |
| | suffisant | <input type="checkbox"/> |
| | insuffisant | <input type="checkbox"/> |
-
- 7 / Si vous pensez que ces réunions sont utiles pour la population, à votre avis sur quelles pathologies devraient-elles porter ?
- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Poliomyélite <input type="checkbox"/> | Konzo <input type="checkbox"/> | Quinimax <input type="checkbox"/> | Pied Bot <input type="checkbox"/> |
| Lèpre <input type="checkbox"/> | IMC <input type="checkbox"/> | Epilepsie <input type="checkbox"/> | Hémiplégie <input type="checkbox"/> |
| «Correction» <input type="checkbox"/> | Autre : <input type="checkbox"/> | | |
-
- 8 / Les réunions de sensibilisation vous apportent-elles quelque chose (à vous) ?
- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| | oui | <input type="checkbox"/> |
| | non | <input type="checkbox"/> |
-
- 9/ Expliquez ce que les réunions de sensibilisations vous apportent dans votre fonction de rééducateur :

